

# Historia, calidad, clínica y realidad del trauma psíquico

**Begoña Aznárez Urbieto**

Psicóloga. Psicoterapeuta

Presidenta del Instituto para el Desarrollo y la Aplicación de EMDR

Directora del Máster en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR

## Resumen

En este artículo se revisan los conceptos básicos para abordar las secuelas del trauma psíquico en la práctica clínica. La autora replantea el concepto de trauma en la actualidad, revisando la historia del mismo en el ámbito asistencial y sus manifestaciones clínicas. Tras un exhaustivo repaso por las condiciones neurobiológicas del trauma, la disociación y la somatización, se exponen las claves para una correcta intervención.

*Palabras clave: Trauma, apego, EMDR.*

## Abstract

This article revises the basic concepts for addressing the sequels of psychic trauma in clinical practice. The author redefines the concept of trauma nowadays, reviewing its history in the area of assistance and its clinical manifestations. After an exhaustive revision of the neurobiological conditions of trauma, dissociation and somatization, the author exposes the keys for a correct intervention.

*Keywords: Trauma, attachment, EMDR.*

## INTRODUCCIÓN

La comprensión de la ecuación compleja que constituyen cualidad, clínica y realidad del trauma psíquico supone un trabajo tan arduo como apasionante en el que las diferentes dinámicas inherentes a cada uno de esos aspectos han de ser diseccionadas por separado para quedar integradas en un único y cohesionado todo. En realidad, y como veremos a lo largo del curso, esa es la base de la integración de la experiencia: diferenciación más conexión. La narrativa resultante será la que necesitamos que sea para sentirnos capaces de llamarnos expertos: suficientemente amplia, coherente y adaptativa.

En este apasionante reto, no desdeñaremos la influencia y las aportaciones de diferentes autores y disciplinas que han aportados pequeños o grandes granos de sabiduría, pues, en esta tarea de comprensión del trauma psíquico, las voces que deben ser escuchadas y tenidas en cuenta son muchas y proceden de muy diferentes fuentes.

Para tratar de empezar por lo que suele ser el principio, ensayaré una definición, no sin antes dejar aclarado que, a todo lo largo del curso, tanto las definiciones, como, en general, la exposición teórica y práctica de todos los contenidos, aunque abarcando tantas voces como he podido abordar que me han parecido imprescindibles, están, finalmente, basadas, sobre todo, en mi propia experiencia clínica, mi capacidad de estudio y reflexión, mi intuición como profesional y como persona, y mi propia capacidad de integración. Son, por consiguiente, personales (aunque pretenden ser transferibles y, desde luego transferidas) y sesgadas.

Así, aunque espero que constituyan material de suficiente valor como para que les compense la molestia de la lectura, el estudio y la asistencia a tantas horas de clase, confío que hagan, además, el trabajo de cuestionárselo todo para poder sacar sus propias conclusiones, pues creo firmemente en que esa es la mejor manera de convertirse en un buen clínico.

## DEFINICIÓN

Si acudimos al diccionario de la RAE a buscar la palabra trauma, éste comienza aclarándonos que procede del vocablo griego τραῦμα que significa **herida**. Nos gusta. El diccionario ofrece, además, tres definiciones:

1. m. **Lesión duradera** producida por un agente mecánico, generalmente externo.
2. m. **Choque emocional** que produce un **daño duradero** en el inconsciente.
3. m. **Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera.**

No es de extrañar, repasando detenidamente el contenido de las definiciones, que el estudio del trauma haya sido algo que ha preferido obviarse o, como mucho, algo sobre lo que pasar rápido y lo más de puntillas posible. Es lo que se ha venido haciendo históricamente. Lo malo, mejor apartarlo, tenerlo lejos...

Durante siglos, el Trauma Psíquico (TP en adelante) se ha sentido tan peligroso, que sus manifestaciones y sus efectos se achacaron siempre a posesiones demoníacas o a exóticos movimientos uterinos que, además, explicaban por qué éramos las mujeres (ya de por sí seres considerados más vulnerables, influenciables y, por qué no decirlo "raros") las más afectadas.

El peligro del TP es de tal naturaleza, que los esfuerzos en relación a hacerle frente han ido siempre en una dirección que llevaba a convertirlo, a transformarlo en algo físico que pudiese ser manejado por un médico. Al fin y al cabo ¿no es más fácil, cómodo y productivo mirar una herida en la piel que una en el alma? Con el trauma físico, sin embargo, las cosas fueron siempre bien distintas y superar los efectos de dicho trauma ha supuesto, y sigue suponiendo, avanzar en el desarrollo de la Medicina y su consideración como una ciencia imprescindible, incuestionable, noble y altamente bien considerada. Cosa que no podemos decir todavía, por desgracia, de la Psicología, que, siendo la ciencia más exacta que conozco, desgraciadamente sigue considerándose poco menos que superchería.

Hasta hace bien poco, habían sido gurús, chamanes, brujos, confesores y magos de distinto origen y condición (también inquisidores, verdugos y otros salvaguardas de la moral y el orden, por supuesto) los que se habían atrevido con ello, con eso de ocuparse de las heridas del alma. Todo ello con mejor o peor fortuna...

Parece imprescindible pues, que nos preguntemos los clínicos actuales qué tiene de peligroso el trauma psíquico y que tratemos de responder...

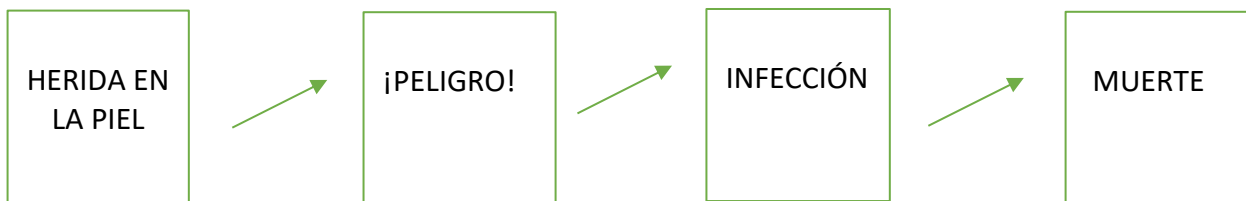
Iremos por partes. Primero, para ejemplificar y ver la equivalencia, veamos cómo se comporta el

organismo cuando sufre un "atentado" en forma de herida, por ejemplo, en la piel:

La secuencia sería algo así como: **herida** en la piel (1), ¡alarma/**peligro!** (2), riesgo de **infección** (3) y posibilidad de que se produzca la **muerte** (4) del organismo que sufrió la herida.

Ante la amenaza de aniquilación es lógico y razonable que todo el organismo ponga en marcha los mecanismos oportunos para contrarrestar los efectos de la herida. En ese sentido, nuestro cuerpo está provisto de un sistema de reparaciones que se pone automáticamente en marcha en cuanto saltan las alarmas tras esa pérdida en la integridad del tejido. Parece que el proceso de cicatrización epitelial, después de una herida, conlleva una reacción en tres fases, a saber: inflamación, proliferación y remodelación. Curiosamente, la psicoterapia del trauma también implica 3 fases: estabilización, procesamiento de los recuerdos traumáticos y reconexión. Pero a eso llegaremos un poco más adelante.

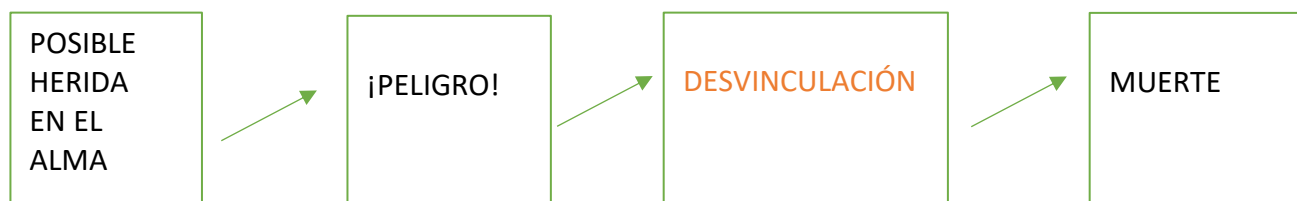
La secuencia la esquematizaremos más o menos así:



Comparativamente, cuando experimentamos un acontecimiento que produce un **impacto emocional** de considerable intensidad, estaremos de acuerdo en que eso, dejará alguna secuela que podemos calificar de herida. Igualmente saltarán las alarmas. ¿Por qué? ¿Cuál es el peligro? La clave para responder a esta pregunta está en el **mensaje** que aportan las emociones así experimentadas, de lo que advierten. El mensaje asociado a la muerte, a la aniquilación, se ve muy claro ante la vivencia de algunos acontecimientos en los que la integridad física de uno mismo o de otros seres cercanos (trauma vicario) se ve claramente comprometida, como en un accidente de coche o en un tsunami, por ejemplo.

Pero, en otros casos, no parece tan claro ese mensaje. Cuando hablamos de experiencias infantiles de negligencia parental, de carencias en el apego, de falta de sintonía emocional u otras vivencias de esta naturaleza digamos, más sutil, tan comunes en la infancia y que tanta huella dejan, ¿por qué se califican de peligrosas y hacen saltar alarmas? ¿Qué mensaje de riesgo conllevan? Yo

sostengo que **el peligro es la desvinculación**. Si el niño legitima los mensajes asociados a las alarmas que se le disparan ante la conducta de sus mayores, “no son confiables, no sintonizan con tus necesidades, no te protegen, no te quieren lo suficiente, etc.”, algo le dice que pone altamente en riesgo su relación con ellos. Y no está en condiciones de hacerlo. El niño necesita vincularse con sus figuras de apego para sobrevivir, si no lo hace, sabe que tiene menos posibilidades. De nuevo, el mensaje final es de peligro de aniquilación.



Afortunadamente, también en este caso poseemos, de fábrica, un maravilloso y sofisticado sistema de cicatrización/reparación de heridas del alma. Y también se podría explicar de forma muy sencilla dividiéndolo en tres actuaciones fundamentales: **hablar de ello, pensar en ello y soñar con ello**. Si podemos llevar a cabo estas tareas con nuestras figuras de cuidado, la herida cicatrizará adecuadamente y la experiencia podrá transformarse en aprendizaje, pues la narrativa resultante contendrá todo el material necesario (adecuadamente traducido) y generará las creencias apropiadas sobre uno mismo y lo que nos rodea.

El problema es que ya en la primera de estas tareas se presentan importantes dificultades. Veamos eso de “Hablar de ello”. *Hablar... ¿con quién? ¿Contarlo? ¿Qué contar? ¿Cómo contarlo? ¿A quién? Imposible. Se enfadarán, se decepcionarán, me castigarán, se morirán, no me querrán, me moriré...* Frecuentes estas preguntas y afirmaciones, ¿no es así? Son las que escuchamos siempre en las víctimas de sucesos traumáticos cuando consiguen hablar de ello años más tarde y nos revelan lo que sintieron y pensaron de niños. Nuevamente, una amenaza mortal... Aunque el movimiento espontáneo de toda criatura humana cuando le sucede cualquier acontecimiento impactante sería acudir llorando a ser consolado y “curado” por mamá o papá (o la figura vincular responsable), en el caso de determinadas experiencias, la amenaza de la desvinculación (y con ella, de la aniquilación), obliga al silencio. Y el niño calla y la gangrena se extiende...

Quiero detenerme unos instantes también en una de esas preguntas que me parece clave porque se extiende más allá de lo obvio, ¿qué contar? Toda experiencia conlleva cierto contenido externo

que puede ser fácil de relatar porque es aquello que se ha visto. Pero hay un monto importante de contenido interno, ese que se ha percibido, sentido o notado porque suponen sensaciones corporales y emociones, que no resulta tan fácil de narrar. La dificultad estriba en que, para ello, es necesario un trabajo previo de **traducción**. Para el niño, es imposible organizar la experiencia interna sin la ayuda de unos referentes externos que, siendo capaces de sintonizar con esas sensaciones y emociones que está experimentando, puedan desarrollar esa tarea que supone reconocer, nombrar, legitimar y enseñar a manejar todo lo que engloban, o sea, capaces de traducir. La clave aquí está en el concepto de **sintonización**, la base de una respuesta contingente por parte de un cuidador y, por lo tanto, del apego seguro.

Pero, para que un cuidador pueda sintonizar con las necesidades de su bebé, ha tenido que ser, digamos, previamente “entrenado” en esta tarea y, en consecuencia, ha tenido que haber aprendido, a través de la interacción con sus mayores, a legitimar, etiquetar y regular sus propios estados de ánimo. Solo si hay una tarea previa de esta naturaleza en relación con el propio niño interior es posible hablar de sintonía y, con ella, de traducción y contingencia en la respuesta. Aquí, encontramos conceptos y tareas tan interesantes como imprescindibles, como la **mentalización**, asociada, irremediablemente de nuevo, a la sintonía de los cuidadores con respecto a las necesidades del infante. Poner mente a emociones y sensaciones es una tarea que depende de los otros y, en consecuencia, de su disponibilidad, receptividad, capacidad de sintonía, proximidad y responsividad. Supone un círculo vicioso del que es muy difícil salir pues, como decíamos, el contexto manda.

El contexto manda, sí, el sistema nos impone sus reglas y éstas dicen que ciertos temas no se airean. Y no solo temas tan claramente escabrosos como el abuso o el maltrato. No se airea tampoco lo mucho que duele y que asusta que mamá y papá no se lleven bien y discutan y se griten y se enfaden; que me dejen todo el día con una cuidadora que no habla mi idioma y que tiene que cuidarnos a mis hermanos y a mí, tiene que hacer las tareas de la casa y además, está deprimida porque está a miles de kilómetros de su hogar, de sus padres y de los hijos que dejó allí y a los que echa horriblemente de menos...; que no haya tiempo para estar conmigo y contestar a mis preguntas; que a nadie le importe qué siento, por qué lloro o qué me preocupa y, por tanto, no se me pregunte por ello; que dude de mi derecho a ser querido y cuidado y protegido y por tanto no me atreva reclamar nada de esto; que sienta que me tratan mal en el colegio y yo calle porque sé que no solo no lo van a entender en casa sino que, muy probablemente, incidirán en que soy yo el

culpable y me lo merezco o que debería quejarme menos y espabilar más y aprender a defenderme solo; que no se tengan en cuenta mis necesidades pero que me pase el día escuchando que todo se hace por mí, por mi bien, por mi futuro, porque se quiere lo mejor para mí... Conocido también, ¿verdad? ¿Y no es esto más frecuente en nuestras consultas que los tsunamis? ¿No son estos, los pequeños, o grandes tsunamis que vivimos de niños en nuestro día a día?

En fin, que dependiendo de cuál sea la naturaleza del acontecimiento traumático y cuál el discurso (mensaje, decíamos antes) que el contexto suele pronunciar sobre dicho acontecimiento, se nos permitirá hablar o se nos empujará a callar. Se nos silenciará y se nos invitará a pensar lo menos posible y pasar página y *a otra cosa mariposa, espabila que lo que tienes que hacer es animarte, ver el vaso medio lleno, darte cuenta de la suerte que tienes en realidad, si yo te contara..., la verdad es que no tienes motivos para quejarte, mira solo el lado bueno...* y otras lindezas por el estilo, narradas con mejores o peores intenciones y recibidas (casi siempre) y, como mínimo, con indiferencia y, con peor suerte, con culpa (*es cierto, si ya decía yo que soy una mala persona, me quejo de vicio, soy un desastre, no merezco lo que tengo, etc., etc.*) **Ahí es donde se instala definitivamente una herida y donde jamás cicatriza...**

Ahí es donde el mecanismo de polarización cobra su máximo sentido y donde un extremo de dicha polaridad de **vinculación-defensa**, se impone sobre el otro.

Para garantizar que el silencio se mantiene, la mente humana ha generado lo que Pierre Janet llamaba un “automatismo psicológico”, un sofisticado “Plan B” que garantizará el mutismo y, consiguientemente, la vinculación. Este mecanismo es la **Disociación**.

Volveremos a la Disociación para estudiarla en profundidad más adelante. Baste decir, por ahora, que se trata de un mecanismo protector que consigue, indiscutiblemente, su objetivo: evitar a toda costa (a costa sobre todo de la integración de la experiencia) la desvinculación. **Así, a mayor riesgo de desvinculación, mayor nivel de disociación.**

Por eso, cuando hay herida traumática psíquica, hay, siempre (en mayor o menor medida) disociación. Y por eso afirmó Pierre Janet, hace ya más de un siglo, que la naturaleza de la disociación es traumática. Aquí, el fin justifica los medios... Y la disociación garantiza, por un lado, que el material traumático permanezca fuera de la consciencia y, por otro, que parte de la regulación se realice a través de las somatizaciones, el insomnio, la falta de concentración, la

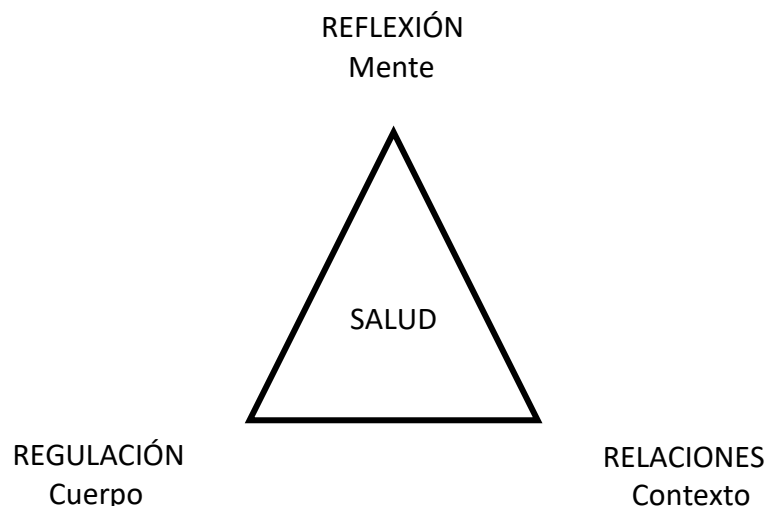
ansiedad generalizada, etc. Y es que los efectos de la disociación se observan en los tres ámbitos de actuación: físico, psíquico y somático, con alteraciones que pueden ser notables a nivel de relaciones sociales, síntomas físicos y alteraciones emocionales.

Cuando la disociación se instala reina el desequilibrio y éste queda incorporado al día a día. La persona que lo sufre no siente paz interior a pesar de haber conseguido zafarse de un gran peligro...

**La salud es una cuestión de equilibrio.** Pero mantener el equilibrio dentro de cada uno de esos tres niveles: psíquico, somático y contextual, y, a su vez, en la relación de cada uno con el otro, no es tarea fácil. Daniel Siegel desarrolla su teoría de la Neurobiología Interpersonal a partir del estudio y la experiencia clínica con estas cuestiones. Y su teoría se ve apoyada por otros desarrollos y descubrimientos que se han ido produciendo en los últimos años, como la teoría del cerebro triuno de Mac Lean (1985) o la polivagal de Porges (1995-2005) que estudiaremos con detenimiento.

La Neurobiología Interpersonal defiende que la salud mental resulta del equilibrio entre una mente coherente, la regulación a nivel corporal y unas relaciones empáticas.

Es lo que llamamos la "teoría de las tres erres". Es decir, el equilibrio entre las Relaciones, la Reflexión y la Regulación. La experiencia traumática rompe el equilibrio impidiendo la regulación, disminuyendo la capacidad reflexiva y entorpeciendo las interacciones.



Y, con toda la importancia que tiene el equilibrio para estar bien, para tener salud, el ser humano está preparado para sabotársela y perderla en aras de un fin más grande: la vinculación, la pertenencia. Repito, en este caso, el fin justifica los medios... Es necesario, entonces, desentrañar el misterio de esa vinculación y esa pertenencia que se consiguen a través del apego a nuestras



figuras parentales y que son la clave para entender un porcentaje importante (por no decir el 100%) de nuestras acciones. En mi opinión, **la teoría del apego** es la base para la comprensión de la conducta humana y de todo proceso terapéutico concluido con éxito. No en vano, los estudios realizados a ese respecto afirman una y otra vez que la pieza fundamental que explica el cambio en psicoterapia es el **vínculo**.

Así pues, vemos que, a medida que un niño crece, se va encontrando con que vive muchas experiencias que no puede compartir, que está obligado a silenciar y, por lo tanto, a dividir, a no integrar. Tales experiencias nunca se podrán transformar en aprendizaje y siempre quedarán en la sombra produciendo dolor, sufrimiento, síntomas, inquietud, angustia... y lo que es casi peor que todo ello: **creencias sobre uno mismo y sobre el mundo totalmente erróneas, además de limitantes y empobrecedoras.**

Para terminar entonces, ¿de qué depende entonces que esa herida en el alma de la que hablábamos siga abierta y no cicatrice? De que nuestra experiencia interna sea reconocida, legitimada y regulada a través de la traducción contingente y la conversación empática con nuestras figuras de apego. Si se puede dar todo esto, la herida cicatrizará. Si se silencia, la herida puede llegar a ser muy, muy profunda...

¿Posible definición de trauma psíquico infantil después de estas reflexiones? Según mi criterio, **traumático es para un niño tener que guardar silencio en relación con cualquier cosa que le ocurre.**

Traumático es que sus experiencias no sean vistas, legitimadas, escuchadas y sostenidas. Traumático es que su voz sea silenciada. Traumático es tener que protegerse a través de la división, el síntoma o la locura... porque sus figuras de protección no están en sintonía con sus necesidades y no encuentra otra salida porque no la hay.

Así, **el trauma psíquico infantil sería la herida resultante de verse obligado a silenciar, negar e incluso disociar, las experiencias vividas con alto impacto emocional que debieran haber sido compartidas con las figuras de apego para adquirir significado, así como para generar las adecuadas creencias sobre uno mismo y el mundo y, consiguientemente, posibilitar la adaptación y el aprendizaje.**

## UNA MIRADA A LA HISTORIA

Podemos afirmar que son tres los períodos en la historia de la humanidad que han dado permiso para que se pudiera hablar de trauma:

- El de la época de la histeria de Charcot, Freud, Breuer y Janet.
- El de las guerras mundiales.
- El que aborda la violencia sexual y doméstica.

Judith Herman, en su introducción al libro “Trauma y recuperación”, desarrolla maravillosamente este tema en su primer capítulo y a él remito al lector para un estudio en mayor profundidad.

En él, Herman habla de amnesia episódica para referirse al tiempo entre esos tres períodos en el que, como ha ocurrido mayoritariamente, y ya hemos comentado, lo que ha imperado es el silencio. Todo el libro es absolutamente recomendable, pero este primer capítulo al que me refiero aquí es imprescindible para entender el desarrollo histórico de este tema.

- En el primer período, los autores mencionados contribuyeron notablemente a desarrollar una mirada diferente hacia las víctimas diagnosticadas de histeria. Por primera vez se empezó a hablar de abuso y por primera vez se asociaron los síntomas a las consecuencias de experimentar las emociones con vehemencia (como decía P. Janet), se habló de “estados alterados de conciencia” y se acuñó el término **disociación**. Tanto Freud como Janet reconocieron que los síntomas somáticos de la histeria eran **representaciones disfrazadas** de acontecimientos intensamente perturbadores que habían sido borrados de la memoria y descubrieron que los síntomas podían aliviarse cuando los recuerdos traumáticos (y las emociones asociadas a ellos) eran recuperados y puestos en palabras. En palabras de Judith Herman: ***la solución al misterio de la histeria podía encontrarse en la dolorosa reconstrucción del pasado de la enferma.***

Sin embargo, la publicación de “La etiología de la histeria”, de Sigmund Freud en 1896, supuso el fin de esta línea de investigación. ¿Por qué? Solamente un año después de su publicación Freud repudió la teoría traumática del origen de la histeria puesto que si se consideraba cierta había que admitir que aquello que él llamaba “actos pervertidos contra los niños” resultaban endémico y, lo que era peor, se podía afirmar que éstos se producían con igual frecuencia entre las familias de mejor posición económica y social (no en vano Freud se codeaba con lo “mejorcito” de la Viena de entonces) Aquello era simplemente inaceptable. Así, en la primera década del siglo XX Freud

concluyó que los relatos de sus pacientes histéricas sobre abusos sexuales en la infancia eran falsos: ... por fin me vi obligado a reconocer que estas escenas de seducción nunca habían tenido lugar y que tan solo eran fantasías que se habían inventado mis pacientes...Vuelvo a citar a la Herman: ... *enfrentado a este dilema, Freud dejó de escuchar a sus pacientes... Y creó el psicoanálisis sobre las ruinas de la teoría traumática de la histeria...*

Afortunadamente, Janet, en Francia, siguió con la teoría traumática de la histeria y llegó a desarrollar una teoría sobre la disociación estructural de la personalidad que, aunque entonces quedó silenciada por el éxito de Freud y su psicoanálisis, ha sido recuperada en la actualidad y se le ha dado el reconocimiento que merece.

- Respecto al segundo período, ese que abarca las dos guerras mundiales, es obvio que la realidad traumática de los acontecimientos se imponía sobre la conciencia y tuvo que ser mirada. No obstante, al comienzo, los síntomas que se percibieron en los soldados se atribuyeron, cómo no, a causas físicas (ya decíamos que es más fácil mirar la herida en la piel...) o, lo que es peor, al carácter moral del paciente al que se le consideró constitucionalmente inferior, vago y cobarde. Como cuenta Herman en su libro, *Lewis Yealland, psiquiatra canadiense, publica en 1918 un libro titulado "Desórdenes histéricos de guerra" en el que defendía una estrategia de tratamiento basada en avergonzar, amenazar y castigar al paciente*. Hasta tal punto era mal considerado el paciente que presentaba estos síntomas. Afortunadamente, siempre hay un "bando contrario" y en él, su cabecilla, el liberal y progresista W.H. Rivers (médico y profesor de neurología, psicología y antropología) argumentaba lo opuesto, que la neurosis de guerra era una condición psiquiátrica genuina y que podía manifestarse en soldados con una personalidad moral muy alta. El caso más famoso que trató fue el del escritor Siegfried Sassoon. En la segunda guerra mundial comenzó a reconocerse que *cualquier hombre podía venirse abajo y que las bajas psiquiátricas podían ser previstas en proporción directa a la severidad de la exposición al combate*.

A pesar de ello, no fue hasta mucho después de acabada la guerra, con presión de las asociaciones de veteranos del Vietnam que por fin se produjo un impulso hacia el estudio sistematizado del trauma por parte de los profesionales de la psiquiatría y la psicología.

- Vamos con ese tercer período que aborda la violencia sexual y doméstica. Todo empieza en los años 70 cuando, con el movimiento de liberación femenino, comienza a reconocerse que los acontecimientos traumáticos más frecuentes son los que sufren las mujeres en el día a día, sin

necesidad de entrar “en combate” (bélico, al menos). La característica fundamental de este movimiento inicialmente fue el deseo de crear conciencia para provocar un cambio social.

En relación con la creación de conciencia y el cambio social hay un punto importante aquí sobre el que me gustaría incidir. Herman afirma que estudiar el trauma psicológico supone enfrentarse a la **vulnerabilidad humana** en el mundo natural, así como a la **capacidad de hacer el mal** en la naturaleza humana. *Estudiar el trauma psicológico significa ser testigo de acontecimientos terribles.* Encuentro clave el punto de los **testigos** dentro de este tema. El estudio del trauma psíquico necesita testigos. Necesita que la voz de la víctima sea sustentada por otras voces, pues, como hemos comentado, mayoritariamente se tenderá a silenciarla, a desacreditarla o a ignorarla. *Mantener la realidad traumática en la conciencia exige un contexto social que reafirme y proteja a la víctima, y que una a esta y al testigo en una alianza común.* En el caso de la víctima individual, el contexto se creará con el apoyo de familia, amigos y, por supuesto, personal sanitario y otras víctimas. En el caso de la realidad social, el contexto se creará a partir de los movimientos sociales que dan voz y voto a los menos vistos y escuchados, a los más desamparados. Así pues, han sido necesarios, siempre, para dar impulso y sustento al estudio de este tema, diferentes movimientos políticos.

Se hace necesario por lo tanto, que, como psicoterapeutas, formemos esa alianza imprescindible con las víctimas que se “materializa” a través del vínculo psicoterapéutico y que es la base sobre la que podremos intervenir y sobre la que conseguiremos buenos resultados.

Una de las cosas que más positivamente me impresionan en relación con la historia del estudio del trauma y todo lo que ha ido suponiendo, es corroborar cómo los clínicos que trabajamos con dedicación y sintonía hacia los pacientes, solemos llegar a las mismas conclusiones independientemente del lugar en el que trabajemos, el contexto social del que vengamos o en el que estemos desarrollando nuestro trabajo, e incluso nuestra formación de partida. Quizá lo que tengamos en común sea precisamente eso, la capacidad para llevar a cabo esa alianza ineludible con la víctima y ser los testigos activos que todas ellas necesitan. Pues, aunque proviniesen de altas esferas sociales, tuviesen la más alta consideración social, o dispusiesen de los medios económicos propicios, las víctimas, históricamente, se han encontrado con esa mirada cuestionadora y desacreditante tan frecuente incluso, entre los profesionales de la salud encargados de la suya.

Y, asociado a todo esto, lo que más negativamente me impacta es comprobar el papel tan fundamental y desastroso que hemos jugado los profesionales de la salud mental en toda esta historia, precisamente por lo habitual que ha sido entre nosotros, esa mirada desvalorizante, o la crítica, el juicio negativo, el desprecio e incluso, la ignorancia activa.

Pero estamos aquí porque las cosas están cambiando, aunque sea despacio, y porque nosotros, como profesionales, como psicoterapeutas, queremos contribuir con nuestra pequeña aportación diaria a que las cosas sigan cambiando.

Desde que, en 1980, la APA incluyera en el DSM-III la nueva categoría de “Desórdenes de Estrés Postraumático”, el estudio del trauma psíquico ha avanzado más que en los miles de años anteriores. Todavía queda mucho camino por recorrer. Ojalá sepamos seguir siendo testigos creadores de conciencia y contribuyamos a los cambios que siguen siendo necesarios en nuestro campo.

## **EXPERIENCIA VITAL ÓPTIMA VERSUS EXPERIENCIA TRAUMÁTICA**

Vamos a desmenuzar las características que distinguen a la experiencia vital normal de las propias de la experiencia traumática. Así, podremos acercarnos al estudio en detalle de la clínica del trauma y entender mejor el abordaje más apropiado durante el tratamiento.

### - Características de la experiencia vital “óptima”.

Imaginemos a cualquier “cachorrillo” de humano expuesto a los avatares del día a día. Por ejemplo, a éste:

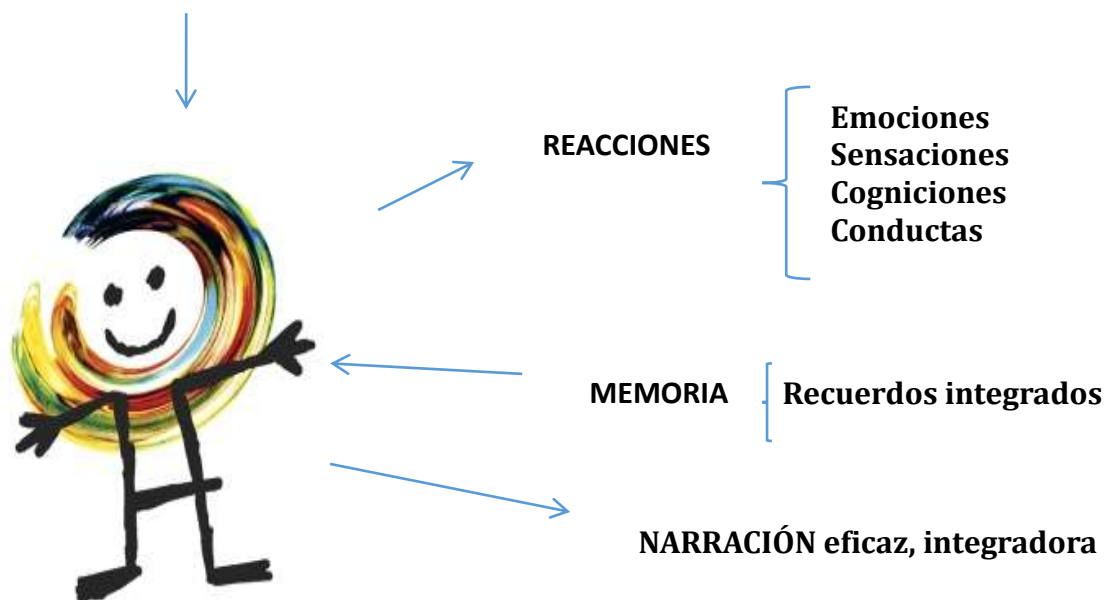


El mundo “ingresa” en él a través de sus sentidos en forma de inputs sensoriales y, en consecuencia, provocará una serie de respuestas internas que llamaremos a partir de ahora “experiencia interna”. Esta experiencia interna provoca una respuesta, como reacción, que supondrá emociones, sensaciones corporales, cogniciones y conductas. Estos cuatro, son los elementos comunes a toda experiencia.

En el mejor de los casos (lo que supone que las figuras de apego emiten una respuesta contingente basada en la sintonía con las necesidades del infante y en la adecuada traducción de sus reacciones) el niño podrá (con su experiencia interna traducida adecuadamente y con la heteroregulación apropiada por parte de sus figuras vinculares) incorporar la experiencia en forma de recuerdos integrados, los cuales almacenará en su memoria para que le sirvan de aprendizaje en futuras interacciones. Esto, a su vez, generará la posibilidad de desarrollar una narrativa de lo sucedido que resultará completa, eficaz e integradora

Quedaría esquematizado más o menos así:

### INPUTS SENSORIALES



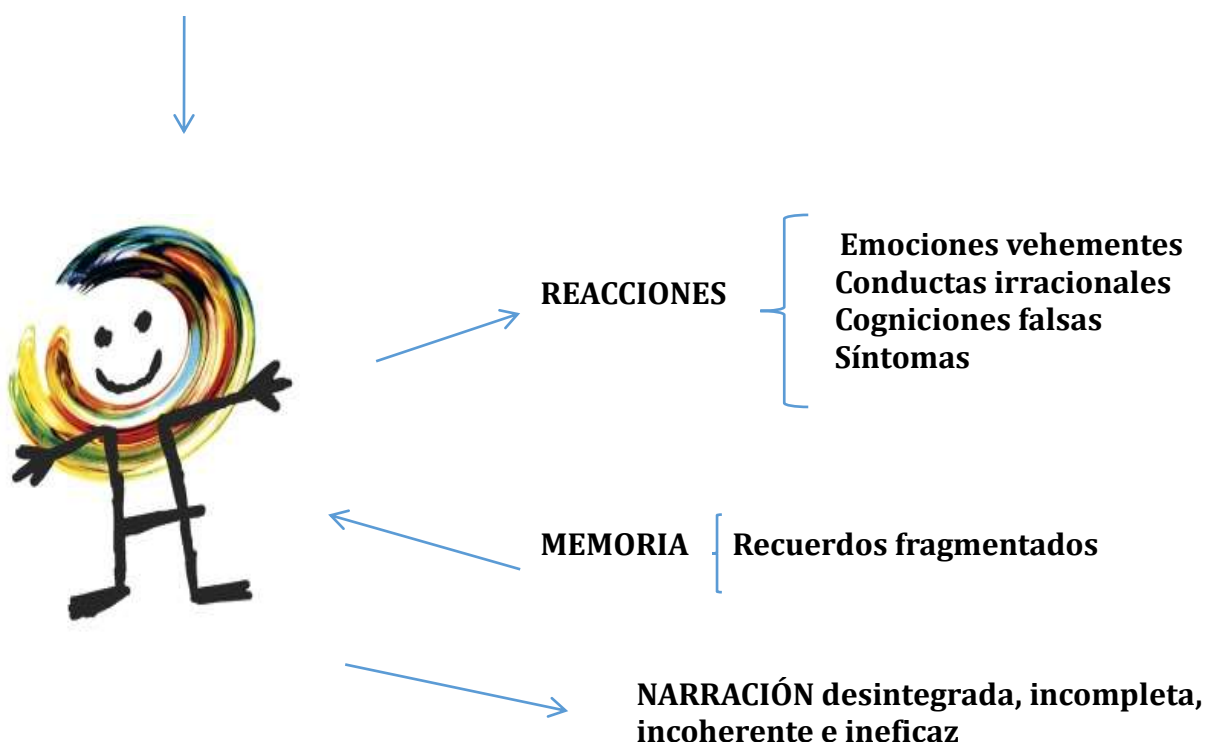
### - Características de la experiencia vital traumática.

Imaginemos a ese mismo cachorrillo expuesto a un evento traumático, que será aquel que suponga un importante impacto emocional y que no cuente con la respuesta contingente y en sintonía con sus necesidades por parte de sus cuidadores que dejarán sin traducir su experiencia interna. Aquel que, como hemos visto ya en el primer capítulo, le lleva al niño a no poder regular su respuesta emocional y a generar creencias erróneas sobre sí mismo y el mundo que le rodea. Aquel que provocará que almacene los recuerdos de forma desintegrada porque el elevado *arousal* que los acompaña los mantiene en estado excitatorio. Ese que lleva aparejada una respuesta corporal que se quedará asociada a la emoción para incorporarse en forma de memoria implícita y constituir un automatismo a la hora de responder en nuevas ocasiones ante estímulos que contengan similitudes

con el original. Ese que, por último, le llevará a actuar con conductas inadecuadas por poco adaptativas. Desde aquí, la narrativa que se organiza es incompleta (excluye una importante cantidad de experiencia interna que, al haber quedado sin traducir no se puede incorporar a la narrativa consciente), desintegrada (pues se obtiene una para cada uno de los elementos de la experiencia), totalmente incoherente con lo realmente vivido y, en consecuencia, muy poco eficaz, muy poco adaptativa.

Es decir, algo así:

## INPUTS SENSORIALES



Vamos a verlo todo con un sencillo ejemplo:

Imaginemos a un pequeñín de 4 años que va de la mano de su mamá por una calle cualquiera de su ciudad. Si es una calle conocida, que suele transitar, estará menos estresado que si no lo es, pues encontrará menos estímulos novedosos. Supongámosle, en principio, y para ejemplificar lo más sencillo y óptimo, caminando por su calle a una hora habitual en un paseo cotidiano. Está contento y tranquilo y sale relajado, de la mano de mamá, con quien va conversando alegremente y a quien va haciendo mil preguntas, propias de su natural curiosidad, que son satisfactoriamente contestadas. De pronto observa, al levantar su carita del suelo, que, de frente, se acerca una señora

con un enorme perro a su lado. El niño no está acostumbrado a los perros. En su familia no tienen ninguno. Y, además, éste es enorme. Su reacción automática ante la observación del estímulo “perrazo enorme” es la de sentir miedo, notar aceleración de las pulsaciones y rigidez corporal, pensar que se le va a echar encima un animal peligroso y, por lo tanto, que está en peligro de muerte, y apretar la mano de mamá con fuerza mientras se para en seco.

Según lo que decíamos en el primer capítulo, lo que marca la diferencia y nos obliga a poner el apellido “traumático” a determinados acontecimientos, tiene todo que ver con la respuesta del cuidador. Si éste sintoniza con las necesidades del chiquitín y le sabe traducir, podrá darse cuenta de lo que está pasando en él y reaccionará de la siguiente manera. Dirá, con una voz dulce y tranquilizadora y mientras se para y se agacha para ponerse a la altura del chiquitín mirándole con su mirada más legitimadora, comprensiva y empática: *hijito, estás asustado. Has visto ese perro grandote y te ha entrado miedo. Es normal cariño. Yo también me habría asustado si fuera tú porque es la primera vez que ves un perro tan grande y parece peligroso. Tranquilo mi vida que estás con mamá y no te va a pasar nada. Además, el perro está con su correa y su dueña le sujeta...*

Mientras tanto, la dueña del perro, que ha visto al niño y se ha dado cuenta de lo que pasa, se acerca diciendo que por favor no se asuste, que el perro es grande pero que es muy bueno, que le encantan los niños y que no va a hacerle nada, que es un cachorro ahí donde le ven tan grande y que solo quiere jugar. Y, al llegar a la altura de la mamá y el chiquitín, se para. La mamá la mira con mirada cómplice y la dueña del perro se tranquiliza y espera. Mamá le dice al cachorrillo: *mira, si es muy bueno. No hace nada verás. Mamá lo va a tocar. Es muy suave. ¿Ves? Le gusta que le acaricie. Como a ti.*

Juanito (en los ejemplos el niño siempre se llama Juanito) se va relajando. Al sentirse comprendido y traducido puede relajarse y emplear la energía en entender lo que le está explicando su mamá. Le gusta escuchar la voz serena de su madre, le da seguridad. Se siente protegido y va cambiando su miedo por una curiosidad innata por acercarse a conocer cómo será eso de tocar a un animal así y jugar con él...

El final de esta historia ya lo conocemos. Es un final de “amor y lujo” en el que el cachorro de humano se lo termina pasando pipa con el perro y es éste el que acaba huyendo de aquel...

Cuando Juanito llegue a casa y le tenga que contar la experiencia a papá, sabrá hacerlo



adecuadamente porque habrá venido todo el camino de vuelta narrándolo con mamá a quien le interesa mucho que el niño haga consciente todo lo vivido e incorpore un esquema de funcionamiento como ese ante los acontecimientos estresantes. Un esquema que le permita desarrollar las ideas oportunas sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea y que le lleve a poder confiar en los adultos como las personas adecuadas con quien llevar a cabo todo el trabajo hasta lograr convertir la experiencia en aprendizaje.

¡Ay si esto pudiera ser siempre así!

La realidad suele ser otra bien distinta. En la realidad, la mamá, el papá o el cuidador, responden de muy diferente manera. Veamos algunos ejemplos. Les parecerá que exagero pero, lo cierto es que incluso me voy a cortar.... En fin, que veremos reacciones como la de darse cuenta de lo que vive el niño pero no haciendo caso, tirando de él como si la reacción que está teniendo no fuese la normal (así lo interpretará el niño, claro, que acabará pensándose como alguien inseguro, poco capaz y cobarde; considerando a los perros animales del demonio y a los adultos seres bastante poco confiables) y haciéndole caminar al lado del perro haciendo gestos ostentosos de ridiculización de su conducta cuando no, incluso, verbalizando algo como *vamos hombre no me digas que tienes miedo, pero si no es más que un perro, este crío es un miedica* (con lo que se garantiza su sensación de superioridad y la dependencia del niño).

Puede que el cuidador responda asustándose más que el propio cachorrillo y viendo, por tanto, solo su propio miedo, en cuyo caso tirará del niño para cruzar de acera mientras despotrica de los perros, los dueños de los perros, del alcalde de la ciudad y del sursuncorda... Pocas cosas son menos favorecedoras cuando se trata de integrar una experiencia vivida que sumar al propio miedo el miedo del cuidador, del que el niño no puede, de ninguna manera, hacerse cargo. Y, sin embargo, tendrá que hacerlo.

También puede pasar que el cuidador sea tan sádico que, al ver la reacción del niño, le suelte de la mano con cara de asco y profiriendo insultos le obligue a pasar solo, y bien cerca del perro. El niño berreará negándose e intentando agarrarse a su cuidador que no le dejará. El perro ladrará, la gente se quedará mirando y el cuidador agarrará de malos modos al niño, le dará una colleja e insultándole y profiriendo gritos contra él y toda la familia del otro progenitor se alejará ostentosamente orgulloso de su forma de educar al niño pues es bien sabido que necesitan más

mano dura de la que hoy en día se emplea...

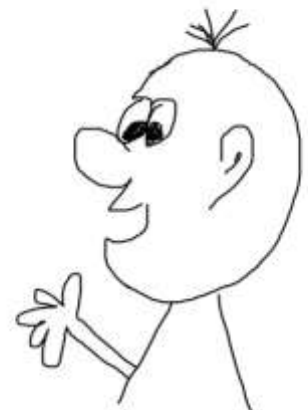
Estas son solo algunas de las posibilidades que evidencian que toda vez que la respuesta del cuidador no se acompasa, a través de la sintonía emocional, con las necesidades del niño, es decir, cuando no es contingente, encontraremos el campo preparado para que la experiencia que se vive necesite de la disociación de una parte del material que ha tomado partido en ella. De esta manera, los recuerdos asociados a ella se almacenarán de forma desintegrada colaborando a la generación de unas creencias totalmente erróneas y a una narrativa muy poco eficaz. El sueño REM tratará de hacer su trabajo pero no será posible debido al alto nivel de excitación que ha quedado, de forma residual, asociado al evento, produciendo, eso sí, pesadillas que podrán estar presentes durante años.

Cómo si no va a garantizarse el niño que no entra en contacto con la realidad de lo que vivió: ser testigo de la incapacidad de su cuidador para empatizar con él, dar valor a sus reacciones, protegerle, cuidarle, quererle, respetarle, atenderle, ayudar a regularle, responder adecuadamente en función de su rol... Como decíamos, el niño pondría gravemente en peligro la vinculación si atendiese a esta información. Hay que silenciarla, apartarla, no atenderla. Mejor pensar que el inútil, no válido, poco capaz, desregulado, torpe...

## LA RESPUESTA FISIOLÓGICA DURANTE EL EVENTO TRAUMÁTICO

Es importante que sepamos lo que ocurre en nuestra fisiología mientras estamos viviendo acontecimientos estresantes que son susceptibles de convertirse en traumáticos. El desarrollo de las neurociencias nos han permitido desentrañar los misterios de la respuesta corporal a cada situación que vivimos y conocer las claves para regularla óptimamente.

Vuelvo a instar al lector, por tanto, a consultar a los autores que llevan años publicando en este campo para profundizar en este tema. Aquí, haremos una breve incursión en el mismo destinada a una comprensión suficiente de los principales procesos implicados y cómo se condiciona la intervención clínica en base a ellos. Me gusta explicarles este tema a mis pacientes haciendo un sencillo dibujo partiendo de un monigote como este:



Pretendo que en el dibujo queden representados los cinco sentidos: vista, olfato, oído, gusto y tacto. A través de los cinco sentidos incorporamos el mundo, por eso nos interesan ahora que tratamos de explicar cómo se organiza, a nivel fisiológico, el manejo de los estímulos que nos afectan.

Vayamos de nuevo a ver lo que sucede, esta vez a nivel fisiológico, en condiciones óptimas, en comparación con lo que ocurre durante un evento traumático.

- En condiciones óptimas, cuando cualquier estímulo sensorial (con excepción de los olfativos) ingresa en cualquier individuo, la primera escala que realiza en el cerebro es en el **tálamo**. Éste, como muchas otras estructuras cerebrales, es bilateral. Se encuentra interconectado con otras estructuras del sistema límbico así como con la corteza prefrontal, los ganglios basales, la corteza somatosensorial, las áreas de asociación, la corteza auditiva, la visual, el córtex motor, el cerebelo y el tronco del encéfalo. El tálamo es, por tanto, un centro de transmisión ascendente y descendente. Su capacidad para sincronizar las diversas agrupaciones neuronales existentes a lo largo del todo el cerebro (cada una oscilando en su propia frecuencia) y de determinar la formación de combinaciones coherentes de redes neuronales, lo convierte en la piedra angular de la integración de la información. Gerald Edelman, premio Nobel de Medicina en 1972 decía del tálamo que es el “cocinero” del cerebro y mezcla toda la información de nuestras percepciones para preparar una “sopa autobiográfica” muy homogénea, una experiencia integrada y coherente de “esto que me está pasando”.

Una vez recibida la información del exterior, lo que sabíamos hace años era que el paso siguiente del tálamo consistía en enviarla a la corteza correspondiente para ser analizada. Pero, Joseph LeDoux, un neurocientífico norteamericano de la Universidad de Nueva York, descubrió (1986, 1992, 1994) que la información que salía del tálamo, en realidad seguía dos vías, y mientras que una, efectivamente, iba a la corteza, otra, secundaria y más corta, se apresuraba hacia la **amígdala**. Este descubrimiento transformó la manera de entender el camino seguido por las emociones en el cerebro pues ahora sabemos que la amígdala **dota de significado afectivo a los distintos estímulos**.

Así, si se interrumpen las conexiones entre ella y el resto del cerebro, el individuo al que le ocurre tal cosa se convierte en un verdadero inepto para descifrar el significado emocional de los acontecimientos que vive.

La amígdala es una estructura compleja, con forma de almendra (de ahí su nombre) que supone una pieza clave en cuestiones emocionales. En realidad, como decíamos, existen dos amígdalas que constituyen un conjunto de estructuras interconectadas. Se hallan encima del tallo encefálico. La amígdala pertenece al sistema límbico y, por lo tanto, a lo que conocemos como “cerebro emocional”. Es *el punto central de confluencia en el que toda la información procedente de los sentidos es unida y dotada de significado emocional (U. Bergman, 2011)*. Tiene, además, capacidad de memoria, aprendizaje y respuesta.

El atajo que supone la comunicación tálamo-amígdala y la capacidad de la amígdala para responder rápidamente ante determinados estímulos, tuvieron que ser importantísimos evolutivamente pues este poder responder en cuestión de milisegundos, seguramente permitió ventajas “vitales” al reaccionar ante situaciones peligrosas. Pero juega también muy malas pasadas a los seres humanos produciendo lo que se conoce como auténticos “secuestros emocionales”. Las investigaciones de LeDoux explican la manera en la que la amígdala asume el control cuando el cerebro pensante todavía no ha podido tomar ninguna decisión. LeDoux llama a estas confusiones emocionales “emociones precognitivas”. Es decir, reacciones basadas en impulsos neuronales fragmentarios. Supone, fundamentalmente, información sensorial que la amígdala no se molesta en contrastar, ella saca una conclusión apresurada y actúa en consecuencia...

Por otro lado, la amígdala juega un rol muy importante en la generación de respuestas endocrinas pues, por exponerlo de manera sencilla y resumida, cuando detecta peligro (van der Kolk la compara con un detector de humo) manda las señales pertinentes a las estructuras involucradas en la respuesta de estrés que terminan desencadenando la liberación de potentes hormonas como el cortisol o la adrenalina que aumentan el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo de la respiración que nos preparan para la huida o la lucha.

Así mismo, el cerebro utiliza un método muy ingenioso para registrar con especial intensidad los recuerdos emocionales ya que emplea los mismos neuroquímicos que preparan al cuerpo para responder ante un peligro para grabar dichos recuerdos vívidamente en la memoria. De esta manera, la amígdala resulta estar muy bien informada como receptora de las señales que emiten las hormonas implicadas en la respuesta de estrés y, así, la activación de la amígdala, parece provocar una intensificación emocional que profundiza la grabación del recuerdo de las situaciones vividas.

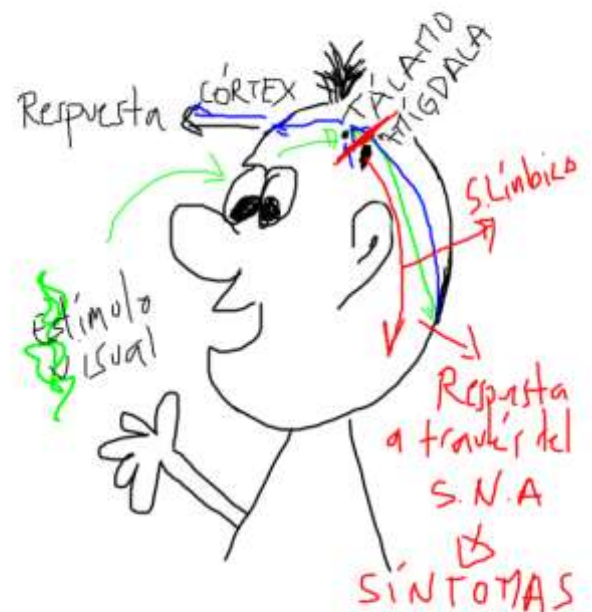
Cuanto más intensa es la activación de la amígdala, más profunda es la impronta y más indeleble la huella que dejan las experiencias que nos han asustado o emocionado.

El problema de este sistema de alarma neuronal comandado por la amígdala es que funciona por el método asociativo y equipara cualquier situación presente con otra pasada en cuanto comparten unos pocos rasgos similares. Por eso, reaccionamos ante situaciones actuales con modos y maneras pasados que son obsoletos y poco adaptativos. Son respuestas muy toscas porque las células implicadas solo permiten un procesamiento rápido pero impreciso.

Ahora volvamos a centrarnos (una vez conocido el papel de la amígdala en el proceso), en cómo respondemos ante un estímulo que produce activación emocional y qué ocurre en el interior de nuestro organismo. Pongamos como ejemplo un estímulo visual. Al ingresar en el cerebro, hemos dicho que su primera parada será en el tálamo. Después, llegará a la amígdala y algo más tarde, a la corteza correspondiente (en este caso, corteza occipital) y al resto de estructuras corticales y subcorticales.

En condiciones óptimas, las diferentes estructuras implicadas harán sus análisis correspondientes y enviarán sus “resultados” de nuevo al tálamo para proceder a su integración.

Finalmente, toda la información acabará en el córtex prefrontal que será el encargado de emitir una respuesta. Si, efectivamente, se han dado las condiciones óptimas, esto implica que, en este caso, el córtex prefrontal va a disponer de una cantidad de información tanto emocional como cognitiva y sensoriomotriz (el llamado “cerebro emocional” lo componen conjuntamente el cerebro reptiliano, el más primitivo, que está en el tronco cerebral, y el sistema límbico) que le permitirá emitir la respuesta más adaptativa posible.



Esto quedaría representado en el dibujo más o menos así:

Pero ¿qué ocurre ante un evento traumático? Permítanme que comience exponiendo literalmente la definición de Pierre Janet de trauma psíquico: "... es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales..." Esta definición data de 1919. ¡Casi 100 años y sigue absolutamente vigente! Veamos cómo las neurociencias han venido a confirmar lo que Janet intuyó que ocurría en sus pacientes a partir de su trabajo con ellas.

Ante cualquier estímulo que venga de fuera, hemos dicho que el tálamo es la primera estructura cerebral que se da por enterada. La amígdala será la siguiente en reaccionar. Las neurociencias nos han permitido saber que, cuando el acontecimiento supone un alto impacto emocional parece que la amígdala se sobreexcita (hiperarousal amigdaloido lo llamó LeDoux) produciendo, entre otras muchas cosas, un corte en la comunicación ascendente entre amígdala y tálamo.

Así mismo, las estructuras que funcionan como moduladoras de la respuesta de la amígdala (lóbulos prefrontales, en concreto, la corteza prefrontal medial) fallan en su tarea de "apagar" la sobreexcitación. El manejo efectivo del estrés depende del equilibrio entre la alerta de la amígdala y la capacidad de la corteza prefrontal de graduar su alteración. En consecuencia, en la experimentación traumática, se instala el bloqueo y la fragmentación, y la información emocional relativa al suceso quedará fuera de los circuitos "normales" de funcionamiento. Al no poder ser devuelta al tálamo, éste enviará al córtex prefrontal solo información proveniente de la corteza correspondiente generando creencias y explicaciones erróneas. No obstante, aunque la información de carácter emocional y sensoriomotriz queda aislada de la corteza, utilizará otras vías alternativas de expresión a través de las estructuras relacionadas con el Sistema Nervioso Autónomo. Esto nos explica las somatizaciones. Además, mientras el trauma no se resuelva, las hormonas del estrés que el cuerpo secreta para protegerse siguen circulando y los movimientos defensivos y las respuestas emocionales se siguen reproduciendo.

En resumen, y enlazando con el punto 3, cuando se viven situaciones de alto impacto emocional una parte importante de la información respecto al acontecimiento queda aislada, fuera de la

conciencia, debido, fundamentalmente a la hiperexcitación de la amígdala y al fallo en los mecanismos de reducción natural de esa excitación.

¿Cuáles son algunos de esos mecanismos? La sintonía del cuidador que le permitirá responder contingentemente es, como hemos dicho básica. Eso le permitirá llevar a cabo las tres grandes tareas que consiguen disminuir la excitación de la amígdala: hablar de ello, pensar en ello y soñar con ello. LeDoux ha estudiado el papel de la amígdala en la infancia y ha llegado a la conclusión de que los encuentros y desencuentros entre el niño y sus cuidadores constituyen un auténtico aprendizaje emocional. Como estas lecciones emocionales se impartieron en momentos en los que el niño carecía de palabras, cuando se reactivan los recuerdos en la vida adulta no existen pensamientos acerca de cuál es la respuesta más apropiada y abundan los automatismos. Los recuerdos se han almacenado en forma de memoria somatosensorial y son el principal alimento de la memoria implícita. Pero de todo esto hablaremos más adelante.

Si la experiencia vivida no se narra nunca adquirirá significado. Pero para poner palabras hace falta ser traducidos e instados a explicarse. Por eso afirma Van der Kolk que *todos los traumas son preverbales*. Y ya tenemos evidencias gráficas de ello. Así, se ha podido comprobar, a través de neuroimagen, por ejemplo, que el área de Broca se desconecta cuando se desencadenan los flashbacks. Lo cual incide en la necesidad de ayudar a la víctima a crear la necesaria narrativa del acontecimiento traumático.

La alexitimia es otra de las características de la vivencia traumática. No hay palabras que describan lo que se ha sentido. M. Feldenkrais dice: no puedes hacer lo que quieras hasta que sabes lo que estás haciendo”. Cuando perdemos la guía de nuestras señales internas nos vemos avocados a repetir automáticamente las mismas respuestas ante estímulos similares, a dar las mismas explicaciones ilimitadas e incoherentes con nuestra experiencia interna y a sufrir la protesta de nuestro cuerpo que interpretamos como traición y condena.

## **LA JERARQUÍA POLIVAGAL DE PORGES Y LA VENTANA DE TOLERANCIA**

El Doctor Stephen Porges, tras años de investigación, desarrolló, en 1995, la que se conoce como “teoría polivagal” (por su referencia a las diferentes ramas del nervio vago). Esta teoría permitió comprender mejor la biología de la seguridad y el peligro. Aclarar por qué ser vistos y escuchados por personas importantes de nuestro entorno puede hacernos sentir tranquilos y seguros y cómo, a

su vez, ser ignorado o dejado de lado precipita reacciones que tendrán como protagonista a la rabia o incluso el colapso. La teoría explica cómo estar en sintonía con otra persona puede sacarnos de un estado como la desorganización o el miedo.

Porges y su colega Sue Carter llaman al sistema vagal ventral **“el código del amor neuronal”**.

Veamos en qué consiste:

La teoría polivagal describe tres subsistemas, organizados jerárquicamente, del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) que se corresponden con el nervio vago (también conocido como el décimo par craneal) y sus diferentes ramas: la rama parasimpática ventral del nervio vago (PSVV), también llamada **“sistema de conexión social”**; el sistema simpático (SS), que produce la movilización; y la rama parasimpática dorsal del nervio vago (PSDV), responsable de la inmovilización.

Como vemos, cada uno de estos subsistemas se corresponde con una zona de activación fisiológica, y, como hemos dicho, es el SNA el que regula estos tres estados fisiológicos y el nivel de seguridad el que determina cuál de ellos se activará en cada momento. Al percibir la amenaza, nuestra primera respuesta está condicionada por la rápida actuación de la rama PSVV e intentamos la conexión, la interacción social. Así, trataremos de despertar la empatía del agresor y, desde luego, buscaremos el apoyo y la ayuda de los que nos rodean. Pero si esto no funciona o no es posible, la siguiente respuesta será claramente de lucha o huida. Y vendrá propiciada por el SS: o luchamos contra aquel que nos ataca, o tratamos de encontrar un lugar seguro donde refugiarnos. Si esto último también fallase, y no podemos escapar o estamos retenidos o atrapados, la rama que se pondrá en marcha será la PSDV, tratando de preservar al organismo haciéndole bloquearse y gastar, así, la menor cantidad de energía posible. Supone un estado de paralización o colapso.

Cuando la rama vagal ventral está activada, manda señales al corazón y los pulmones reduciendo el ritmo cardíaco y aumentando la profundidad de la respiración. El resultado es que nos sentimos tranquilos, relajados y centrados. Pero el peligro desconecta nuestro sistema de conexión social y precipita el impulso de moverse y atacar. Nos sentimos desconectados del otro y menos sensible a su voz mientras que aumenta la sensibilidad a las señales amenazantes. En este estado, al menos, nos sentimos vivos y energizados.

A su vez, la sensación de estar acorralado, sin posibilidad de escape o enfrentamiento obliga a entrar en juego a la estructura evolutivamente más antigua del sistema nervioso simpático, la rama



vagal dorsal el nervio vago. También provoca la reducción del ritmo cardíaco, síntomas digestivos como la diarrea o las náuseas (eso explica que literalmente nos “caguemos de miedo” y la reducción drástica del metabolismo. La conciencia se apaga y nos paralizamos. Esto posibilita que físicamente no registremos las sensaciones de dolor.

La teoría de Porges implica la idea de que el sistema vagal ventral fue evolucionando para que pudiéramos adaptarnos a la complejidad de las relaciones con los otros. *Cuanto más eficazmente sincroniza este sistema la actividad de los sistemas simpático y parasimpático, mejor se sincroniza la fisiología de cada individuo con la del resto de los miembros de la tribu*, B. van der Kolk, 2014.

Estar sincronizado con las personas que nos rodean es fundamental y es como el ser humano aprende a regular sus emociones. Y, aunque siempre estamos, de algún modo, en alerta, con nuestro sistema defensivo atento a las señales, para sentirnos unidos a los otros debemos desconectar esa vigilancia natural y confiar. La experimentación traumática acaba con todo esto. Las personas traumatizadas están permanentemente alerta, sin posibilidad de desconexión, bloqueadas, impermeables a nuevas experiencias y sin opciones para detectar el peligro verdadero. Bessel van der Kolk nos ofrece los siguientes datos según un estudio realizado en 1998 para contrastar la relación entre abuso y negligencia infantil y el riesgo de sufrir experiencias de violencia posteriormente en la edad adulta. Las mujeres que de niñas habían sido testigos de malos tratos a sus madres de niñas por parte de sus parejas tenían más probabilidades de ser víctimas de violencia doméstica y las mujeres que de niñas habían sufrido abuso o negligencia tenían siete veces más posibilidades de sufrir una violación de adultas.

Muchas personas traumatizadas buscarán el aislamiento que les hace sentir seguras pues el contacto íntimo desencadenará reacciones intensas y automáticas. Como señala Porges, *para lograr cualquier tipo de intimidad profunda (un abrazo intenso, dormir con un amigo o tener sexo) requiere permitirse a uno mismo experimentar la inmovilización sin miedo*.

¿Cómo plantearse la intervención psicoterapéutica con estas personas e intentar desbloquear toda una organización defensiva que una vez les garantizó la supervivencia y les permitió la adaptación al medio? Una vez más, la respuesta está en la sintonía. Y en tratar de trabajar siempre dentro de lo que Daniel Siegel llama **la ventana de tolerancia**.

Cada persona tiene una “amplitud” habitual dentro del margen de tolerancia que influye en su

capacidad general de procesar información. Las personas con un margen muy estrecho viven las fluctuaciones en la activación fisiológica como algo incontrolable y desregulador. La mayoría de las personas traumatizadas tiene un margen de tolerancia estrecho y es más susceptible de desregularse a causa de las fluctuaciones en la activación fisiológica. Para poder devolver el pasado al presente, los pacientes deben procesar las experiencias traumáticas dentro de los márgenes de una **“zona óptima de activación fisiológica”**

Si bien los extremos pueden ser adaptativos en determinadas situaciones traumáticas, se vuelven desadaptativos cuando persisten en contextos que no revisten ninguna amenaza. Dentro del *“margen de tolerancia”* (Siegel 1999), se pueden procesar distintas intensidades de activación emocional y fisiológica sin alterar el funcionamiento del sistema.

En esta zona de activación óptima se mantiene el funcionamiento cortical, lo que supone un prerrequisito para integrar la información en los niveles cognitivo, emocional y sensoriomotriz.

## EL CEREBRO TRIUNO

En 1986, el neurocientífico Paul Mac Lean desarrolló la teoría del cerebro triuno. Esta teoría sugiere que el cerebro del ser humano se ha ido desarrollando desde abajo y consta de tres cerebros en uno.

La parte más primitiva, la que ya está conectada cuando nacemos, es el antiguo cerebro animal y se conoce como **cerebro reptiliano**. Se encuentra en el tronco cerebral. Es el responsable de todo lo que hacemos automáticamente cuando nacemos: pis, caca, llorar, respirar, comer, dormir... Regula la activación fisiológica, la homeostasis del organismo y los impulsos reproductores. Genera un conocimiento conductual innato y es, por tanto, el responsable de lo que conocemos como tendencias de acción y hábitos relacionados con la supervivencia.

El tronco cerebral y el hipotálamo, que está inmediatamente encima, controlan conjuntamente los niveles de energía del cuerpo.

Justo encima del cerebro reptiliano se encuentra el sistema límbico. Es el cerebro de los mamíferos. El desarrollo de esta parte del cerebro comienza con el nacimiento del bebé. Circunda al anterior e interviene en la emoción, la memoria, determinadas conductas sociales y el aprendizaje. Nos brinda un conocimiento afectivo: *“sentimientos subjetivos y respuestas emocionales a los hechos del mundo”* Panksepp (1998). Es el centro de las emociones. Se va formando a partir de la experiencia

en combinación con la genética. Como expresa Bruce Perry: *el cerebro se forma en función de sus usos*. Si somos amados y nos sentimos regulados y seguros podremos curiosear, explorar y colaborar, y nuestro mapa emocional y del mundo será amplio y flexible, pero si nos sentimos no deseados y atemorizados nos dedicaremos fundamentalmente a intentar manejar el miedo, el abandono y la impotencia, y nuestro mapa perceptual será rígido y limitado.

Conjuntamente, el cerebro reptiliano y el sistema límbico forman lo que conocemos como “cerebro emocional”. El cerebro emocional se sitúa en el centro del sistema nervioso central y busca nuestro bienestar.

La capa superior del cerebro es el neocórtex. Algunos otros mamíferos tienen corteza pero la nuestra es más ancha. Los lóbulos frontales, que componen la mayor parte del neocórtex, se desarrollan a partir del segundo año de vida. Componen lo que conocemos como el cerebro cognitivo. Genera un conocimiento declarativo. Razonamiento y pensamiento lógico.

Los lóbulos frontales nos hacen únicos en el reino animal. Nos permiten planificar, reflexionar, imaginar, predecir y representar escenarios futuros. Están detrás de la toma de decisiones y también de la creatividad.

Cada uno de estos “cerebros” tiene su **forma de “entender”** el mundo y responde en consonancia con ello. Uno de ellos puede volverse dominante y anular a los demás dependiendo de las condiciones externas e internas pero, al mismo tiempo, son dependientes uno de otro y están mutuamente entrelazados funcionando como un todo unificado.

El grado de integración procedente de cada uno de ellos afectará al funcionamiento del conjunto. Su funcionamiento se ve afectado por las experiencias traumáticas. *Cuanto más intenso sea el input visceral y sensorial, menos capacidad tiene el cerebro racional de amortiguarlo*. B. van der Kolk, 2014.. Aquí es donde hace su trabajo la estimulación bilateral permitiendo la disminución de la activación a nivel de cerebro emocional y facilitando la integración de la información y el correcto funcionamiento del sistema de procesamiento.

Hablemos de E.M.D.R....

## EL TRABAJO CON EMDR

Hay muchas maneras de trabajar con la memoria implícita para poder hacer consciencia de lo que nuestro cuerpo recuerda y, de esa manera, convertirla en explícita, pero nosotros vamos a hablar aquí, fundamentalmente, de cómo hacemos este trabajo con una técnica que nos parece fundamental por su demostrada eficacia: E.M.D.R.

### - Qué es E.M.D.R.

Es el acrónimo en inglés de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Acrónimo que da nombre a una técnica psicoterapéutica especialmente indicada para el trabajo con las experiencias traumáticas y que se traduce como: Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento Ocular.

Fue desarrollado por Francine Shapiro en 1987 con el siguiente presupuesto teórico: la existencia de un sistema innato en todos los seres humanos fisiológicamente orientado a la salud. El sistema se activaría esencialmente, y de forma natural, durante la fase R.E.M. del sueño con el movimiento sacádico de los ojos, lo cual se estima que favorece la sincronización de la información atesorada en sendos hemisferios cerebrales. En condiciones ideales, la información somato-sensorial, emocional y cognitiva quedaría así perfectamente integrada y esto conferiría al individuo la oportunidad de elaborar una respuesta adaptativa en relación a los retos del día a día y de producir aprendizaje.

La patología se crearía al bloquearse dicho sistema al que Shapiro llamó inicialmente S.P.I.A. (Sistema de Procesamiento de la Información de forma Adaptativa) y al que se conoce en la actualidad mayoritariamente por el acrónimo P.A.I. (Procesamiento Adaptativo de la Información). El bloqueo supondría que la información referente al suceso que se ha vivido queda aislada del resto de redes neuronales y no integrada.

Reproducir voluntariamente, y en nuestra consulta, el trabajo que el cerebro realiza espontáneamente en sueño R.E.M. fue la genial inspiración de Shapiro. Y eso es lo que hacemos cuando les pedimos a nuestros pacientes que sigan el movimiento de nuestros dedos con sus ojos procurando no mover la cabeza. O cuando les hacemos toques alternantes en sus manos, piernas u hombros (*tapping*), o les ponemos unos auriculares con un sonido igualmente alternante. Son las diferentes maneras de producir lo que es la esencia del funcionamiento de E.M.D.R. o de lo que hace nuestro cerebro en R.E.M.: la **estimulación bilateral**. Ésta es la responsable de esa sincronización hemisférica de la que hablábamos antes.

La información acerca del suceso traumático que ha quedado aislada, se almacena de forma “excitatoria” en espera a ser atendida, narrada, explicada, legitimada y, consecuentemente, correctamente integrada. Por eso produce, como ya hemos venido diciendo, diferentes síntomas. Hablar y pensar sobre ello para después soñar y poderse procesar en fase R.E.M. sería el camino adecuado para esas experiencias emocionalmente impactantes. Y es por eso que, reproducir ese mismo modelo de trabajo con las experiencias vividas y no integradas en la consulta, conlleva tan buenos resultados.

Inicialmente, Francine Shapiro pensó que solo estaba desarrollando una manera extraordinariamente eficaz para desensibilizar, pero, los llamativos e interesantes resultados que iban consiguiendo sus pacientes, le llevaron a pensar que se estaba produciendo algo más que desensibilización, que había algo más. A ese algo ella lo llamó **reprocesamiento**.

Éste supone esencialmente un **cambio drástico y duradero en el sistema de creencias del individuo** cuando se trabaja adecuadamente con la estimulación bilateral.

Esto es lo que convierte a la técnica, a mi juicio, en una forma revolucionaria de trabajo. Pues supone estar presenciando cómo un proceso que generó inexorablemente (en un momento vital determinado) una narrativa tan incompleta e incoherente con la experiencia vivida como consecuentemente falsa y desadaptativa, es invertido y transformado en otro muy distinto: el de la saludable integración de la experiencia, con una narrativa, por supuesto, radicalmente distinta, una narrativa coherente, completa, integradora y eficaz adaptativamente hablando.

Supone ser testigo directo la curación, créanme. Por eso se habla tanto de magia cuando se comentan sesiones de E.M.D.R. Y quizá tenga mucho más sentido del que creemos que así se haga. Verán, no es tan disparatado... Recuerden que hemos dicho en otro capítulo que la palabra magia procede de la palabra griega *mageia*. Decíamos que el término lleva implícita la idea de poder, el de transformar la realidad con resultados contrarios a las leyes naturales. Y que el mago es un sabio que ostenta ese poder (a su vez, originariamente una acepción de la palabra mago, era la del sabio que interpreta los sueños, interesante ¿no?). Según hemos visto, naturalmente las vivencias traumáticas se disocian en aras de mantener la vinculación y producen síntomas que molestan y

provocan sufrimiento. Pues bien, en la consulta, hacemos la magia necesaria, ayudados por E.M.D.R., para conseguir resultados contrarios a lo que las leyes naturales han impuesto consiguiendo eliminar esos síntomas y el sufrimiento asociado, y empoderando a nuestros pacientes a partir de la reexperimentación segura y las nuevas creencias que ésta genera. Bien, pues, díganme si en la consulta no estamos haciendo, de alguna manera, algo de magia...

#### - Por qué funciona E.M.D.R.

Las neurociencias han venido a explicarnos por qué funciona la estimulación bilateral (y a definir las bases fisiológicas de esa magia de E.M.D.R.).

Parece que el poder de la estimulación bilateral está asociado, esencialmente, con el efecto que produce sobre la amígdala (estructura límbica responsable de la desconexión digamos que por “sobrecarga emocional”) que responde maravillosamente a los efectos “desensibilizantes” (o “relajantes”) que dicha estimulación bilateral produce. Hay más interesantes efectos positivos que se observan en diferentes estudios de investigación, como la resincronización de los hemisferios o el aumento de la actividad de estructuras cerebrales como el cíngulo o el tálamo. Estructuras, todas ellas, implicadas en ese ejercicio de integración de la información tan necesario para contrarrestar los efectos de un acontecimiento traumático.

El *arousal* amigdaloso elevado que se observa tras la experimentación de un acontecimiento emocionalmente impactante (como tan maravillosamente nos explica J.LeDoux) se ve, pues, claramente disminuido tras la aplicación de la técnica y esto es lo que permite la integración de la información que una vez fue disociada y que nuevamente va a poder circular por las vías apropiadas.

Estas vías favorecen la conexión y, consecuentemente, la integración de esa información con la proveniente de la corteza cerebral, ofreciendo la posibilidad de “poner mente” a nuestros afectos (mentalización, recuerden). Dicha integración se produce a nivel del tálamo que es una estructura clave en este proceso y que por eso ve incrementada su actividad.

Así es como se generan las opciones que facilitan el cambio en las creencias negativas. No hay nada que otorgue más poder que saber, conocer, experimentar con consciencia. Por eso las sesiones de E.M.D.R. en las que vemos transformarse la experiencia implícita en explícita son tan empoderantes. Por eso son tan importantes la desensibilización, que permite el desbloqueo, y el reprocesamiento que genera creencias tan prodigiosas como “yo puedo”.

- Protocolo básico de E.M.D.R. A modo de un brevísimo resumen...

Está dividido en ocho fases: 1. Historia, 2. Preparación, 3. Medición, 4. Desensibilización, 5. Instalación de la cognición positiva, 6. Chequeo corporal, 7. Cierre y 8. Reevaluación.

La base de trabajo con la estimulación bilateral es el enfoque en los siguientes aspectos del suceso diana que se ha elegido para la desensibilización y el reprocesamiento: el Input sensorial, la Creencia asociada, la Emoción que se experimenta al evocar de nuevo el suceso y las Sensaciones corporales que se registran. Recogiendo las iniciales de esos aspectos del suceso (y que he puesto en negrita) verán que podemos construir el acrónimo I.C.E.S.

Durante la fase 3 del protocolo, la Medición, “construir el ICES” es una tarea primordial para el psicoterapeuta. Vean que esto asegura la presencia simultánea de todos los elementos de la experiencia y eso es fundamental, es una garantía.

A su vez, es importante destacar que trabajamos siempre en el aquí y el ahora, lógicamente. **Una característica fundamental de un evento traumático es que se reexperimenta** tal cual fue experimentado en el momento en el que sucedió, cada vez que es evocado en el momento presente. La memoria traumática no recuerda, reexperimenta, por eso, debemos siempre medir la perturbación y el poder de las creencias en relación al presente, al ahora.

Este protocolo básico es sumamente eficaz para el trabajo con trauma simple, pero es más complicada su aplicación para los casos que situamos dentro del espectro de lo que nos gusta considerar (siguiendo a Judith Herman) “Trauma Complejo”. En estos casos, es imprescindible alargar la fase de preparación y trabajar los aspectos asociados a la disociación y aumentar la ventana de tolerancia para garantizarnos una correcta forma de abordaje y el éxito del funcionamiento de la técnica.

La aplicación con niños también requiere modificaciones. Es fácil ver, por ejemplo, que con los niños vamos a tener serias dificultades para construir ese ICES del que hablábamos. Por varios motivos. Uno de ellos es también el gran enemigo de cualquier trabajo terapéutico en trauma y, desde luego, con E.M.D.R., la **fobia a la reexperimentación**. Los niños no van a mostrarse nunca dispuestos a “meterse en el ojo del huracán” así como así, voluntariamente, solo porque se lo pedimos nosotros ni siquiera aunque les estemos insistiendo en que es lo mejor para ellos. Así que, necesitaremos de nuestra mejor y más creativa manera de trabajar para poder ayudarles con la estimulación bilateral. Los psicoterapeutas infantiles que trabajamos con E.M.D.R. sabemos de

hacer “encajes de bolillos” para conseguir que el niño conecte emocionalmente con aquello que sucedió y que a toda costa lleva tiempo evitando...

Otra cuestión obvia que distancia el trabajo con E.M.D.R. con niños del protocolo básico son las **cogniciones, las creencias**. En mi opinión, dependiendo de la edad, el niño no está preparado para trabajar con cogniciones, con creencias sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea. Así como para hacerlas explícitas y manejarlas con cierta destreza. De hecho, me arriesgaré a decir que el niño pequeño no está preparado para trabajar explícitamente con casi nada... Me explico, pienso (y mi experiencia es la que me ha hecho sostener esta afirmación) que el niño trabaja mejor de forma simbólica.

De esta manera, conseguimos los efectos deseados y no hemos interferido en su natural y particular manera de ir aprendiendo a afrontar los acontecimientos. En realidad, esta manera de trabajar encaja a las mil maravillas con el paradigma teórico de E.M.D.R. que, como recordarán, decíamos que se basa en la afirmación de la existencia de un sistema de procesamiento de la información que se bloquea generando síntomas. Nuestra tarea debería ser, principalmente, **desbloquear** ese sistema y permitir que su natural manera de procesar sea posible. Sin más. Es lo que hacemos en una sesión clásica de E.M.D.R. con un adulto cuando hemos construido un ICES y confiamos en que el cerebro del paciente vaya haciendo su trabajo y procuramos interferir lo menos posible.

Esto no implica que no consideremos trabajar con algunas de esas cogniciones, pero de forma limitada, restringiendo a solo algunas muy básicas. Hablaremos de ello más adelante y veremos algunos casos en los que quedará ejemplificada esta forma de proceder.