

**REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BRAINSPOTTING**

**VOLUMEN 2**

**AÑO 2014**

*DONDE MIRAS AFECTA LO QUE SIENTES*

## **INDICE:**

1. Artículos
2. Lecturas recomendadas
3. Próximos eventos

## **DONDE MIRAS AFECTA LO QUE SIENTES**

**Edita:** Asociación Española de Brainspotting

**Editores:**

Mario Alberto Rivas Carro

Iria Salvador Pérez

**Diseño y maquetación:**

Mario Alberto Rivas Carro

Iria Salvador Pérez

Donde Miras afecta lo que sientes se distribuye gratuitamente a todos los miembros de la Asociación Española de Brainspotting.

La reproducción de esta publicación, completa o parcial, es permitida con la condición de que la fuente sea mencionada.

# La sabiduría del cerebro profundo Mario. C. Salvador

## La sabiduría del cerebro profundo

Para este propósito voy a ir enlazando mi hilo argumental recorriendo un camino que transcurre por:

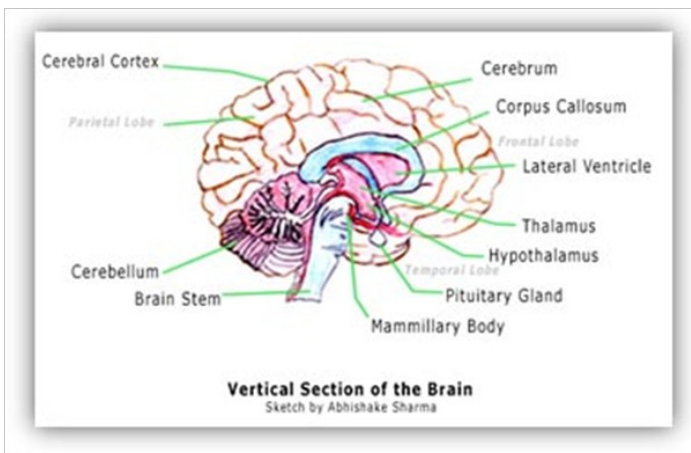
- la arquitectura y maduración jerárquica del cerebro
- la construcción de los esquemas relacionales y el aprendizaje de la regulación emocional y su repercusión en la conformación posterior de la experiencia

y el impacto de la teoría polivagal en la psicoterapia y sus implicaciones en la relación terapéutica. Nuestro cerebro es el único órgano de nues-

córtex orbitofrontal, la gran central de **integración de información** procedente del mundo externo y el mundo interno, de lo que pasa en el mundo social de nuestras relaciones y de nuestra capacidad de meta-reflexión: la capacidad de la mente de observarse a sí misma (mindfulness). Por último, en la capa superior tenemos el neocórtex o cerebro neo-mamífero, en el que se realizan las funciones superiores del pensamiento, lenguaje, toma de decisiones, ...

A los efectos de esta conferencia, nos importa saber que nuestro cerebro madura jerárquicamente y dependiendo de las experiencias que tiene. Y sabemos que atraviesa ‘períodos críticos’ en los que ha de aprender las habilidades propias que corresponden a ese período evolutivo. Las destrezas de nivel superior en la jerarquía se asientan sobre lo construido en las capas subcorticales inferiores; y éstas moldean continuamente nuestra experiencia consciente.

El neuropsicólogo Jaak Panksepp, en su libro *Affective Neuroscience*, habla de ‘**sistemas de acción**’ para la vida imbricados en circuitos neurobiológicos específicos que controlan la ejecución de emociones particulares. Estos circuitos neurobiológicos básicos están genéticamente predeterminados y diseñados para responder de forma incondicionada a los estímulos que poseen alguna significación importante para el organismo. Tienen como objetivo producir secuencias conductuales bien organizadas. Los sistemas emocionales son muy “sensatos” ya que proporcionan un sustrato neural para varios tipos de coherencia orgánica. También hacen de los animales “agentes activos” en el mundo, por oposición a simplemente “procesadores de información” conductistas. El “sentido” evolutivo de tener sentimientos afectivos brutos (que Panksepp denomina *de proceso-primario*) es que identifican “incondicionadamente” amenazas primarias específicas a la supervivencia, y estos estados cerebrales pueden también usarse como elementos de información para procesos mentales superiores de aprendizaje. En las personas sometidas a una historia de trauma acumulativo crónico y amenazador de la vida, estos sistemas pueden no llegar



tro cuerpo que todavía refleja en sus capas estratificadas el desarrollo filogenético como especie. En una visión ya superada, Paul MacLean hablaba del cerebro triuno (triune brain) para reflejar esta realidad. En la base tenemos el cerebro reptiliano, que se encarga de la gestión de nuestras funciones vitales principales (sueño-vigilia, temperatura, metabolismo, respiración, ...); podemos decir que éste es la ‘*parte del yo*’ en la que reside “la fuerza vital”. Por encima tenemos el cerebro límbico –o cerebro mamífero– porque apareció en los mamíferos inferiores, en esencia se ocupa de los fenómenos emocionales, la transformación de las experiencias de vividas a narradas y la regulación del mundo interpersonal; aquí tenemos la amígdala –detector de humo de las amenazas para activar nuestro organismo hacia la defensa–, el hipocampo, gestor de las memorias narrativas y encargado de asignar nuestra experiencia a un contexto, y el

a integrarse en una respuesta organizada y secuenciada de supervivencia y pueden quedar fragmentados como 'partes' disociadas que se activan ante la amenaza con un sentido propio del yo; así podemos encontrarnos con una parte que contiene la vivencia del miedo, la parálisis, la rabia de ataque, el llanto de apego, ...

Uno de los primeros sistemas de acción es el implicado en la búsqueda de relación para obtener cuidados. El período crítico para la consolidación de este 'sistema de acción' se da entre 0 y 1,5 años (Schoore, 1994) e implica el aprendizaje de la regulación emocional y de los estados internos a través del vínculo interpersonal. Estos esquemas relacionales quedan grabados en los estratos inferiores de nuestro cerebro (área orbitofrontal y hemisferio derecho) como memorias procedimentales, aquellas formas de recordar de las que no somos conscientes y registradas en nuestra corporalidad. En otras palabras, en este período crítico se consolidan los 'esquemas de estar en relación' ("modelos internos de trabajo" de Bowlby) y la capacidad para regularse emocionalmente: calmarse. Estos aprendizajes básicos quedan como huellas experienciales somatosensoriales que impregnarán y condicionarán nuestros modos de estar en el mundo en adelante; y lo harán **de una manera automática, sin nuestra participación consciente en la decisión.**

Soon, Braas, and Haynes (2008) en su investigación ponen en evidencia como nuestra realidad inconsciente y visceral responde a la realidad milisegundos antes que nuestro proceso consciente, e impregna nuestra vivencia de la realidad. En su investigación demuestra como las decisiones que creemos tomadas conscientemente han sido ya decididas 7 segundos antes en nuestras capas profundas del inconsciente.

El niño pequeño, como criatura subcortical, no tiene capacidad para regular sus estados internos. Es la '**madre suficientemente buena**', en términos de Winnicott (1964), la que regula los estados internos del niño, lo hace interviniendo en sus sensaciones físicas y en la calidad del contacto interpersonal. La regulación emocional se aprende a través del apego. Entonces, la madre funciona inicialmente como un "Cortex auxiliar" que identifica y responde a las necesidades del niño, calmándolas e interviniendo en su bienestar (homeostasis). Así que, como afirma Schoore (1994), la regulación de

los estados internos comienza como una '**Regulación Biológica Interactiva**' para llegar a convertirse en una '**Autorregulación Biológica Autónoma**'. En otras palabras, cuando el niño ha sido bien cuidado y respondido en una relación de contacto pleno y sintonía con su mundo interno, aprende a 'cuidarse a sí mismo', porque ha internalizado al otro como un objeto constante y proveedor de buenos cuidados. Cuando no ha sido así, la persona mostrará el legado en su dificultad para calmarse o experimentándose sobrepasado por sus emociones. La regulación emocional es una de las capacidades más directamente correlacionadas con el funcionamiento adaptativo y la salud de un ser humano.

Los pacientes con los que trabajamos se caracterizan porque han tenido crianzas deficitarias que han infringido a veces graves daños y/o carencias en las estructuras neurobiológicas necesarias para nuestra maduración en estos períodos críticos del desarrollo, dejando lesiones persistentes en su manera de manejar la experiencia. El trauma grave temprano deja un legado y una huella que afecta a la maduración del organismo. Estas personas han tenido que desconectar o ignorar sus señales internas informadoras y reguladoras de sus necesidades. Y esto causa un **daño en el concepto nuclear y corporal del sí mismo. No han podido consolidar un 'sentido sentido de merecer amor'**.

Es objetivo de una psicoterapia integrativa-relacional profunda restaurar el sentido dañado del self y ayudar al paciente a recuperar un sentido digno y propio de su ser. Para ello hemos de mirar el sustrato experiencial que reside en estas capas subcorticales: sus recuerdos somatosensoriales.

Autores del ámbito de la neurociencia tales como Antonio Damasio, Jaak Panksepp, Louis Cozzolino, Daniel Siegel, Allan Schoore y Stephen Porges, entre otros, resaltan la importancia de la maduración jerárquica de nuestro cerebro y de cómo los fenómenos psicológicos se fundamentan en estructuras neurobiológicas más antiguas que vienen programadas en nuestro nacimiento –reflejos e instintos- y que representan una '**sabiduría inconsciente pero indispensable para gober-**

**nar la vida**'. Es esta sabiduría inconsciente la que siempre está en la base de todo nuestro funcionamiento y la que sustenta el 'sentido sentido' del yo, que Damasio llama el 'proto-sí-mismo' y Stern 'yo nuclear'.

Citando a Damasio:

*"... el conocimiento oculto de la gestión de la vida precede a la experiencia de ser consciente de cualquier conocimiento de esta índole. Asimismo afirmo que el conocimiento oculto es bastante sofisticado y no debería ser considerado primitivo. **La complejidad de este conocimiento es enorme y su aparente inteligencia notable**"*

*"Si bien al hacer este planteamiento no degrado la posición que ocupa la consciencia, en cambio, sí que doy un mayor valor a la gestión no consciente de la vida, al tiempo que sugiero que constituye el plano de organización que estructura las actitudes e intenciones que hallamos en la mente consciente"* (p 69)

Antonio Damasio. *El cerebro creó al hombre* (2010)

En conclusión, el funcionamiento de lo superior depende de la buena consolidación de lo inferior.

Las huellas profundas y tempranas de nuestra historia todavía son visibles a los ojos del terapeuta en la manifestación de las conductas procedimentales (por ejemplo, los esquemas de estar en relación con el otro, las reacciones de supervivencia ante la percepción de una amenaza: el paciente que evita el contacto visual con el terapeuta porque teme ver el juicio en sus ojos, ...) y las memorias implícitas.

Empleando palabras de Panksepp, *"aún existen mentes antiguas dentro de nuestras mentes humanas modernas, y no entenderemos nuestros procesos mentales superiores a menos que encaremos seriamente las soluciones neurales más tempranas que aún influyen en el complejo aparato mental de los mamíferos altamente encefalizados"*.

El mismo Jaak Panksepp afirma que las capacidades cognitivas superiores no tienen "vida propia". Todo lo que está en el piso de arriba sigue ligado a las muchas redes emocionales de las regiones inferiores del 'CerebroMente'. **Estos sistemas subcorticales pueden tener "vida propia"**, es decir, nuestros afectos ancestrales pueden controlar y regular nuestros procesos cognitivos superiores.

Sostengo que toda la historia de cada individuo

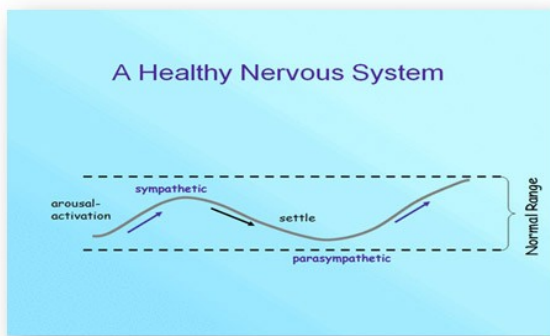
humano está esencialmente grabada en su corporalidad, y por ende en las regiones cerebrales que realizan los mapas del estado del cuerpo. El cuerpo es la '**caja negra**' que emplean los aviones que lleva la cuenta de nuestra historia.

Las capas ocultas de nuestro procesamiento neuronal pre-digieren y organizan nuestra experiencia antes de que emerja a nuestra consciencia. Y la mayor parte de la **psicoterapia** se dedica a detectar, comprender y corregir el contenido y la organización de estas capas ocultas, nuestros esquemas implícitos y procedimentales de estar en relación con otro ser humano. Tenemos ventanas para acceder al contenido dañado de estas capas profundas a través de la observación de la manifestaciones fisiológicas de supervivencia, las reacciones físicas sutiles, las conclusiones y decisiones de guión y la manera de estar en contacto interpersonal e intrapersonal del paciente.

Es prestando atención a nuestra narrativa y experiencia corporal que accederemos a nuestra historia procedimental e implícita. Y esto implica ayudar al paciente a acceder a un profundo contacto interno con su corporalidad.

El cerebro es un órgano sofisticado de integración de nuestra experiencia y esta capacidad de integración es posible cuando nos vamos enfrentando a retos y tareas de aprendizaje evolutivas adecuadas a nuestras capacidades y nivel de maduración, lo que Winnicot llamó '**desilusión óptima**'. Cuando crecemos en ambientes estables y seguros nuestro sistema psicobiológico madura, se restaura y se sana. **El sistema tiene capacidad para la autocuración** y el cerebro es el encargado de su gestión; el sistema inmune es sólo un ejemplo de nuestra capacidad para curarnos.





2 Adaptado de Ogden & Minton, 2000

El terapeuta hace en el setting terapéutico el papel de regulador biológico interactivo, usando los términos de Schore, a través de la relación terapéutica en sintonía. Hace el papel de córtex auxiliar externo ayudando a identificar, sostener y regular el mundo interno del paciente a través de la implicación interpersonal. De esta manera, el cerebro puede enfrentarse a los nuevos retos de aprendizaje y asimilar lo nuevo acomodándolo en sus esquemas previos, esto es madurando y haciéndose resiliente.

Un modelo neurobiológico muy útil para la psicoterapia es **la teoría polivagal** de Stephen Porges. Su investigación sobre el nervio vago demuestra como éste fue también evolucionando jerárquicamente a lo largo de nuestra evolución filogenética.

El vago nace del tronco del encéfalo y transcurre fuera de la columna vertebral; está implicado en la regulación de nuestro sistema nervioso autónomo (SNA): en la regulación de nuestros estados emocionales y las respuestas de supervivencia y la salud.

Tradicionalmente se manejó el concepto de que nuestro SNA se componía de una rama de activación simpática: aquella que dispara nuestro sistema de supervivencia (lucha-huida ante la amenaza) y un sistema de activación parasimpática, aquel implicado en los procesos de restauración de la energía, la curación y el crecimiento. Estas dos ramas se alternan y se inhiben una a la otra, es decir, cuando una está activa, la otra se inactiva. Pero en casos extremos de amenaza para la vida, en situaciones en las que el organismo no puede escapar y luchar, la defensa activa se convierte en sí misma en un peligro debido a que el agresor hará más daño; entonces sobrevivimos activando nuestro sistema de defensa pasivo: la rendición y la congelación. Este sistema está biológicamente determinado para evitar que el depredador siga atacando y para evitar el do-

lor, lo observamos en todos los mamíferos y también en los invertebrados.

En la congelación, el organismo entra en un estado de inmovilidad tónica y 'muerte fingida' que implica la disociación como mecanismo de supervivencia extraordinario. **Cuando el cuerpo no puede escapar, la mente busca como no estar en la realidad**, funcionando como si no hubiese ocurrido, no sintiendo o 'no estando'. Los niños en sus primeros dos años de desarrollo tienden a emplear este mecanismo disociativo cuando viven entre cuidadores negligentes, agresores y violentos; condicionando en el futuro su sistema neurológico a reaccionar ante la amenaza 'desconectándose', así pueden paralizar su biología y 'tratar de pasar desapercibidos'.

En el abuso traumático, el individuo se disocia no sólo del mundo externo, del procesamiento de los estímulos externos asociados con el terror, sino también del mundo interior, de los estímulos dolorosos originados dentro del cuerpo. Aquí conectamos con los mecanismos de interrupción del contacto que observaremos en la relación terapéutica y a los que hemos de dar reconocimiento, validación y normalización a través de nuestra implicación y observación atenta.

En su investigación Porges afirma que el sistema de congelación-disociación –que él denomina parasimpático de inmovilización- es un sistema primitivo de supervivencia heredado de los reptiles y que se activa en estas situaciones de amenaza para la vida en las que han fracasado los otros dos sistemas (el de protección social y el de la defensa de movilización: lucha-huida). La congelación implica la activación de la rama dorso-vagal del vago.

Este estado es altamente efectivo en los reptiles, que pueden estar largo tiempo inmovilizados, pero no en los mamíferos, cuyo cerebro requiere grandes aportes de oxígeno para seguir vivo y funcionando; así, la prolongación en este estado implica graves riesgos para la vida y la salud en los humanos.

Las personas que han estado expuestas a trauma crónico amenazador para sus vidas desde temprano en su existencia han aprendido a sobrevivir muchas veces paralizándose, congelándose y disociándose. En estas, **el 'trauma queda encapsulado en el cuerpo en forma de desregulación corpo-**

**corporal y memorias somáticas**'. Por ello, son propensas a padecer enfermedades psicosomáticas tales como las enfermedades autoinmunes, las que afectan al funcionamiento del sistema visceral y digestivo, enfermedades cardiocirculatorias, etc.

Siguiendo el modelo jerárquico de activación, primero nos regulamos a través del contacto social (rama ventral del vago, desarrollada en los mamíferos), esto es, buscamos la protección y la seguridad que nos ofrece la figura de dependencia. Si esto falla, tratamos de protegernos a través de la activación del sistema nervioso simpático –basado en la lucha-huida. Si todo lo anterior es inefectivo, activamos el sistema más antiguo y primitivo –la respuesta de congelación-. Ayudar a los pacientes a subir esta escalera es de capital importancia en la terapia. Implica traerlos a la relación para experimentar al otro como presente y reasegurador; esto impulsa la conexión e interés con el entorno.

La valiosa investigación de Porges demuestra como a medida que los mamíferos evolucionaron, ocurrió algo especial en el vago. Los mamíferos desarrollaron un nuevo vago (que él denomina parasimpático movilizado o social) que atenúa o calma el simpático y los circuitos adrenales para hacerlos capaces de involucrarse socialmente y optimizar los recursos metabólicos que les permiten emplear capacidades cerebrales más sofisticadas. Así que los mamíferos calmamos nuestros estados de alerta en la interacción social.

En la implicación social se reducen las demandas metabólicas y se facilita la salud, el crecimiento y la curación. Lo relevante para la vida y la intervención en la psicoterapia es que los mamíferos requerimos oportunidades de interactuar recíprocamente para regular los estados fisiológicos de cada uno de los implicados. En esencia, **creamos relaciones para sentirnos seguros y mantener la salud facilitando la regulación de nuestra energía**. Esta es la necesidad relacional más importante y siempre presente. En la relación terapéutica hemos de construir continuamente esta seguridad para que el paciente vuelva a la relación interpersonal para re-formar su mundo interno.

Otra curiosidad es que el área del tallo cerebral que regula las fibras del nuevo vago (rama ventral) está unida a las áreas del cerebro que controlan los músculos estriados de la cara. Esta área del tallo cerebral controla nuestra habilidad para escuchar a

través de los músculos del oído medio, nuestra habilidad para articular a través de los músculos laríngeos-faríngeos, y nuestra habilidad de expresión facial. Si se nos habla con una entonación calmante (aspectos prosódicos de la voz) o si mostramos expresiones faciales calmantes, esta información va al nervio vago. Por eso las madres tienen ese modo especial de hablar a los bebés denominado 'motherese'.

**Cuando escuchamos la entonación estamos leyendo el estado fisiológico de la otra persona.**

Si el estado fisiológico es de calma, nos calmamos. En los mamíferos, mucho antes de tener sintaxis o lenguaje, había vocalizaciones y estas son importantes componentes de las interacciones sociales. Las vocalizaciones transmiten a los miembros de la especie si podemos sentirnos seguros cerca de ese individuo.

En contextos no amenazantes el sistema de conexión social regula el sistema nervioso simpático, facilita la implicación e interés hacia el entorno y nos ayuda a formar vínculos afectivos positivos y lazos sociales. Incluso bajo condiciones de amenaza, la persona bien adaptada puede utilizar el sistema de conexión social, por ejemplo, para tratar de razonar con un posible atacante.

**ASÍ, PODEMOS DECIR QUE LAS RESPUESTAS CUERPO-MENTE DURANTE LAS INTERACCIONES RECÍPROCAS NO SON CORRELACIONES, SON LO MISMO VISTO DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS.**

La conclusión es que hemos de proveer y crear seguridad en el setting y la relación terapéutica para que las respuestas defensivas de supervivencia puedan aflojarse e involucrar el sistema de interacción social en la regulación de los estados internos.

**NO ES SOLO QUE NO PODAMOS SER CREATIVOS O AMOROSOS CUANDO ESTAMOS ASUSTADOS, NO PODEMOS CURARNOS.**

Otro asunto importante es comprender que **los estados o circuitos fisiológicos no se seleccionan voluntariamente**. Nuestro sistema nervioso está evaluando esto a un nivel inconsciente. Stephen Porges emplea el término **neurocepción** para reconocer que nuestro sistema nervioso, sin consciencia, está evaluando las características de riesgo del ambiente. Es una percepción neural. Nuestro cuerpo funciona como un polígrafo, está respondiendo y evaluando continuamente a personas y lugares.

Así que el vago no es sólo un nervio motor que va del cerebro a las vísceras, es también un nervio sensorial que va de las vísceras al cerebro. **Aquí tenemos la conexión cuerpo-mente.**

En la seguridad se activa el sistema de involucración social. El terapeuta al responder con una expresión facial y entonación positiva, está estimulando el sistema de implicación social. Pensemos pues en la importancia que tiene para nuestros pacientes nuestro propio estado de bienestar. No podremos generar seguridad si nuestro propio sistema está preocupado.

Otra conclusión relevante, la cara no es únicamente una máscara, en realidad es la manifestación de un sistema neurofisiológico en extremo complejo que evoluciona? y que por cierto se conecta de forma directa con la regulación neurológica de nuestras vísceras.

En la **psicoterapia integrativa-relacional** buscamos el crear una relación de contacto pleno continuo en sintonía con los procesos intrapsíquicos del paciente. Es de esta manera que a través de la indagación respetuosa y ofreciendo una presencia terapéutica de profunda implicación ayudamos al paciente a volver a la relación, creamos un contexto seguro y, de esta manera, facilitamos la disolución de las defensas de forma que el sistema ya no necesita estar alerta hacia el daño que anticipa procedente del entorno. De esta manera, el paciente puede acceder a explorar su mundo interno antes evitado o negado. En otras palabras, a través del contacto interpersonal seguro y sintonizado facilitamos el acceso al contacto interno, **facilitamos que el sistema de auto-curación y la integración de la experiencia puedan tener lugar.**

Con una actitud presente el terapeuta se coloca como apoyo y sostén de la experiencia del paciente, mostrando interés, compasión amorosa y ausencia

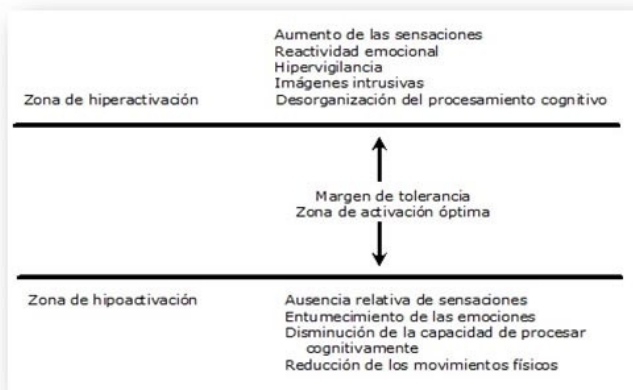
de planes ocultos –otros que un interés genuino en la experiencia del paciente en sí misma- o preconcepciones sobre lo que es la experiencia del paciente. Observando la experiencia tal cual es, permitimos que ésta aflore y que lo que estaba retenido o disociado pueda emerger para ser asociado e integrado. Así la terapia se convierte en un proceso de ayuda a que el paciente autodefina su experiencia de una manera nueva, esto conlleva una **‘reconsolidación’** de los esquemas procedimentales e implícitos: que se ‘asienten’ de una manera nueva y adaptativa.

Yo digo a mis alumnos y supervisados **‘No queráis nada de vuestros pacientes’**. Con este principio pretendo conformar la actitud de presenciar lo que es el otro tal como es. Así podemos ‘llamar y despertar’ la experiencia del paciente, asistirle y apoyarle en su camino de reconexión.

**EL PROPIO PACIENTE ESTÁ PRESENTE EN SU PROPIA EXPERIENCIA PARA REASIGNAR Y RECONSOLIDAR UN NUEVO SIGNIFICADO.**

Los pacientes con trastornos de estrés postraumático complejo (trauma acumulativo) mantienen sus estados neurobiológicos en un estado crónico de hiperalerta (correspondiente a la activación simpática) o viven en períodos de disociación prolongados (parasimpático inmovilizado). Como he dicho, esto conlleva el que viven en un estado de desorganización psicobiológica crónica y se ven expuestos a la intrusión de síntomas que les llevan a sentir una falta de control en sus vidas y estados internos. Cuando se vive la experiencia de un fracaso crónico del sistema de conexión social de cara a gestionar la seguridad y la protección, como suele ser el caso de los traumas infantiles crónicos, el sistema habitualmente “se apaga”. Sin la modulación que suponen los “frenos” que proporciona el sistema de conexión social, el sistema nervioso simpático o el sistema vagal dorsal permanecen altamente activados, provocando que la activación fisiológica exceda el margen de tolerancia. Con los pacientes que presentan estos estados de desorganización el terapeuta ha de realizar varias tareas importantes para ayudar al sistema psicobiológico desorganizado.





En estos pacientes el sistema de supervivencia vive como si estuviese ante la situación de amenaza vital permanente. Alternan entre estados de **hiperactivación (hiperarousal)**, produciendo síntomas de reactividad emocional, imágenes intrusivas, pensamiento obsesivo, temblor, desenraizamiento; y **después pueden entrar en estados de hipoactivación (hipoarousal: disociación-congelación)**, que se manifestará en síntomas de afecto plano, dificultad para pensar y concentrarse, entumecimiento (numbing), colapso,... Alternan pues entre estados de mucha actividad y desorganización bioquímica y estados de anestesia emocional. Cuando la estimulación interna está fuera del rango de tolerancia del cerebro, éste no puede procesar debido a que el exceso de cortisol inhibe el funcionamiento del hipocampo, que, como antes señalé, es el área del cerebro límbico implicado en la simbolización y contextualización de la experiencia. La conclusión es que en este estado de alteración bioquímica no es posible la integración. El terapeuta aquí ha de:

a) **Ayudar al paciente a mantenerse conectado a la relación terapéutica y, por tanto, al contexto presente:** proporcionar contención, sostén y acompañamiento. El sistema de involucración social favorece estados generales más tranquilos y flexiblemente adaptativos (Porges, 2004, 2005) y en razón de ello contribuye a que la activación fisiológica se mantenga dentro del margen de tolerancia.

b) **Actuar como un 'córtex auxiliar externo'** que ayude a modular y regular la intensidad de la experiencia, ya que estos pacientes carecen de habilidades regulatorias emocionales. Esto es, modular que cantidad de material traumático puede manejar el paciente y ayudar a regular la in-

tensidad del dolor; no ir demasiado rápido. El objetivo es que el paciente mantenga la intensidad de su experiencia dentro de la 'ventana de tolerancia' para que sea posible la integración.

c) Ayudar a reestablecer los mecanismos que facilitan la integración de la experiencia, lo que P. Janet llama '**presentificación**': mantener la consciencia de que hoy en el presente está recordando algo que ya pasó, y la '**personificación**': sentirse autores y presentes en la propia experiencia.

En este proceso, el terapeuta ayuda al paciente a mantenerse en contacto con su experiencia desde el Adulto o el '**Observador interno**', facilitando la co-construcción de una nueva narrativa, la reasignación de nuevos significados y la reconsolidación de los esquemas de memoria implícitos de una manera adaptativa.

En otras palabras, AYUDAMOS AL PACIENTE A RECONECTARSE CON SU **SABIDURÍA PROFUNDA**, A REENCONTRAR EL SIGNIFICADO NATURAL DE SUS PROCESOS PRIMARIOS (Panksepp) Y MODIFICAR LA CONFORMACION DE SU SISTEMA DE SUPERVIVENCIA.

La presencia y el ofrecimiento de una relación compasiva, apoyadora y segura contribuye pues a crear un "**espacio o 'burbuja curativa'**", en la que ayudamos al sistema del paciente a aflojar las defensas y reacciones de supervivencia hacia la amenaza del mundo exterior para que pueda orientarse hacia sí mismo (contacto interno). **Proveemos las circunstancias para que el cerebro se mantenga en un estado de involucración social. Aquí es donde puede haber curación y crecimiento.**

Desde una perspectiva neurológica, cuando ayudamos al paciente a 'estar y observar' su experiencia, éste activa el área del córtex prefrontal, que es un área de integración de las bias sensoriales, corporales, interpersonales, autorregulatorias y donde reside la capacidad de la mente de observarse a sí misma. Hablamos de **mindfulness (consciencia plena)**, de la meta-reflexión sobre la propia experiencia. En mindfulness creamos la experiencia de '*estar hoy en el presente y observando algo que viene de la historia*'. Un '**Yo Observador**' que observa los procesos internos con aceptación, amor, apertura a lo que venga tal y como venga, ; sin ex-

expectativas y sin rechazo al 'Yo Experiencia'. Implica la "presencia del paciente" en su propia experiencia. En este 'estar presente en la propia experiencia' se contrae la disociación y se promueve la 'asociación'.

En palabras de Siegel:

"Nuestro 'yo vivido' resuena de un modo directo y claro con nuestro 'yo despierto', por lo que nos sentimos sentidos por nuestra propia mente" (Siegel, pg. 91).

La finalidad es facilitar que el paciente abrace y acoja sus experiencias internas **tal y como son** para "escuchar sin juicio" el mensaje largamente retenido. Con ello facilitamos lo que defino como '**neuroprocesamiento**': observar y conocer la experiencia que fue interrumpida y organizada para sobrevivir de manera que ahora pueda expresar su significado pleno, pueda completarse para acabarse y reconsolidarse con un nuevo significado. Esto es **confiar en la sabiduría de nuestro cerebro profundo y subcortical**.

Como conclusión final quiero resaltar que el cerebro humano está programado para integrar las experiencias y curarse a sí mismo, solamente necesita un ambiente que module y dosifique qué tipo de vivencias está maduro para ir manejando y digiriendo, y, al mismo tiempo, facilite los elementos nutrientes requeridos del entorno (un vínculo seguro, apoyador y estimulante, a veces nuevas informaciones,...). Adoptando a Winnicott, hablaríamos de un '*terapeuta suficientemente bueno*' que ayude a modular y a conformar la experiencia para re-coonstruir la historia.

Acabo con lo que para mí es la aspiración como psicoterapeuta empleando un párrafo del Tao Te Ching. En él condensa la actitud de la presencia que crea 'la burbuja curativa' y de como haciendo menos podemos ayudar más.

*"El sabio controla sin autoridad,  
Y enseña sin palabras;  
Él deja que todas las cosas asciendan y caigan,  
Nutre, pero no interfiere,  
Da sin pedirle,  
Y está satisfecho.  
Alcanza un estado de inacción  
Tal que sin hacer nada, nada queda sin hacer".*

**Tao Te Ching**



# EL TRABAJO DE ESTABILIZACION EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA

Janina Fisher, Ph.D.

Private Practice, Watertown, MA

Instructor and Supervisor, The Trauma Center at HRI,  
Boston, MA

Paper presented at The Trauma Center Lecture Series 1999

Aunque la mayoría de los terapeutas ya han oído el mensaje de que el tratamiento del trauma debe empezar poniendo énfasis en la seguridad y la estabilización, con frecuencia es muy difícil saber exactamente **cómo** ayudar a que se establezca el trauma del paciente. Como clínicos, fácilmente quedamos atrapados en la montaña rusa de crisis, intentos de suicidio, hospitalizaciones, recaídas en la droga y el alcohol, y expresiones auto-destructivas y nosotros mismos empezamos a sentirnos fuera de control! Creo que esas frecuentes experiencias de unión con el paciente en esta montaña rusa, en vez de ayudarles a salir de ella, se deben a que nuestra formación refuerza un papel más pasivo del que es apropiado en la fase de estabilización del trauma. La escucha empática, animando al paciente a tomar la iniciativa, y la atención cuidadosa a las sensaciones y experiencia del paciente pueden en realidad ser contraproducentes en esta etapa de la terapia. Tal declaración, por supuesto, está en contradicción con la formación recibida por la vasta mayoría de los clínicos: ¿cómo puede estar mal la escucha empática? ¿cómo puede ser contraproducente la atención a las sensaciones del paciente? ¿cómo podríamos pensar en desanimar al paciente de tomar la iniciativa?

Sin embargo, si escuchamos empáticamente un flashback del paciente o una pesadilla, por ejemplo, podemos estar empeorando sus síntomas intrusivos. Si somos pasivos y tolerantes mientras el paciente cuenta los sucesos de la semana que lo guiaron a su episodio relevante, podemos estar colaborando con su creencia de que los acontecimientos diarios estresantes están más allá de su capacidad para manejarlos y que sólo puede afrontarlos usando medidas extremas. Si no etiquetamos activamente como síntomas la autoaversión del paciente, los impulsos autodestructivos, la ansiedad, hipervigilancia, y dificultades para autorregularse, podemos estar potenciando la impresión de que estos síntomas son características del paciente más que rasgos de un desorden relacionado con el trauma.

El trabajo de estabilización, entonces, comienza con un cambio en el fin del terapeuta: un cambio en la actitud y un cambio en el rol. El terapeuta primero debe adoptar la actitud de que nada, ni siquiera las sensaciones del paciente, es más importante que la seguridad y la estabilidad. El terapeuta debe creer fuertemente que la recuperación de la experiencia traumática no puede tener lugar sin suficiente estabilidad para poder recordar el pasado sin llegar a sentirse agobiado por él y así ser re-traumatizado.

El paso siguiente es que el terapeuta debe asumir el papel de maestro o guía para el paciente. Los supervivientes del trauma no pueden autoaprender cómo estar a salvo y estables porque no tienen ninguna base, ninguna experiencia significativa de lo que las palabras "a salvo" o "estable" significan. Necesitan des-

peradamente un maestro: alguien que les proveerá de estructuras para aprender, abundancia de información, y retroalimentación. La formación psicodinámica tradicional nos desanima para dar estructura y retroalimentación, pero, en este estadio del trabajo, debemos encontrar modos de superar nuestra formación por la seguridad del paciente. Un superviviente del trauma puede tener una vida valiosa, productiva sin incluso recordar o procesar el trauma, pero no puede tener una vida así sin hacer el trabajo de estabilización. El mensaje para el paciente es simple: ninguna recuperación del trauma es posible sin atender a la seguridad, cuidado por uno mismo, conexiones reparadoras con otros seres humanos, y una fe renovada en el universo. El trabajo del terapeuta no es sólo ser un testigo de este proceso sino enseñar al paciente **cómo**. Como con cualquier paradigma de aprendizaje, el terapeuta necesita modelos educacionales y herramientas. Para el trabajo de estabilización, las herramientas más importantes son: psicoeducación, modelado terapéutico de atención hacia la seguridad, fortalecer las habilidades, y potenciar al paciente enseñándole cómo hacerse cargo del proceso terapéutico.

El uso de la psicoeducación tiene dos propósitos en esta etapa del tratamiento:

1) enseña al paciente acerca de los síntomas: cómo reconocerlos, cómo anticiparse a ellos, qué significan, cómo manejarlos

(2) disminuye la vergüenza del paciente, la confusión, y el sentimiento de estar loco, especialmente si ofrecemos un input psicoeducacional en un lenguaje empático y de refuerzo. No puede enfatizarse suficientemente la importancia de disminuir la vergüenza en esta etapa de la terapia. Un factor significativo en la estabilización es la re-definición gradual del rol del paciente de víctima a superviviente. Queremos enseñar al paciente acerca del trauma y el TEPT (desorden de estrés post-traumático) en formas que celebren y enfaticen que, si tuvo la habilidad siendo un niño pequeño para sobrevivir a estas terribles experiencias, tiene todos los recursos que necesita para recuperarse de los síntomas de esas experiencias. Queremos transmitirle que todos estos síntomas tienen perfecto sentido como respuesta a experiencias traumáticas. Cada uno representa o bien un recuerdo profundamente codificado o un intento de resolver un desafío o un peligro que enfrentó como niño. Cada uno fue una solución ingeniosa a un entorno agobiante, y funcionó, o no estaría sentado contigo ahora. Esta aproximación no sólo no avergüenza al superviviente; también es reforzadora porque dibuja el cuadro de alguien que es inteligente, creativo, con recursos, y más en control de su destino de lo que siente. Todos y cada uno de los síntomas problemáticos pueden ser replanteados con el input psicoeducacional apropiado. Por ejemplo, los impulsos suicidas pueden ser reinterpretados como un intento de manejar el sentirse agobiado, inútil, y fuera de control frente a afectos atrapantes o como "sentir recuerdos" de querer morir o de miedo a la aniquilación en medio de una experiencia traumática.

El cortarse u otros tipos de autolesión proveen oportunidades para la psicoeducación acerca de los efectos psicobiológicos del trauma: cómo la visión de la sangre o el dolor físico de la lesión pueden disparar una respuesta de adrenalina que produce un efecto calmante y de alerta. Mientras se reconoce que estos métodos de manejo a corto plazo tienen consecuencias negativas a largo plazo, una aproximación psicoeducacional desalienta la vergüenza y el avergonzarse de uno mismo y anima al desarrollo de otras estrategias de superación para resolver el mismo problema sintomático. Por ejemplo: la hipervigilancia se convierte en "aprendiste a estar en guardia contigo mismo porque no había nadie para protegerte"; el comportamiento sexual se convierte en "aprendiste cómo tener poder sobre los hombres porque ellos lo habían tenido previamente sobre ti"; desconfianza y paranoia se convierten en "aprendiste que era más seguro asumir lo peor en la gente que asumir lo mejor"; la autoaversión se convierte en "encontraste un modo de proteger a tu familia (o sentir que tenías algún control) culpándote a ti mismo".

El otro mensaje clave en la parte psicoeducacional del trabajo de estabilización es que **el superviviente del trauma tiene síntomas en lugar de recuerdos**. Es extremadamente útil para los pacientes comprender que muchos de sus síntomas son equivalentes al recuerdo. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad y pánico son casi invariablemente "flashback de sensaciones" desencadenadas por un evento relativamente benigno en el aquí y ahora, tal como sentirse solo en una habitación al atardecer. Si el paciente pudiese recordar el trauma en la manera que nosotros recordamos los acontecimientos no traumáticos, podría decirse a sí mismo, "odio esta hora del día porque me recuerda que, cuando caía la oscuridad, tenía que empezar a temer lo que podría ocurrirme más tarde esa noche". Debido a que los recuerdos del trauma están codificados sensorialmente, no lingüísticamente, el paciente revive el miedo como ansiedad generalizada inexplicable o incluso como un ataque de pánico. Si le enseñamos que esos síntomas son sus recuerdos, podemos ayudarlo a desarrollar mayor control sobre ellos y ayudarlo a añadir otra pieza a su narrativa personal, tal como, "Es increíble: tenía tanto miedo todos los días, y aún así conseguía ir a la escuela y sacar sobresalientes y llegar a casa y ayudar a mi madre con los niños pequeños".

Durante la fase de estabilización, todos y cada uno de los inputs psicoeducacionales son útiles porque ayudan al paciente a que su comportamiento y sensaciones abrumadoras tengan sentido. Yo voy frecuentemente con los pacientes al criterio diagnóstico DSM-IV para TEPT de forma que pueden ver por sí mismos cómo he concluido que no están locos, sólo traumatizados. Los conceptos de la psicología evolutiva, tales como el concepto de que los niños interiorizan la suavidad saludable que reciben hasta que se convierte en suavidad con ellos mismos, puede aportar un modo de introducir técnicas de auto-cuidado.

Podemos ayudar al paciente a normalizar las sensaciones que ha patologizado, tales como desconfianza, o, a la inversa, a etiquetar como "síntomas" las sensaciones que puede haber experimentado como "normales", por ejemplo, su auto-aversión. Si el terapeuta es profesor, entonces, como cualquier buen profesor, él o ella aporta al estudiante cualquier información que pueda necesitar en esta etapa del aprendizaje.

Además, el profesor/terapeuta también lleva a cabo una importante función de modelado. El modelado debería idealmente comenzar desde el primer contacto con el paciente, bien en el teléfono o cara a cara. El modelado tiene dos propósitos: indirectamente le enseña al paciente nuevas destrezas y directamente le ofrece una experiencia de protección y seguridad que él o ella puede que nunca antes hayan tenido. Lo que queremos modelar es nuestra constante preocupación e interés en la seguridad y el auto-cuidado.

Así, por ejemplo, en un contacto inicial por teléfono con un nuevo paciente, el modelado podría consistir en preguntarle al paciente si tiene algún modo de mantenerse a salvo o asegurarse de que tiene el apoyo entre ahora y su próxima cita. El terapeuta está expresando ya una preocupación por la seguridad y una actitud de que la seguridad es una parte importante de la terapia. El modelado continúa también cuando el paciente está siendo sometido a la evaluación inicial. La preocupación debería expresarse siempre en las consecuencias al ponerse a revisar la historia del trauma, y debería haber alguna discusión al final de la entrevista acerca de si el paciente se está sintiendo más abrumado e inseguro y qué hacer con ello.

Por ejemplo, generalmente comienzo las preguntas acerca del trauma y la historia familiar diciendo, "Cuando los supervivientes del trauma intentan contarle a alguien lo que les sucedió, frecuentemente empiezan por revivirlo. ¿Te sucedió ésto alguna vez? No quiero que tengas que marcharte de aquí abrumado, así que permíteme saber si tienes mucho estrés, o para y tómate un descanso y hablaremos acerca de otras cosas durante un rato". Si noto que el paciente parece estar experimentando mucho estrés, lo interrumpiré y diré, "¿quieres parar y respirar profundamente? No queremos que esta evaluación empeore las cosas para ti, así que tomémoslo con calma".

Incluso si el paciente no está mostrando estrés, puedo parar y decir, "¿cómo te va con esto? ¿Está bien continuar?". Si un paciente inestable, incluso uno con el que hace tiempo que trabajo, habla de pesadillas o flashbacks, nunca pregunto lo que pueden contener. Si el paciente quiere dar la información, pregunto, "¿es seguro para ti hablar de esto? ¿Qué te sucederá si lo haces? ¿Te sentirás mejor o peor?". Si no quiere dar detalles, puedo expresar mi voluntad de oírlos si quiere junto con mi preocupación de que hablar acerca de ellos puede causar el que los reviva.

La pregunta siempre es, "¿si haces esto (hablarlo, reñirle a tu novio, revelar el abuso, actuar, pedir ayuda, evitar pedir ayuda), te sentirás mejor o peor?" Noten que esta aproximación combina la psicoeducación acerca del TEPT y sus efectos junto con el modelado para auto-registrar sus síntomas y prevenir que involuntariamente los exacerbe, bien en una sesión de terapia o en el contexto de su vida diaria.

Si el paciente quiere hablar de sus recuerdos pero tiene un pasado de desestabilización cuando lo hace, entonces incluso iré más allá y diré, "puedes querer hablar de tus recuerdos, pero no es seguro para ti, y yo sería negligente si te permitiese hacer algo que te pusiese en riesgo. No puedo hacer que pares de hacerte daño a ti mismo fuera de esta oficina, pero puedo pararte aquí". Si el paciente me acusa de que no me importa él o lo que le sucedió, diré, "estoy tan dispuesto a escuchar tus recuerdos como tú estás a compartirlos, pero no puedo ser egocéntrico y animarte a compartir cosas conmigo cuando sé el precio que pagarás más tarde".

De modo semejante, si un paciente ha estado actuando de modo auto-destructivo y aún así quiere hablar sobre lo poco que su familia lo ha cuidado, insistiré en que, tanto como deploro la falta de habilidad de su familia para apoyarlo, tenemos que hablar de su seguridad primero. O si el paciente se ha estado aislando y no va a trabajar o a sus citas, ése será el centro de mi interés porque esta ausencia de implicación activa en el aquí y ahora lo pondrá en riesgo de tener síntomas de TEPT aumentados. Integraré todas estas intervenciones en un contexto psicoeducativo: explicaré que, cuanto más se aísla más recreará psicológicamente el ambiente de su niñez y, al hacerlo, aumentará la probabilidad de disparar recuerdos intrusivos; que tiene dificultad para proteger o incluso valorar la seguridad de su cuerpo y mente porque ha estado privado de experiencias de cuidado y protección.

Como veis, el trabajo de modelar tiene el valor terapéutico añadido de traer la seguridad y el trabajo de estabilización a la transferencia. Y como cualquier trabajo con la transferencia, al paciente puede no siempre gustarle y puede necesitar expresar ira o desagrado cuando el terapeuta insiste en "primero la seguridad" incluso en la hora terapéutica. Pienso en ello como una especie de actitud de "duro amor" terapéutico: es un acto de más cuidado insistir en la estabilización en la hora de la terapia que permitir al paciente actuar en maneras al final auto-destructivas.

Con suficiente modelado y psicoeducación, incluso los pacientes más fuertemente aferrados a los síntomas de su trauma empezarán a estar listos para aprender las herramientas de la estabilización. Su presteza se habrá desarrollado a medida que el profesor/terapeuta haya desafiado repetidamente la visión de sí mismos y sus síntomas a través del modelado y la psicoeducación. Las herramientas que necesitan los pacientes del trauma para permanecer estables incluyen las siguientes:

- técnicas de enraizamiento y centrado
- estrategias para manejar los impulsos suicidas y de auto-abuso
- contratos para su propia seguridad y la de otros
- cómo anticipar sucesos estresantes o desencadenantes
- aprender cómo calmar el cuerpo y la mente
- distinción de la realidad pasada y presente y cómo permanecer "en el presente"
- reconocer y hacer un mejor uso de las habilidades disociativas

### **Enraizamiento y centrado**

Esto es un conjunto de técnicas para usar siempre que el paciente esté sintiendo cualquier nivel de estrés, particularmente cuando está desbordado o disociándose o experimentando una ansiedad que va en aumento. "El enraizamiento" se refiere a la habilidad de tener no sólo nuestros "pies en la tierra" sino nuestras "mentes en la tierra".

¡Generalmente comienzo pidiendo al paciente que respire profundamente o que suspire! Entonces le explico que no quiero que llegue a agobiarse por lo que sea de lo que estemos hablando, así que vamos a parar y conseguir que antes de nada vuelva a tomar tierra. Sugiero que cambie su posición e intente darse cuenta de la sensación de sus pies sobre el suelo y la silla debajo de él, o que mire a su alrededor en la habitación y vea lo que le resulta familiar para tomar tierra.



Aunque el enraizamiento literalmente se relaciona con tener una conexión a la tierra, puede ser útil cubrir varios sentidos: ¿qué sensaciones táctiles o quinesísticas le ayudan a sentirse más en la tierra? ¿Qué estímulos visuales o auditivos le ayudan a sentirse más presente en su cuerpo? ¿Más centrado? Podemos usar uno de los muchos objetos en mi oficina para ver cuáles, si es que alguno, sirven para tomar tierra: una pelota de espuma, una pelota antiestrés, collares de cuentas, boligoma o plastilina. Le explico que tocar objetos fríos como piedras o incluso cubitos de hielo pueden ayudar a tomar tierra y que el olfato es un poderoso sentido para fines de tomar tierra si puede encontrar olores que estén muy fuertemente ligados al presente, tales como el café o el té o el alcohol o una fragancia. La experiencia kinestésica de caminar o lavar los platos o planchar también puede ser enraizadora, así como actividades de concentración tales como rompecabezas o crucigramas o tejer. Las actividades lúdicas pueden ser enraizadoras, como puede serlo el cocinar o la jardinería. Todos nosotros necesitamos actividades en nuestras vidas que nos ayuden a permanecer centrados y enraizados y presentes en nuestros cuerpos, pero para los supervivientes del trauma, estas habilidades ayudan a combatir el ciclo post-traumático de intrusiones somáticas y afectivas alternando con evasión e insensibilización.

Frecuentemente, los pacientes con síntomas disociativos significativos están tan acostumbrados a la experiencia de no estar presentes en sus cuerpos que deben aprender a notar el grado en el cual están más o menos enraizados. Empiezo por preguntarles, "¿Cómo de presente te sientes en tu cuerpo ahora mismo?, ¿En qué porcentaje?, ¿50%?, ¿20%?, ¿75%?. Noten que empiezo con un reconocimiento de que es altamente improbable que estén completamente presentes de modo que no toco el resorte de la vergüenza y el sentimiento de que hay una deficiencia. Algunas veces un paciente puede necesitar una explicación de lo que eso significa, pero la mayoría de los supervivientes al trauma están tan familiarizados con diversos grados de "no-presencia" que se sienten tranquilizados con este tipo de discusión.

Habiendo establecido un porcentaje, el terapeuta y el paciente pueden experimentar con la manera de aumentar el grado en el cual él pueda estar más completamente en su cuerpo: ¿ayuda el usar una de las modalidades sensoriales descritas más arriba? ¿Ayuda el levantarse y moverse por la habitación o cambiar de asiento? ¿Ayuda el respirar en el cuerpo? ¿Ayuda el hablar acerca del tiempo o de sus mascotas o sus niños o su apartamento o del último libro que ha leído? ¿Ayuda el hacer algo más concreto y menos cerebral que hablar? (Por ejemplo, conservo un caballete con un bloc de papel y rotuladores en mi oficina de forma que el paciente o yo podemos desarrollar diagramas, hacer listas, escribir objetivos o programaciones, o dibujar. Estas actividades son con frecuencia extremadamente útiles para tomar tierra porque alejan el foco del paciente del afecto intenso o ponen el afecto en un formato verbal, intelectual que es menos abrumador). Una salvedad: las sesiones terapéu-

ticas raramente son útiles si el paciente tiene menos de un 60% de presencia en su cuerpo.

No sólo el paciente sacará muy poco de las sesiones en las cuales no esté presente, hay también una mayor probabilidad de que el paciente inadvertidamente active un mecanismo desencadenante sin que el terapeuta o el paciente se den cuenta de lo que está ocurriendo.

### **Estrategias preventivas para manejar los impulsos suicidas y auto-destructivos**

Asumiendo que el escenario se ha establecido en las primeras semanas de la terapia a través del modelado y la psicoeducación, el terapeuta y el paciente están preparados para emprender el trabajo de estabilizar las estrategias de supervivencia más insanas del repertorio del paciente. Ese trabajo comienza con el desarrollo de Redes de Seguridad. Concretamente, ¿qué va a hacer el paciente frente a estos poderosos impulsos más allá de seguirlos? Yo ofrezco la metáfora de la red de seguridad del circo: el artista del circo en la cuerda floja tiene más de una malla de seguridad. Tiene dos o más redes bajo él y un alambre de seguridad alrededor de él porque lo que está intentando hacer es muy, muy peligroso.

De modo similar, el proceso de recuperación es peligroso para el superviviente del trauma porque el dolor de recordar el pasado puede amenazar su supervivencia por completo de nuevo. Al usar esta metáfora, podemos ayudar al paciente a desarrollar 3 ó 4 niveles de "red de seguridad", uno por anticipar agentes estresantes o desencadenantes de impulsos insanos, uno por pensamientos auto-destructivos e impulsos salvajes, otro por una impulsividad intensa, y uno por una impulsividad fuera de control lo cual casi invariablemente incluye acudir a urgencias o al hospital. Esta diferenciación del sentimiento o anhelo del impulso y de la acción intencional es crucial para trabajar con pacientes de trauma: el pensamiento suicida o el anhelo es un recuerdo sintomático común en el trauma.

Si los terapeutas responden a esas ideas o deseos como si fueran acciones peligrosas, podemos sin darnos cuenta exacerbar la tendencia suicida del paciente. Si diferenciamos la ansiedad normal asociada al dolor del comportamiento impulsivo o incluso de la conducta intencional, entonces es menos probable que la tendencia suicida se intensifique hasta un nivel que constituya una amenaza. (Una salvedad: nunca acuerdes incluir "llamar al terapeuta" después de la primera o segunda red de seguridad porque hará que aumente exageradamente la dependencia con el terapeuta cuando el objetivo es aumentar los recursos de los pacientes y el sentido de dominio propio. Si lo deseas, puede ser incluido como parte de las redes de seguridad 3 ó 4).

Al usar la Red de Seguridad, el paciente puede desarrollar una jerarquía de estrategias preventivas como en el ejemplo siguiente:

Sólo la tarea de hacer esos tipos de conexiones ayuda a combatir la impulsividad porque el paciente puede ver el grado en el cual la indefensión de su niñez ha llegado hasta su vida adulta. Frente a sentimientos profundos de auto-aversión y agobio siente urgencia por hacer daño a su cuerpo, tiene una conducta esencialmente pasiva, y espera a alguien que venga y lo rescate, o en connivencia con sus abusadores, se intensifican los sentimientos primarios que podrían poner en peligro su vida al perseverar en ellos hasta que empieza a sentirlos más y más verdaderos. Cuando el paciente y el terapeuta comienzan a trabajar con lo que el paciente puede en realidad hacer exactamente frente a cada categoría y nivel de intensidad de lo que le afecta, puede ser una experiencia muy poderosa. (Un apunte: si el paciente no puede pensar en absolutamente nada saludable que podría hacer para prevenir un conjunto en particular de acontecimientos que le afectan y/o insiste en que no puede hacer ninguna de las cosas que tú le sugieres, pregúntale cómo sobrevivió siendo un niño: cómo empleaba su tiempo cuando no estaban abusando de él, cómo fue capaz de continuar día tras día. Explícale que incluso un niño atrapado en una situación imposible en la cual no hay ninguna salida instintivamente encuentra modos de manejarla, y debe haberlo hecho o de lo contrario no habría sobrevivido. Explícale que, incluso aunque como adulto tenga muchas más opciones de las que tenía como niño, sus recuerdos de las sensaciones de inutilidad y desesperanza pueden interferir con el uso que haga de esas opciones.)

### **Aprender a comprometerse**

La mayoría de los terapeutas están familiarizados con compromisos de seguridad básicos porque es parte de nuestro entrenamiento en el manejo del riesgo. Al trabajar con supervivientes del trauma, sin embargo, el comprometerse es difícil frecuentemente porque estos pacientes son extraordinariamente sensibles a cuestiones de poder y control. El acordar un compromiso frecuentemente puede poner de manifiesto resistencia y rebelión ("no puedes obligarme"), o puede aumentar el sentido de falta de poder ("si no fuera por mi terapeuta, yo podría estar muerto"). La mejor aproximación para comprometerse enfatiza el definir los acuerdos que el paciente tiene que hacer para recuperarse, bien sea abstenerse de auto-lesionarse, acudir a las citas consistentemente, llevar una vida cotidiana más estructurada, o ir a las reuniones de AA incluso aunque las odie. Idealmente, queremos que el paciente se comprometa por completo consigo mismo si es posible. Si los sentimientos de inutilidad interfieren con su habilidad para comprometerse consigo mismo, el compromiso puede ser consigo para conseguir la recuperación o para la terapia. Si el compromiso es difícil porque el paciente no tiene confianza en su habilidad para mantenerse a salvo, entonces también se le puede enseñar a deshacer los pasos en piezas más pequeñas, por ejemplo

, más que "me mantendré a mi mismo a salvo", puede tener que ser, "usaré mi Kit de Supervivencia cada vez que me sienta \_\_\_\_\_." Si es resistente a la idea de compromiso, aparece una pieza de psicoeducación: por ejemplo, puede necesitar aprender que las familias saludables se comprometen para que sus hijos estén a salvo incluso si ello significa el auto-sacrificio y que él perdió la oportunidad de aprender acerca de esta clase de compromisos al crecer en un entorno inseguro. El error más frecuente que hacemos como terapeutas en nuestro trabajo al hacer compromisos es no continuar cuando el paciente rompe un compromiso bien con nosotros o consigo mismo. Necesitamos ser profesores: ¿Por qué no se sostuvo el compromiso? ¿Cómo necesitamos cambiarlo para que funcione la próxima vez que se sienta inseguro? ¿Necesita incluir más estrategias acerca de cómo mantenerse a sí mismo a salvo?

### **Aprender a anticipar**

Debido a que la impulsividad y los síntomas intrusivos son mucho más difíciles de controlar una vez que se intensifican, la mejor oportunidad de un paciente para estabilizarse es más antes que después. Cada vez que un paciente se auto-lesiona o sobrereactúa, mi primera cuestión es, "¿Qué fue lo que lo disparó?" o "¿notaste algún signo de alarma inicial?" "Al mirar atrás, ¿cuáles fueron los signos de alarma iniciales que podrías no haber visto en el momento?" El volver a los días u horas que preceden a cada episodio de auto-lesión es muy tedioso pero muy gratificante.

Busca los detonantes (ésto es, los recordatorios, sutiles o no sutiles, de experiencias traumáticas pasadas). Mira qué respuesta tuvo el paciente a los detonantes y cómo éso lo llevó al siguiente paso y al siguiente y al siguiente. Continúa preguntando, "¿Qué hiciste para intentar ayudarte a ti mismo?" Si la respuesta es, "Nada-¿qué podría hacer?", sabes que tienes una parte de psicoeducación que hacer para ayudar al paciente a que vea la gama de opciones que tiene en cualquier momento junto con el por qué tiene tanta dificultad para verlas en el momento. En estos análisis detallados, el terapeuta tiene una maravillosa oportunidad de ayudar al paciente a anticipar la siguiente crisis y de continuar construyendo su historia de información psicoeducacional. Además, el comportamiento insano deja de ser la "moneda" de negociación si es el foco central del tratamiento y no es sólo un modo de rescate o de comunicar sentimientos o de probar el poder del superviviente sobre la vida y la muerte. El trabajo relacionado con la seguridad es monótono y repetitivo, y la mayor parte de él se hace en condiciones ideales antes de que el paciente exteriorice los impulsos insanos. Richard Kluff habla de "aburrir a sus pacientes con la salud". En condiciones ideales, deberíamos aburrir a nuestros pacientes en la estabilidad.

El trabajo de anticipación no es sólo útil en el despertar de un episodio de exteriorización; también es útil prospectivamente. Por ejemplo, si el paciente está actualmente teniendo muchos sentimientos insanos o está a punto de implicarse en una experiencia estresante (ir a una entrevista de trabajo, salir para una cita, ir a visitar a la familia, usar el transporte público, tener que estar sin el terapeuta porque está de vacaciones), el pasar el tiempo de la terapia ensayando cómo afrontar con anticipación es extremadamente valioso. Anima al paciente a resolver el problema en cada etapa que conduzca al acontecimiento, empezando en el punto sea cual sea en que la ansiedad aparezca o en el que es probable que se desencadene. Usa la psicoeducación para disminuir la resistencia: los niños que crecen en entornos seguros, sanos aprenden a medida que crecen cómo anticipar lo que será difícil para ellos y lo que harán acerca de ello, mayoritariamente a través del modelado. Enseña al paciente a anticipar lo peor pero no a esperararlo. (Típicamente, los supervivientes del trauma esperan lo peor pero anticipan lo mejor o fallan al preparar cualquier estrategia peligrosa).

### **Calmar la mente y el cuerpo**

Estas son destrezas cruciales para la estabilización y el procesado final y la integración del trauma. Ayuda el empezar con una explicación acerca de cómo el TEPT causa la hiperalerta, cómo las experiencias traumáticas interfieren con la habilidad innata para regular la intensidad emocional y resulta en un patrón crónico que alterna la hiper- e hipo-alerta. La metáfora de un Termostato Emocional en el cerebro ayuda a la mayoría de los pacientes a comprender el concepto. Yo explico que la habilidad del Termostato Emocional para mantener automáticamente los sentimientos intensos lejos de que se conviertan en demasiado intensos (demasiado calientes) o de que se desconecte (demasiado fríos) se pierde cuando los niños están expuestos al trauma crónico, y el resultado es que la temperatura emocional del superviviente es bien demasiado caliente o demasiado fría y no se vuelve a regular automáticamente. Esto significa que el paciente tendrá que adquirir la habilidad para regular "manualmente" el termostato emocional. Inicialmente, esta destreza puede enseñarse cuando el paciente tiene práctica en usar el intelecto para calmar y reafirmar los sentimientos. En parte, ha aprendido ya algo sobre esta herramienta si la metáfora del Termostato Emocional ha promovido una mayor comprensión intelectual que puede usar para reafirmarse a sí mismo en que no está loco o sobre-reactivo. La mayoría de los terapeutas tienen la técnica de usar la cognición para regular la emoción, pero a nuestros pacientes debe enseñárseles explícitamente cómo hablar a sí mismos en una crisis, cómo calmar sus hemisferios derechos usando el lenguaje y las funciones ejecutivas del hemisferio izquierdo.

En adición a las instrucciones estándar para la respiración meditativa (diferenciando la respiración diafragmática de la respiración al nivel del pecho, enfocándose en el soplo, permitiendo que la respiración gradualmente llegue a ser más lenta y calmada, notando el efecto en el cuerpo), es útil para los supervivientes del trauma tener un mantra o afirmación en la que enfocarse mientras respiran para ayudar a enfocar la atención lejos de lo que les afecta intensamente o de posibles intrusiones. Por ejemplo, se les puede enseñar a respirar en la cualidad o estado mental que necesiten (tal como "yo respiro seguro" o "yo respiro en calma") y exhalar el afecto que es abrumador ("yo exhalo el dolor" o "yo exhalo el miedo"). [Una salvedad: para algunos pacientes del trauma, las técnicas de respiración están contraindicadas en principio porque aumenta la hipervigilancia y la ansiedad. Para estos supervivientes, la relajación es equivalente a ser vulnerables al peligro, y necesitan instrucciones que enfatizan que la relajación no es incompatible con la vigilancia, tales como "yo respiro en la alerta" o "yo puedo calmar mi cuerpo y alertar mi mente."]

### **Aprender a permanecer en el presente**

Esta es la herramienta que probablemente es la más útil para cualquier superviviente del trauma a lo largo y ancho de su recuperación. Esto es porque el TEPT y los Trastornos Disociativos son fundamentalmente desórdenes en los cuales el pasado se convierte en presente y el presente se convierte en pasado. En un flashback o pesadilla, por ejemplo, las experiencias de recuerdos intrusivos y sensoriales abruma la capacidad de testar la realidad de la mente humana. Cuando la modalidad sensorial de esta re-experiencia intrusiva es táctil o afectiva o kinestésica u olfatoria, la mayoría de los pacientes creen que el flashback es una realidad actual e intentan interpretar la experiencia a la luz de esa creencia. Desde la primera entrevista con un paciente, deberíamos enseñarle acerca de los síntomas intrusivos y su significado. Cuando un paciente se queja de que se siente aterrorizado en un contexto que no evocaría terror o un sentimiento de vergüenza abrumadora al enfrentar una experiencia que sería ligeramente embarazosa para la mayoría de la gente, necesitan saber que están teniendo "flashbacks de sensaciones", y que no están viviendo en un mundo peligroso y humillante. Muchos pacientes no se dan cuenta que los "flashbacks" no son sólo visuales y raramente, si lo son alguna vez, narrativos. La mayoría de los flashbacks son experiencias sensoriales fragmentadas que incluyen el afecto, visión, tacto, gusto, olor, y los sistemas auditivo y motor. La mayoría de los síntomas intrusivos son afectivos, no visuales. "Aprender a permanecer en el presente" comienza con aprender a interpretar correctamente los mensajes de la mente y el cuerpo en respuesta a la realidad actual cuando se es superviviente del trauma.

Por ejemplo, un concepto clave es la noción de que las sensaciones intensas y abrumadoras sólo tienen lugar en el presente en respuesta a un peligro inmediato, obvio. El terror es apropiado si y sólo si estás encarando una avalancha o un vehículo a mucha velocidad o un atracador o un león de montaña. La rabia en el presente sólo ocurre en el contexto de la agresión, tal como ver a alguien que está siendo físicamente asaltado, especialmente si es una persona querida. El duelo es apropiado si ha muerto alguien o ha finalizado una relación. Si cualquiera de estas sensaciones intensas, abrumadoras tienen lugar en el día a día, entonces deben ser "sensaciones del pasado". Esto podría parecer un modelo muy simplista, pero es liberador para los supervivientes del trauma una vez que hayan captado la premisa.

Enseño esta técnica habiendo hecho que el paciente aprenda a identificar "flashbacks de sensaciones" (o intrusiones afectivas) y "flashbacks largos, lentos" (las horas y días pasados en un discurso auto-destructivo o en un estado disociado aparentemente fuera de su control). Por ejemplo, si un paciente reporta el haber tenido miedo de dejar su apartamento durante toda la semana por síntomas de pánico, necesita que se le dé un input psicoeducacional: sus síntomas de pánico son recuerdos afectivos de miedo crónico que experimentó como niño acerca de lo que ocurriría a continuación. Sucede con más frecuencia en el hogar porque su hogar era el contexto en el cual estaba en peligro entonces. Respondió a esos síntomas de pánico como si fueran indicaciones de algún peligro en su realidad actual, y colocó el peligro fuera del hogar en lugar de dentro, como puede también haber hecho cuando niño.

Un ejemplo de un "flashback largo, lento" que proviene de un caso en la consulta: tras seis años de terapia, el paciente ha podido graduarse en una escuela profesional como siempre había soñado hacer pero, justo antes de su graduación, una ex-pareja abusadora llevó a cabo una orden conminatoria contra el paciente como gesto de represalia. La coincidencia de estos dos acontecimientos desencadenó una descompensación masiva en la cual la paciente pasó de ser capaz de funcionar como estudiante y madre a pesar de sus síntomas de TEPT a pasar cada momento del día y todos los días perdida en pensamientos de desesperación y auto-aversión. Retuvo la habilidad de cuidar de su hijo como una "destreza aislada" pero perdió casi toda su habilidad de funcionamiento anterior.

Estuvo post-traumáticamente "bloqueada" en un tiempo pasado cuando cualquier logro de su niñez podría y frecuentemente sería destruido por uno de los varios culpables en su familia con la admonición de que le había ocurrido este abuso porque era muy mala y perversa. La combinación de un mayor éxito en su vida y el ser injustamente culpada por las acciones de otro desencadenó un episodio que duró meses durante el cual revivió la inutilidad, la impotencia, y el sentido de maldad de aquellos años. Al continuar con la consulta, el terapeuta comenzó a ayudar a la paciente para que empezase a buscar un trabajo en la profesión que ella había escogido haciendo un esfuerzo para ayudarla a "volver al presente". En un mes, la paciente tenía un trabajo y fue plenamente recompensada. Como en este ejemplo, sólo la acción de identificar el síntoma como síntoma de TEPT en lugar de algo referido a la realidad tiene un efecto calmante y de centrado.

Otra técnica útil para delinear la separación entre pasado y presente es la Vara de Medir Emocional que puede usarse cuando los pacientes reportan el haber tenido sensaciones que o bien ellos o el terapeuta se dan cuenta que estaban fuera del contexto presente. Se le pide al paciente que represente cómo es de intenso el sentimiento abriendo sus brazos en un gesto de "así de grande". Entonces pregunto, "¿Qué porcentaje de tu [sentimiento] encaja con lo que sucedió en el aquí-y-ahora? ¿Cuánto de ello es probablemente acerca del [aspecto del trauma y negligencia los cuales habrían causado la misma sensación]?" La mayoría de los pacientes captan rápidamente la idea sin una gran cantidad de psicoeducación e inmediatamente reconocerán que el 80% o 90% del afecto viene del pasado. Si el paciente cree categóricamente que los sentimientos primordialmente vienen de sus circunstancias actuales y tienen poco que ver con el trauma pasado, es una señal para el terapeuta de que se necesita urgentemente un enfoque en psicoeducación. Cualquiera si no todas las percepciones del paciente necesitan ser suave pero persistentemente desafiadas con input para ayudarle a diferenciar entre lo que yo etiqueto como "realidad objetiva" y "realidad post-traumática". Por ejemplo, si describe a su vecina intrusiva, molesta como "peligrosa", yo le pararé y reformularé la afirmación diciendo quizás, "No peligrosa-desencadenante, intrusiva, molesta pero no peligrosa. La gente peligrosa amenaza tu existencia o tus derechos humanos o tu cuerpo." O usaré la afirmación como una oportunidad para enseñar al paciente más acerca de los desencadenantes: "¿Sabes por qué su comportamiento fue tan desencadenante para ti? ¿Qué hubo en él que pudo haberte recordado a las personas peligrosas de tu vida?" A medida que aumenta su habilidad para hacer estas diferenciaciones, el uso del medidor emocional tendrá mayores efectos positivos. A medida que pase el tiempo, al paciente se le puede enseñar a usarlo para tener sus sensaciones con una mejor perspectiva en el momento aprendiendo a "medir" una reacción antes de responder a la persona o situación.

Otro modo en el cual se puede enseñar la diferenciación de pasado y presente es a través de la psicoeducación, enseñando al paciente a reconocer las reacciones post-traumáticas y síntomas cuando tienen lugar en el transcurso de su vida diaria. Una de las tragedias del abuso en la niñez es que los detalles pequeños de la vida ordinaria y las relaciones ordinarias abarcan la mayor fuente de desencadenantes de síntomas de TEPT porque fue en el contexto de tales acontecimientos ordinarios que el niño fue repetidamente traumatizado. (Frecuentemente hago la analogía a los pacientes de que ir a través de un día típico para ellos es como un viaje de vuelta a Vietnam para un veterano). Pedirle al paciente que se dé cuenta cómo las personas no-traumatizadas responden en su vida a los acontecimientos o haberse imaginado cómo respondería una persona no-traumatizada puede despertar su propia consciencia de que el trauma cambia el cómo reaccionamos a los estímulos del ambiente. A medida que la terapia progresa, trabajaremos eventualmente en técnicas de enraizamiento para "regresar al presente" cuando algo en el presente desencadena el pasado. Y todavía profundizando más, los pacientes aprenderán a anticipar o reconocer inmediatamente cuándo el pasado y el presente se están confundiendo y a usar sus herramientas para permanecer en el presente. [Una salvedad: es extremadamente difícil trabajar en esta técnica si los pacientes no tienen una vida con un sentido para ellos en el aquí-y-ahora. Necesitan tener algunas actividades en sus vidas que les hagan tomar tierra en el presente para beneficiarse completamente de cualquier tipo de programa de recuperación o terapia, bien sean esas actividades hobbies, voluntariado, actividades creativas, familia o trabajo.]



Necesitan tener algunas actividades en sus vidas que les hagan tomar tierra en el presente para beneficiarse completamente de cualquier tipo de programa de recuperación o terapia, bien sean esas actividades hobbies, voluntariado, actividades creativas, familia o trabajo.]

La esencia del trabajo de estabilización es conseguir una distancia cognitiva de lo que les afecta abrumadoramente. Si recordamos la evidencia de los estudios de imágenes cerebrales de Bessel van der Kolk, las intrusiones que afectan post-traumáticas están acompañadas por una relativa inactividad en el hemisferio izquierdo, particularmente en las zonas del lenguaje, y una actividad aumentada en la amígdala y otras áreas relacionadas con la memoria sensorial. Podríamos entonces querer comprender la estabilización como una porción de trabajo en el cual el paciente aprende a usar la capacidad del cerebro izquierdo para el análisis y la planificación para ayudar al cerebro derecho con las sensaciones, sentimientos y percepciones abrumadoras. La estabilización es un pre-requisito para trabajar el trauma porque de lo contrario el "trabajarlo" será re-traumatizante: lo que afecta intrusivamente abrumará al paciente sin su permiso y le dejarán con una sensación de agotamiento y desmoralizado, tal y como se sintió en el momento original del trauma. Me gusta pensar en el trabajo de estabilización como el dar al paciente un sentido de dominio en el proceso de recordar: cuando decide que está preparado para recordar y revivir el trauma en sus propios términos, se sentirá poderoso en lugar de sentirse sin poder y re-traumatizado. Para aquellos de nosotros que tienen dificultades en ver el trabajo de estabilización como "terapéutico", es importante no subestimar el impacto de ayudar a nuestros pacientes a conseguir el sentido de dominio sobre su presente que nunca habían tenido en el pasado. Como Judy Herman dice a los supervivientes, "Es suficientemente malo que te hayan robado tu niñez-es inaceptable perder también tu oportunidad de vivir en el presente."

Publicado y traducido con el permiso de la autora.

Copyright 1999: Janina Fisher, Ph.D.



## PRÓXIMOS EVENTOS

### Próximas formaciones en Brainspotting en Madrid

Fase II: 7 y 8 de Febrero de 2015

### Próximas formaciones en Brainspotting en Barcelona

Fase I: 27, 28 de Febrero y 1 de Marzo 2015

Fase II: 25 y 26 de Abril de 2015

### 1ª Conferencia Internacional de Brainspotting en Brasil: (Cambio de fecha)

4-7 de Marzo de 2016

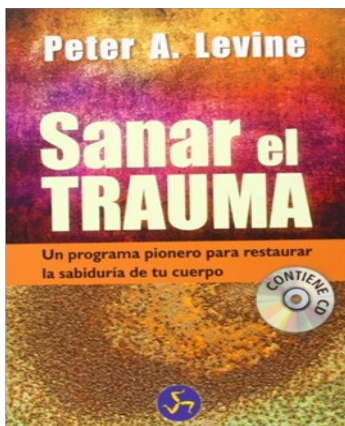
## LIBROS RECOMENDADOS



### **El trauma y el cuerpo” de Pat Ogden**

Uno de los libros básicos y de cabecera para todo terapeuta que quiera abordar el trabajo del trauma desde el cuerpo.

El trauma y el cuerpo es un texto esencial del tratamiento de los trastornos de base traumática, y el libro describe el abordaje Sensoriomotor. La Psicoterapia Sensoriomotora no es simplemente un abordaje somático de psicoterapia, sino que integra los conocimientos sobre neurobiología, apego, psicoterapia psicodinámica y cognitivo-conductual, con el conocimiento de los efectos del trauma no sólo a nivel mental, sino también a nivel neurológico y corporal. El tratamiento sensoriomotor es una terapia verbal centrada en el cuerpo para terapeutas de cualquier escuela psicoterapéutica.



### **Sanar el trauma” de Peter Levine**

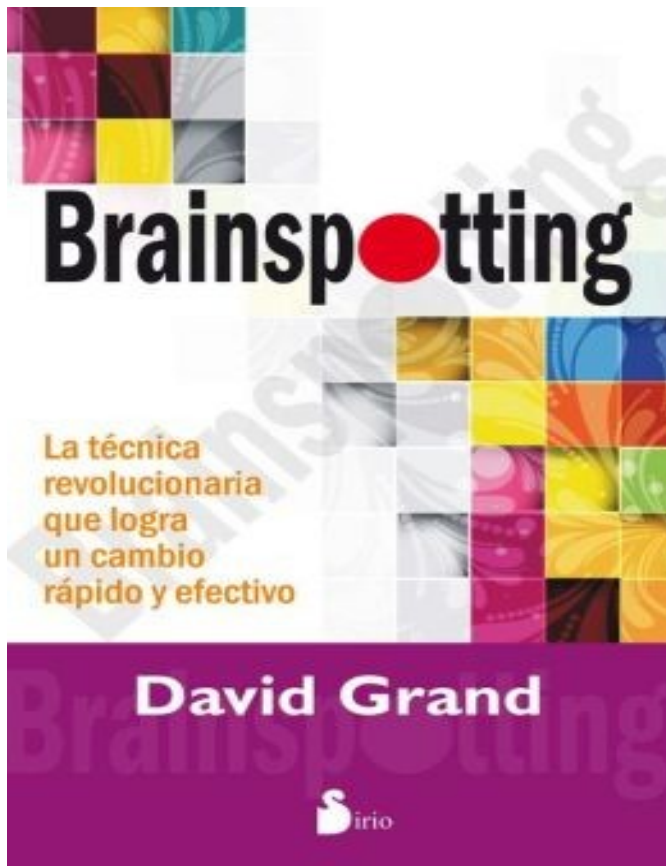
Ofrece una explicación sencilla muy útil para empezar a familiarizarse con el trabajo de trauma y sus manifestaciones así como para ofrecérselo a los pacientes como una lectura que les ayude a comprender lo que les pasa al tiempo que ofrece un programa sencillo y ejercicios que ayudar a manejar la sintomatología y sirven como recursos para el paciente en su vida diaria.



### **¿Quién soy yo realmente?**

El libro trata sobre la disociación y la fragmentación de la personalidad. Aporta una descripción clara y detallada de dicho fenómeno al tiempo que proporciona un instrumento de valoración de dicha sintomatología. En la última parte del libro, la autora relata las historias de varios pacientes en las que proporciona pautas para la identificación de los síntomas, sus causas y tratamiento.

## ÚLTIMAS PUBLICACIONES DE BRAINSPOTTING



Ya a la venta!!

### **Brainspotting. La técnica revolucionaria que logra un cambio rápido y efectivo.**

Como vosotros bien sabéis, Brainspotting es un poderoso método de tratamiento focalizado que funciona identificando, procesando y liberando las fuentes nodales neurofisiológicas del dolor emocional y corporal, trauma, disociación y de una variedad de otros síntomas difíciles. Brainspotting es, simultáneamente, una forma de diagnóstico y tratamiento (incrementado con sonido bilateral), profunda, directa y poderosa, pero focalizada y contenedora. El Dr. Grand revela en este libro la idea clave que le permitió desarrollar esta revolucionaria herramienta terapéutica.