

TERAPIA SENSORIOMOTRIZ DEL TRAUMA

SENSORIOMOTOR PSYCHOTHERAPY FOR TRAUMA

Fernando Sánchez Rodríguez

Psicólogo

Máster en Psicología Clínica y Psicoterapia por la SEMPYP

Resumen: La psicoterapia sensoriomotriz es una terapia desarrollada por Pat Ogden, a principios de los años ochenta, destinada a posibilitar el procesamiento a través del cuerpo, de los recuerdos implícitos y los efectos neurobiológicos del trauma. Basándose en el desarrollo y contribuciones de la neurociencia, el estudio del trauma y la disociación y la teoría del apego, la terapia sensoriomotriz sitúa la experiencia corporal, como el elemento central desde donde abordar el trauma. A diferencia de las psicoterapias tradicionales, que tratan de recuperar “la historia olvidada” y procesar la experiencia de forma “descendente”, es decir, de arriba a abajo, desde las cogniciones y emociones hasta las vivencias corporales, la terapia sensoriomotriz propone una intervención inversa, “ ascendente”, esto es, a través de la autoobservación y el trabajo con el cuerpo, provocar un cambio significativo en los pensamientos, emociones, sistemas de creencias y pautas de acción fijas asociados al padecimiento de una experiencia traumática.

Palabras clave: psicoterapia sensoriomotriz, cuerpo, trauma

Abstract: The sensoriomotor psychotherapy is a therapy developed by Pat Ogden, at the beginning of the eighties, destined to make the processing possible across the body of the implicit regards and the neurobiological effects of the trauma. Basing on the development and contributions of the neuroscience, the study of the trauma and dissociation and the theory of the attachment, the sensoriomotor psychotherapy places the corporal experience as the central element from where approaching the trauma. Unlike the traditional psychotherapies, which try to recover “the forgotten history” and to process the experience in a “top down” way, from above to below, from the cognitions and emotions up to the corporal experiences, the sensoriomotor psychotherapy proposes an inverse intervention, “bottom up”, this is, across the autoobservation and the work with the body, provoke a significant change in the thoughts, emotions, systems of beliefs and fixed guidelines of action associated with suffering a traumatic experience.

Keywords: sensoriomotor psychotherapy, body, trauma

INTRODUCCIÓN: EL CUERPO.

“Yo no estoy delante de mi cuerpo, estoy en mi cuerpo, mejor, soy mi cuerpo”

Maurice Merleau-Ponty

El cuerpo es el elemento que nos permite ser y estar en el mundo. Es, ante todo una experiencia, una vivencia, de unidad, de cohesión, de interioridad profunda, de espacio interior conocido, que se vivencia como lejano y queda frecuentemente excluido del cerco del aparecer yoico y consciente. El cuerpo es el lugar desde y donde se organiza experiencialmente la existencia (Romero, 2003b).

Así, para poder propiamente ‘ser-en-el-mundo’, el sujeto debe transformarse ante todo un ‘ser-corporal-en-el-mundo’ (Gebauer y Wulf, 1998; Waldenfels, 2000), esto implica una ‘pertenencia al mundo’, a un hallarse ‘implicado’ en el mundo a través del cuerpo. La singularidad humana, a diferencia de otras especies, se entiende de forma encarnada y más allá del plano natural, el hombre se mueve a un nivel existencial (Yalom, 2008, 2003, 2000, 1984).

El cuerpo es el patrimonio de millones de años de evolución. El desarrollo de la persona está en relación al contacto que se tiene con éste a lo largo de las distintas etapas del proceso evolutivo. Este es la referencia y guía para el niño, donde se inscriben sus necesidades instintivas y emociones. Desde ahí, es desde donde establece un contacto con los demás y donde se desarrolla e integra la estructura yoica, en la medida en que las necesidades físicas y emocionales, especialmente en la primera infancia, son satisfechas. Si por el contrario, se dan carencias vinculares con la figura de apego o cuidador, el niño va reprimiendo la resonancia de esas emociones y necesidades insatisfechas, provocando la dificultad para incorporar psíquicamente el cuerpo (en la medida que se asocia a privación, estrés y/o conflicto emocional) y con ello, desconectando al individuo de su propia experiencia corporal.

Nos construimos en contacto con el cuerpo, en la atención de sus necesidades y el cuerpo está en relación directa con la conexión o desconexión con nosotros mismos. Todas esas carencias afectivas, demandas y necesidades fisiológicas y emocionales insatisfechas, traumas relacionales en las vinculaciones primarias y experiencias infantiles de estrés agudo, van configurando una relación defensiva del individuo con su cuerpo, que cristaliza en una forma automatizada de defenderse reiteradamente de este padecimiento original, a través de una manera de proceder, cognitiva, emocional y conductualmente, en la realidad.

Cuando estas experiencias no logran ser vividas en el psiquismo, se vierten directamente sobre el cuerpo físico, que no está preconfigurado para “metabolizarlas”, dando lugar al síntoma psicosomático. Así, cuando el padecimiento de sufrimiento en sus distintas formas, no encuentra forma de expresión y asimilación, se manifiesta en silencio. “Lo que no puede decir la boca, lo dice el cuerpo”, recita un principio de la medicina psicosomática. Es en este momento, cuando se pasa de la emoción a la lesión.

W. Reich, consideraba que el inconsciente residía en el cuerpo. Entendía que todos estos conflictos psíquicos originados a partir de demandas y necesidades reprimidas y/o insatisfechas, van configurando una serie de mecanismos de defensa en el cuerpo a lo largo de desarrollo, en forma de tensiones musculares y trastornos neurovegetativos, que configuran una morfología caracterial en el cuerpo. Esta coraza caracterial muscular, es la primera gran defensa del individuo y configura la manera de relacionarse e interactuar con las personas y el mundo.

Pese a la importancia que estamos viendo que tiene el cuerpo, las concepciones arraigadas en el imaginario colectivo, han devaluado poderosamente, ontológica y relacionalmente el cuerpo, al entenderlo con un papel secundario y degradado en relación a las maravillas del alma humana. Así, el cuerpo en su papel marginal, es entendido como una cárcel, “un vehículo” que el alma requería para expiar una causa originaria, del cual debe desprenderse, en su vuelta al mundo del que proviene, que no coincide con el plano físico, reino de lo material y lo corpóreo. Así, el cuerpo tiene un papel peyorativo en la medida en que compromete al alma a vincularse con un plano de existencia que la degrada, ensucia y desvirtúa en su esencia.

El cuerpo debe entenderse como una extensión de la mente humana y no como entidad separada de la misma, como se ha pensado durante años en el ámbito de la filosofía y la psicología. Esa desconexión, no es puramente intelectual, sino que nace de un proceso psicológico y relacional temprano (y/o traumático). Pese a que puedan diferenciarse procesos fisiológicos y procesos psicológicos, coexisten en una unidad funcional y unívoca, en la cual, uno participa y co-crea el dinamismo funcional del otro. «Desde el punto de vista experiencial no es una pura verdad abstracta decir que psique y cuerpo forman una unidad. Después de decir esto uno no sigue usando por separado términos físicos y psíquicos. Las palabras se usan para referirse a ese proceso físicamente sentido y psíquicamente significativo que llamamos experiencia» (Alemany, 1997, p. 152).

Si el cuerpo está separado de la mente, el hombre está separado (desconectado) de una parte profunda de sí mismo. El cuerpo precisa estar presente en el psiquismo, en el registro consciente, ya que es el punto desde donde se organiza y vivencia la existencia humana (Schneider & Krug, 2010; Schneider, 2008, 2003, 1998, 1990; Schneider & May, 1995; May, 2000; De Castro, García & Rodríguez, 2006).

El espacio de lo corpóreo, es justamente, donde esta unión es posible. La vivencia del cuerpo, permite unir, sin cosificar ninguno de los dos principios constituyentes, eliminando el dualismo tradicional, ya que solo reconciliándose con el cuerpo, se establecen las condiciones necesarias para que el individuo encuentre su expresión natural, su individualidad completa.

Husserl consideraba que “la conciencia es ante todo conciencia corporal”, lo que nos invita a pensar un espacio, donde puede darse la unidad ontológica del hombre, y ésta, estaría relacionada con la percepción carnal. Sólo se es absolutamente hombre, cuando se incorpora al espectro de la conciencia, el espacio de la corporalidad, entendida como una dimensión de sí mismo.

“El cuerpo que digo mío se señala entre todas las realidades circundantes o remotas por una cualidad inconfundible y sin embargo imprecisa, que es justamente su referencia a mí mismo. Mi cuerpo admite comparación objetiva con las realidades externas cual si fuera una de ellas, y se diferencia por tanto de los actos, vivencias y experiencias que yo haya tenido o pueda tener, todos los cuales se integran al flujo íntimo de conciencia que carece por su sentido de un término extraño de cotejo. El cuerpo propio es ‘lo más originariamente mío, lo originariamente propio mío y propio de manera permanente’, ‘tan mío como nada distinto de él puede ser mío’” (58-59)

El cuerpo posee su sabiduría innata, su lógica inherente, una manera de registrar experiencias propia, una manera de proceder singular y se imbrica con otras dimensiones constitutivas del hombre (psíquica y espiritual) para absorber y autoreferenciar las experiencias individuales externas e internas, a las que el sujeto se va enfrentando.

Ser cuerpo es poder ser uno mismo en el mundo, en el plano de existencia donde el cuerpo se desenvuelve. Es recuperar las sensaciones básicas, la parte primaria de sensaciones y vivencias sutiles, integrar las experiencias vinculares tempranas, la sombra personal, en un yo adulto. Solo con un cuerpo disponible y actualizado, como vivencia interior consciente, se recobra una verdadera conexión con el ser y Éste encuentra la forma de expresarse natural y abiertamente en el mundo.

El cuerpo propio parece estar en el límite de diversos dominios ontológicos: realidad física y realidad anímica; tipo de cosa que no presenta propiedades distintivas, pero que funciona como un todo orgánico e instrumental al yo, que lo mueve y anima. Esta ubicación particular, permite este “insertarse” [encajonarse, eingeschaltet] entre lo material y lo subjetivo.

López-Pedraza, distingue dos formas de corporalidad claramente diferenciadas. Una es el cuerpo psíquico y la segunda el cuerpo físico, el primero encarnado en el segundo. Ya anteriormente, Paracelso, planteaba esta doble dimensión de lo corpóreo, cuando dice:

“Hay dos especies de carne, la carne de Adán (el cuerpo físico) es la carne terrestre, grosera. La carne que no se deriva de Adán es de una especie sutil. No está hecha de una especie grosera, y penetra en todas las paredes sin necesidad de puertas o agujeros, sin embargo, ambas especies de carne tienen su sangre y sus huesos y ambas difieren del Espíritu” (Paracelso, De-Nymphis)

Al hablar de cuerpo físico, hablamos del cuerpo que coexiste en la realidad física, que se constituye en la dimensión de la materia. Este cuerpo-cosa da lugar a una concepción de cuerpo como realidad natural, como un sistema-máquina regido por leyes naturales y mecánicas, un cuerpo caracterizado por el funcionamiento de sus estructuras. Esta dimensión del cuerpo es la existencia en el mundo físico que se manifiesta, en primera instancia, como una cosa entre las cosas de la naturaleza. Este cuerpo es vivido como un objeto, ajeno a sí, es propio de la vivencia disociada de la corporalidad, en la medida en que es vivir el cuerpo propio despersonalizado, como una cosa no referencial a uno mismo. Hablar de cuerpo psíquico, es hablar de “cuerpo vivido”, no objetivado. Es hablar del cuerpo con el que se tiene relación (no intelectual), que es parte de nosotros, es y se vive como algo propio, interno y yoico.

EL CUERPO Y EL TRAUMA

La exposición a situaciones traumáticas revierte sobre ambas dimensiones del cuerpo, en la primera, en forma de sensaciones corporales, trastornos del movimiento, desregulación de la activación fisiológica, falta de sensaciones corporales y reviviscencia del trauma bajo la forma de fragmentos somatosensoriales. Es como si el trauma se “encarnara” e imbricara en los estados fisiológicos y en las tendencias de acción del presente del individuo. En esta dimensión, el trauma se re-escenifica a través de la respiración, las actitudes (posturas) corporales y movimientos físicos encaminados a proteger, activar o defender. Así, los desencadenantes traumáticos reactivan parte de las respuestas hormonales y motrices al trauma original en una situación presente.

Pero la traumatización va más allá de una mera respuesta fisiológica o comportamental condicionada. La esencia del trauma es la incapacidad del psiquismo, de “metabolizar”, de procesar una experiencia invasiva disruptiva internalizada, que supera la capacidad defensiva del individuo, obligándolo a recurrir a estrategias o procesos estabilizadores, no siempre exitosos.

Así, lo disruptivo, supone un daño en el aparato psíquico que obstruye su capacidad para construir un sentido subjetivo, una representación que articule la vivencia de lo real, para poder incorporarlo en el cuerpo psíquico. Lo real, no es creado en y por el psiquismo, sino que debe entenderse como aquello que es y existe más allá de su representación psíquica, dimensión propia de lo psíquico, interpretando directamente al cuerpo, en la medida en que es él y a través de él desde donde se establece un contacto directo con la realidad.

Lacan entendía el trauma como “una impronta de lo real sobre el psiquismo” (Lacan, 1962) en la medida en que al superar y obstaculizar la capacidad de procesamiento psíquico, es decir, de construir una representación relación que ligue el psiquismo con el hecho real, el trauma se vuelve sobre el cuerpo, sin capacidad de ser incorporado en el psiquismo, dejando en suspenso su capacidad procesal. Es por eso, que en el trauma se dan profundas alteraciones en la vivencia subjetiva sumadas a las sensaciones físicas y a la activación automática de las pautas de acción fijas. Esta vivencia-representación de espacio psíquico, queda anulada en el trauma, al no haber podido ser incorporado al psiquismo, trasladando todo el impacto del hecho sobre el cuerpo, que a su vez intenta procesar y defenderse anulando las sensaciones corporales, controlando y suavizando la activación emocional y modificando las pautas de acción fijas, mecanismo que quedan cristalizados a partir de ese momento en el cuerpo. En palabras de Damasio (1999):

“Utilizamos nuestra mente para no descubrir hechos sino para ocultarlos. Una de las cosas que la pantalla oculta más eficazmente es el cuerpo, nuestro propio cuerpo, incluidos sus pormenores y entresijos [the ins and outs], sus interioridades. A la manera de un velo extendido sobre la piel para garantizar su pudor, la pantalla elimina parcialmente de la mente los estados internos del cuerpo, que constituyen el flujo de la vida a medida que ésta evoluciona a lo largo del cauce del día a día” (p.28)

Por lo tanto, es importante entender la doble dimensión de la afectación del trauma sobre el cuerpo. El trauma tiene profundos efectos sobre el cuerpo físico y el sistema nervioso por un lado, en forma de vivencias corporales desregularizadas, sensaciones físicas intensas, desencadenadas por recuerdos o disparadores evocadores de la situación traumática, pero igualmente incide en el nivel intrasubjetivo e intersubjetivo del cuerpo, en la medida en que provoca una abrumación del yo, que deriva en la parálisis de sus funciones y “la regresión del psiquismo a un funcionamiento más primitivo, de menor integración y discriminación yo-no yo” (Viñar, 2004).

A nivel intersubjetivo, el trauma y su relación con el cuerpo, nos habla de cómo esta experiencia es vivenciada por el sujeto, en forma de movimientos activos del psiquismo que producen representaciones, fantasías y defensas, que buscan procesar y conferirle un sentido relacional al acontecimiento. Solo cuando el acontecimiento es excepcional e inédito, en la medida en que desborda la capacidad del psiquismo de conferirle una representación-sentido, toda la afectación del trauma recaería exclusivamente sobre primera dimensión, exclusivamente física-fisiológica, derivando en síntomas somáticos y conversivos. La somatización se refiere a la tendencia a experimentar el estrés en forma de síntomas físicos, preocupaciones corporales y/o experimentarse a sí mismo en términos físicos predominantemente. Se da cuando los aspectos psicológicos y físicos de una experiencia no son integrados, por eso, en este sentido, la somatización también supone una lateralización del sentido del self (Fernández Liria, 2005)

Benyakar, define a este nivel el vivenciar traumático como “una falla en el proceso representacional” (Benyakar, 2005, pag 117) que deja en el psiquismo un hueco, un vacío en la vivencia, debido a su incapacidad de poder ser elaborado y procesado por los distintos registros posibles. De ahí que una situación nunca es traumática per se, ya que hablar de traumático, es hablar de “un tipo de falla en la elaboración psíquica, no vinculada a priori a ningún hecho en especial” (Benyakar, 2005). Por lo tanto es en esta doble dimensión de la afectación de lo corpóreo (físico y psíquico-representacional) donde podríamos hablar de dos niveles de psicopatología relacionadas con el trauma, como son la psicopatología de la realidad y la psicopatología de “lo imaginario”. Sin alejarnos de la cuestión que nos atañe, es objetivo y sensato decir, que ante el padecimiento de una situación traumática, sujetos diferentes darán distintas repuestas tanto corporales, como emocionales y cognitivas ante ese mismo suceso. Por lo tanto el acontecimiento no es suficiente para comprender esta complejidad reactiva ante el trauma.

VÍNCULOS DE APEGO

Una respuesta lógica que nos explique esta afectación tan diferenciada está en los vínculos de apego. El cachorro humano no nace con todas sus disposiciones actualizadas para mantener autónomamente sus supervivencia, y requiere de una serie de mecanismos filogenéticamente desarrollados para propiciar que sus cuidadores, les brinden las condiciones de adecuadas para satisfacer sus necesidades biológicas básicas y emocionales. Estos mecanismos, son los vínculos de apego.

El vínculo de apego es una relación primaria emocional que desarrolla el bebé con sus cuidadores o figuras significativas, que proporciona la seguridad emocional necesaria para un correcto desarrollo emocional de la personalidad. Las formas de cuidado y apego introducen al niño en potenciales sendas de desarrollo que configuran el mundo donde el futuro adulto se desarrollará.

El vínculo de apego debe entenderse como “un vínculo duradero con una persona específica a la que el niño se dirige cuando se siente vulnerable o necesita protección. Las conductas de apego tienen como meta mantener la proximidad a la figura de apego percibida como protectora. Esta búsqueda de proximidad se suele llevar a cabo por medio de conductas preconfiguradas de manera innata, como el lloro, el grito, la sonrisa, que tienen como única finalidad aumentar la conexión entre el bebe y su cuidador y mantener su proximidad. Pero igualmente, el cuidador esta naturalmente preconfigurado a atender a estas señales del bebé, a través de los movimientos faciales, la tonalidad de sonidos emitidos por el niño. El adulto cuidador se sintoniza en un registro nuevo con él bebe. Es curiosos ver como los adultos se transforman ante la presencia de un bebe. Esa pauta natural de comportamiento esta preconfigurada.

Es en esta relación *face to face*, cuerpo a cuerpo, que comienza en el dar el pecho, el cambio de pañales, en la interacción diádica continuada entre madre o cuidador primario y el bebe, donde el niño se va volviendo experto en señalar, responder y conectar con el otro (Brazelton, 1989; Schore, 1994; Siegel, 1999, Stern, 1985), configurando, a su vez, un sistema de conexión social (Minton, 2009). Este dialogo vincular cuerpo a cuerpo, cerebro a cerebro, psique a psique, se ha denominado “sincronía afectiva” y supone un intercambio, un dar y recibir a nivel somático, durante el cual, la madre va favoreciendo el procesamiento de la información en el infante a base de “ajustar la modalidad, la cantidad, la variabilidad y la temporización del comienzo y la finalización de la estimulación en consonancia con la capacidad de integración real del niño” (Schore, 2003^a, p. 76)

Igualmente en esta relación fusional, es donde el niño introyecta el mundo psicológico de la madre, sobre el cual el yo se tendrá que ir individuando en su maduración psicológica a lo largo de la vida. Esta relación también va favoreciendo el desarrollo de la parte del cerebro responsable de la regulación de la activación fisiológica emocional: el cortex prefrontal orbital (Schore, 1994). Dependemos del córtex orbitofrontal para regular la actividad emocional y autónoma (Schore, 1994; Siegel, 1999), pero a su vez, esta área cerebral, depende necesaria y recíprocamente para su desarrollo de la regulación emocional durante la primera niñez. El ambiente socioemocional de crianza del niño, influye profundamente en el desarrollo de las áreas prefrontales del hemisferio derecho, que son “determinantes para el procesamiento inconsciente de la información socioemocional, la regulación de los estados corporales, la capacidad de afrontar el estrés emocional y la identidad corporal y emocional” (Schore, 2003^a, p.271-272).

En esta primera relación es especialmente importante el cuerpo, ya que las sensaciones primarias en esta etapa vital son fundamentalmente fisiológicas y táctiles y la vía de comunicación principal es siempre a través del tacto, aumentando gradualmente la importancia del sentido de la vista y el oído, en la medida en que va madurando el niño (Krueger, 2002). Esta experiencia física primaria, basada principalmente en una experiencia de comunicación no verbal, establece el sentido inicial de identidad y el sentido del propio cuerpo (Gergely y Watson, 1996,1999), debido a que la interacción se realiza básicamente a través de la expresión somática (corporal) como medio de comunicación. Así, esta sutil relación basada en contactos sensoriales y motrices con el niño, incide en la configuración de la doble dimensión de la corporalidad, por un lado con la conexión con el cuerpo físico a través de las sensaciones, el tacto, el movimiento y la activación fisiológica y por otro, con el cuerpo psíquico, la identidad corporal (Krueger, 2002, p.7), es decir, el espacio psíquico representacional del cuerpo.

Gracias a los estudios de la antropología cultural, sabemos que en el hombre primitivo, no existía una diferenciación entre sí mismo y el mundo que lo rodea. Lévy-Bruhl (1975) acuña el término “*participation mytique*” para describir la experiencia del hombre primitivo, como un estado de disolución con la naturaleza y los miembros del grupo al que pertenecían. Ese estado, se caracteriza por la inexistencia de fronteras individuales, donde lo que sucede en el afuera o en el otro, es vivido como una experiencia personal.

Se puede realizar una analogía, entre este fenómeno, con lo que ocurre en los primeros meses de vida del ser humano, donde no existe una diferenciación explícita entre el bebe y su entorno, especialmente con la figura materna. En esta etapa, la madre también sufre una especie de disolución de los propios límites, en la cual madre y bebe están fusionados psíquicamente. Sabemos, que en esta primera fase de la vida, la relación constante entre el niño y la madre, el “*mirroring*” y la naturaleza de la vinculación entre ambos, permite que comience a desarrollarse la posibilidad de una diferenciación en el niño, entre un yo y un no yo.

Las sensaciones que derivan del contacto físico y de las caricias, comienzan a activar la posibilidad de que empiece a configurarse un primer límite dentro-fuera en el niño, que sirve como primer elemento contenedor para la emergencia del yo. Este contenedor, permite la creación de un espacio interno, desde donde empieza a crearse el espacio representacional y con ello el espacio propiamente psíquico, con la energía excedente de los instintos. Es en esta etapa, donde comienzan a registrarse vivencias que tienen que ver directamente con el cuerpo. La seguridad que proporcionan las figuras de apego, es fundamental para que pueda llevarse a cabo este proceso de separación (diferenciación) con las figuras de apego. Cuando se dan situaciones de maltrato, abuso o negligencia por parte de los padres o cuidadores hacia sus hijos, los niños se quedan enredados en el vínculo fusional impidiendo la individuación, impidiendo el desarrollo normalizado, que implica la capacidad de exploración autónoma y la emergencia del sentimiento de sí mismo seguro.

Una perturbación en la calidad y la cantidad en este vínculo de seguridad del bebe, se internaliza y pasa a formar parte del mundo interno del niño, reproduciéndose en las relaciones afectivas de la edad adulta.

Las alteraciones tempranas de apego tienen efectos perjudiciales duraderos, disminuyendo la capacidad de modular la activación fisiológica, desarrollar relaciones sanas y afrontar el estrés (Sable, 2000; Schore, 1994; Siegel, 1999). La traumatización interpersonal implica un defecto en la relación de apego (Minton, 2009), que es vivida por el niño como una activación fisiológica abrumadora, sin la figura de consuelo o reparación que lo calme. “Esta alteración se hace evidente en la inestabilidad emocional, la perturbación social, la deficiente respuesta al estrés y la desorganización y desorientación cognitiva” (Siegel, 1999, p. 119-120).

Las relaciones emocionales de apego, permiten a los niños, aprender a regular sus estados de activación fisiológica dentro de un margen de tolerancia, dentro de la dimensión física del cuerpo y forman modelos de representación internos de estas relaciones, dentro del espacio psíquico, que se quedan asociados a estrategias comportamentales efectivas para manejarlos.

El tipo de relación de apego, condiciona pero no determina, las tendencias específicas de regulación y de funcionamiento autónomo. Es en esta relación donde el niño aprende a regular las estrategias autoreguladoras y las estrategias reguladoras “Durante el procesamiento de los episodios lúdicos, madre e hijo manifiestan una aceleración cardíaca simpática y después una desaceleración parasimpática en respuesta a la sonrisa del otro y de este modo, el lenguaje de la madre y el infante se compone de señales generadas por el sistema nervioso autónomo, involuntario en ambas partes” (Schore, 2003a , p. 277). Estas interrelaciones le enseñan al niño a ir tolerando la alegría y la emoción y permite el desarrollo de una “curiosidad investida positivamente que impulsa la exploración por parte del yo en vías de expansión del entorno socioemocional y físico novedoso” (Schore, 2003 a, p.78)

Cuando el niño no es capaz de regular estos estados efectivos de manera eficaz, mostrará escasa tolerancia y receptividad a las sensaciones corporales, tanto agradables como desagradables, dificultando la elaboración de una primera conexión consigo y con el entorno a través de su cuerpo y con ello, la distorsión de la vivencia subjetiva de las sensaciones físicas y la pautas conjugadas en la interacción con el otro.

Estas habilidades de regulación (autorregulación y regulación relacional) aprendidas en la primera infancia, permiten que la persona pueda observar, interpretar, representar, expresar e integrar reacciones emocionales y sensoriomotrices sin la necesidad de otra persona, que cree el contexto de autorregulación.

Estas dos habilidades de regulación, permiten a la persona realizar las distintas acciones necesarias para resolver los conflictos interpersonales y establece vínculos de conexión social normalizados. La autorregulación nos habla de la dimensión interna de esta capacidad, y la regulación relacional, nos hablaría de la cara externa. Ambas, permiten al niño desarrollar una capacidad óptima de oscilar adaptativamente a través de los distintos niveles de activación, a partir de la estimación que se hace de la seguridad, el peligro o las situaciones que suponen una amenaza, mediante los modelos internos de apego.

TRAUMA Y APEGO

Los pacientes con antecedentes de desatención grave, abusos y experiencias fallidas de apego, suelen sentirse amenazados en la transferencia emocional, en el contacto vincular con otra persona, sobre todo cuando se activan o constelan recuerdos o sensaciones corporales intrusivas, asociadas a estas experiencias traumáticas. La desregulación corporal, emocional y cognitiva, que suscitan los disparadores asociados a la traumatización, provocan reacciones intensas de hiperactivación e hipoactivación y tendencias de acción fijas cristalizadas como, por ejemplo, hipervigilancia, ataque, fuga, paralización o reacciones de sumisión, asociadas a estas experiencias tempranas.

Crittenden (1995) define el apego como un “conjunto de pautas de procesamiento mental de la información sobre la base de las cogniciones y la emociones con objeto de crear un modelo de la realidad”

Estos “modelos internos de apego” sirven para procesar e interpretar, incluso predecir, tanto el comportamiento como los sentimientos de los otros, es decir, configuran “un modo de procesar las experiencias” ya desde los periodos infantiles (que a su vez cristalizan y derivan en tendencias somáticas y comportamentales crónicas, propios de la otra dimensión de la corporalidad, que reflejan los aprendizajes interiorizados en el apego temprano). Tanto los patrones seguros como de inseguridad relacional, sirven para representar las regularidades vinculares tal y como son identificadas por el niño.

En situaciones de estrés agudo o apego desorganizado, los modelos de los niños fallan en representar y predecir la realidad con precisión, debido a la ambivalencia y lo crítico de las situaciones a las que está expuesto. Esto implica que el niño debe hacer un sobreesfuerzo para descartar información conflictiva continuamente, dificultando la asimilación e integración de información. Por lo tanto, en ambientes disruptivos, confusos o vacilantes, el niño construye “constructos desorganizados” (Main & Solomon, 1986,1989), ajustándose a modelos poco apropiados para representar el contexto de crianza, donde se manifiesta conductualmente, de una manera igualmente desajustado y desorganizada.

Igualmente, la manera que tiene el niño de protegerse de la predicción de peligro, consiste en mantener la relación de apego. Cuando la persona que debe procurar las condiciones de crianza adecuadas, sanas y accesibles, para que el niño se desarrolle, es justamente el agente agresor, el niño se encuentra en una doble tesitura, ya que por un lado debe continuar manteniendo la relación de apego y por otro debe seguir procesando la información que le permita identificar las situaciones de donde está la amenaza y el peligro.

Esto se consigue con un modo de procesamiento psíquico, basado en llevar a cabo una serie de “distorsiones del procesamiento “de la información, que son a su vez los medios a través de los cuales se desarrolla y mantiene la psicopatología postraumática. (Crittenden, 2002, p.11). Esta forma de procesamiento hace referencia a un procesamiento precortical de la información, por un lado de los sentimientos difusos de malestar o bienestar (alta o baja activación) y por otro las claves contextuales de *dónde/ cuándo* se puede esperar el peligro.

Sólo cuando, en un desarrollo armónico, donde la información cognitiva y emocional ha sido integrada, se pueden producir representaciones mentales ricas y precisas de la realidad

Si las primeras necesidades de apego son inicialmente vividas y expresadas a través de una base corporal, parece razonable pensar, que la manera de procesar corporalmente estas vivencias, configuran la base sobre la que se asienta el resto de modalidades de procesamiento (emocional y cognitivo). Es por eso, que ante un mismo evento potencialmente traumatógeno, nos encontraremos formas muy distintas de procesamiento, ya que existe un modo propio de procesar los eventos, herencia de la experiencia vincular previa con las figuras de apego.

Es en los primeros años de vida, en las relaciones de apego, donde se comienza a moldear el mecanismo subjetivo procesal del individuo. “El primer momento del procesamiento traumático, se vincula con aquellos momentos de la primera infancia, en los cuales, lo originario-entendido como un tipo de procesamiento, base de todo procesar psíquico adecuado- no ha sido normalmente metabolizado por defecto del proceso interactivo implicado en la mediatización maternante (Aulagnier, 1977). Con el fallo de la relación maternalizante y el modo de procesar, se desvirtúa la relación simbólica (representacional) que se mantiene con uno mismo, con el cuerpo propio y con el mundo externo. Esta relación disfuncional, fallida, no se circunscribe a una situación determinada o a un evento externo específico, sino que se desplegará como una manera de ser y estar en-el-mundo traumática. que no estará en relación a la naturaleza traumatógena del estímulo o evento, sino a la manera de procesar el evento por parte del individuo.

DESREGULACIÓN RELACIONADA CON EL TRAUMA

Por lo tanto, al hablar de la afectación del trauma sobre el cuerpo, podemos hablar de la incidencia sobre un espacio psíquico, referido a una deficiente capacidad para procesar, o una forma de procesamiento traumática (distorsionada)de la información emocional, que deriva en la dificultad o incapacidad de crear representaciones análogas y en la dimensión propiamente física de lo corporal, como una dificultad para autorregular y regularse con un otro, los estados corporales, bien sea como hiperactivación o como hipoactivación. Así, vemos como, los efectos de un trauma separan ambas

dimensiones de lo corporal, “compartimentando la experiencia”, en la medida en que los efectos del trauma “no se integran en un todo unitario” (Van der Kolk, Van de Hart, Marmar, 1996, p. 306).

Esta compartimentación de la experiencia se observa en las personas traumatizadas en la alternancia de insensibilidad emocional y corporal por un lado, y la reviviscencia intrusiva del trauma a través de flashbacks, sueños, pensamientos, y síntomas somáticos (Chu, 1998, Spiegel, 1990, Van der Hart et al. 2004, Van der Kolk, 1989) e implica que la información aprehendida a través del registro de los tres canales de procesamiento no ha sido integrada.

El peligro es un componente universal de la vida, y los procesos de predicción y autoprotección son constantes a través de la vida. La vida es cambio, “Panta rei” como citaba Heráclito, y en esa fluir contingente de cambio, existe también el aspecto inseguro y desafiante.

Cuando los niños se han criado en entornos seguros y predecibles, con padres cariñosos y protectores, esperan un mundo constante y seguro, en el cual, la amenaza nunca será severa e irrevocable. Cuando no es así, las estrategias protectoras continuadas, posibilitan la continua interacción con el ambiente cambiante, pero es percibido como lugar potencialmente peligroso.

Esta capacidad de adaptación continua a un mundo cambiante es posible porque el cerebro procesa información de manera continuada, en todo momento, a través de múltiples caminos distribuidos en paralelo y dinámicamente activos entre sí. La mente tiende naturalmente hacia la integración y hacia otorgarle sentido a la vivencia y sólo en circunstancias de estrés agudo, este procesamiento se bloquea, dificultando conferirle un sentido subjetivado a la experiencia, imposibilitando la integración.

La evolución humana ha estado moldeada por dos funciones principalmente, la protección y la reproducción. Las amenazas a estas dos funciones, son las que generalmente provocan más daño en la persona, que cualquier otra clase de vivencia disruptiva.

Una ventaja particular de los seres humanos, en comparación con la mayoría de las especies, es que podemos responder de forma protectora al peligro real y también a la posibilidad de peligro. Esta última, permite la protección anterior al riesgo, pero simultáneamente incurre en el riesgo de imaginar peligro irreal. Pese a considerarse una variante adaptativa en condiciones peligrosas y distintas, supone un mayor riesgo de derivar en un trastorno, como ocurren en tantos cuadros postraumáticos. Muchos pacientes traumatizados, siguen funcionando con sistemas sensoriomotrices preparados para la amenaza y reaccionando ante el peligro mucho después de que éste haya desaparecido (Allen, 2001).

Bowlby (1980) observó que el procesamiento de toda la información sensorial disponible, sobrecargaría nuestras capacidades mentales. La evidencia neuronal apoya el proceso de información “privilegiada”, es decir, señales sensoriales que provocan la respuestas del SNC para el procesamiento rápido de estímulos entrantes (Kinchla, 1992, Le Doux, 1995) Esto sugiere que el proceso tiene preferencias atencionales predeterminadas. En todas las especies, éstas funcionan para identificar la información relevante sobre el peligro y la reproducción (Le Doux, 1995).

Gracias al proceso de orientación, se puede recopilar la información relevante procedente del campo estimular y organizar la percepción, la acción y las conductas subsiguientes. Aquello hacia lo que dirigimos nuestra atención, hacia lo que nos orientamos, determina, ya no sólo nuestras acciones físicas sino también las mentales. La orientación implica dirigir la atención hacia aquello que nos resulta llamativo, se realiza tanto en el sueño como en la vigilia (Sokolov, Spinks, Naatanen y Heiki, 2002) y es fundamental para el procesamiento de la información, ya que determina la calidad, la modalidad y la cantidad de datos recibidos por los sistemas de procesamiento sensoriomotriz, emocional y cognitivo que después servirán para guiar la acción (Sokolov, 2002).

La capacidad de orientarse hacia la realidad presente de una forma flexible y adaptativa es importante para el procesamiento adecuado de la información, ya que en ciertas ocasiones la demanda de la situación requerirá un estrechamiento del campo de la conciencia, hacia la focalización de un número muy limitado de estímulos, mientras que en otras ocasiones, lo más adaptativo es orientarse en dirección a una gama amplia de estímulos, ampliándose el campo de la conciencia.

El estrechamiento y amplificación del campo de la conciencia es fundamental, para filtrar y seleccionar los estímulos relevantes para poder organizar los patrones reactivos de respuesta. Si por un lado no se puede seleccionar adecuadamente el estímulo más relevante, puede que no se advierta el estímulo más significativo y se fluctúe de un estímulo a otro, sin focalizar la atención en ninguno de ellos. Si por el contrario, se filtra demasiada información y se focaliza exclusivamente en un único estímulo, puede que se queden fuera estímulos relevantes y no se reacciones de manera adecuada a las demandas situacionales.

La orientación que tiene lugar durante el trauma, precede de un espectro de reacciones defensivas, tanto corporales, como emocionales y/o cognitivas, que son necesarias y adaptativas en relación a la supervivencia en ese momento. El problema es que esas reacciones y las tendencias de orientación asociadas, se vuelven disfuncionales y desadaptativas, una vez que el suceso traumático ha pasado. Así, las personas traumatizadas, suelen reaccionar ante estímulos novedosos o condicionados con las respuestas de orientación defensivas en vez de adaptativas. Ello incluye la dificultad para

diferenciar los estímulos relevantes, significativos, de los intrascendentes (McFarlane et al, 1993; Van der Kolk et al. 1996, p. 14). Su proceso de selección está sesgado bien por los estados de hipoactivación y el consecuente apagamiento de los sentidos, que interfiere en la capacidad de seleccionar y orientarse en dirección con los estímulos relevantes o bien, por los estados de hiperactivación y sensación subjetiva de amenaza y peligro, que pueden convertir a estímulos relacionados con el trauma en los objetos predominantes de la orientación.

Las personas traumatizadas, presentan tres sesgos principales y desajustes en las respuestas de orientación: (1) una hipersensibilidad a los pequeños cambios ambientales o internos; (2) una tendencia a orientarse excesivamente hacia estímulos arcaicos relacionados con el trauma; (3) una incapacidad de discriminar y valorar el contexto de los estímulos, sobre todo en relación con las indicaciones que podrían señalar peligro en determinados contextos y no en otros (McFarlane et al, 1993; Shalev y Rogel-Fuchs, 1993). Estas secuencias desadaptativas generan cambios a nivel somático y procesos ascendentes que alteran directamente el procesamiento emocional y cognitivo (Minton, 2009).

El cerebro humano ha evolucionado para identificar las circunstancias peligrosas de muchas maneras. Una de ellas como es visto, consiste en orientar la percepción y la orientación, hacia circunstancias relevantes para el peligro y la seguridad. Otra forma es a través de la tendencia del humano a organizar temporalmente los sucesos de tal manera, que los estímulos que han estado precedidos de peligro se convierten en estímulos aprendidos que preceden al peligro. En presencia de estos estímulos y según los principios de la teoría del aprendizaje (Pavlov, 1928; Skinner, 1976), los humanos modificamos nuestra conducta de forma protectora, ya sea inhibiendo las conductas que provocan peligro o exhibiendo conductas que proviene del peligro.

Esto provoca que se hayan descrito tres formas patognomónicas de respuestas al estrés agudo, que compartimos con los animales: lucha /huida/ *freeze* o congelamiento.

Otro camino para identificar el peligro es sobre la base de los sentimientos de ansiedad, que son provocados por estímulos contextuales (oscuridad, ruidos fuertes y estar solo). Estas funcionan como claves naturales de aumento de la probabilidad de peligro (Bolwby, 1973; Le Doux, 1986, Seligman, 1971). Estar solo es el estímulo percibido como más peligroso porque una persona es más vulnerable que dos.

PROCESAMIENTO JERARQUIZADO DE LA INFORMACIÓN

A pesar de las diferencias en los peligros y las repuestas necesarias para responder de manera adecuada ante ellos, la mente humana está preparada para procesar la información y para organizar la conducta estratégica y adaptativa sin nuestro pensamiento consciente. Existen varias rutas o canales de procesamiento, que difieren en tiempo y especificidad y coinciden con tres estructuras cerebrales, filogenéticamente evolucionadas entre sí, que son: el cerebro reptiliano, el sistema límbico y el neocortex.

El cerebro funciona como una totalidad integrada, pero se compone de sistemas organizados jerárquicamente. Las estructuras de nivel superior evolucionaron y dependen, de la integridad de las estructuras de nivel inferior y de la experiencia sensoriomotriz. Los animales desarrollados, como los reptiles poseen un tallo cerebral, núcleos mediáticos y un cerebelo. Gracias a éstos, consiguen organizar la conducta a partir de esquemas sensoriomotores aprendidos de los resultados conductuales anteriores (Ornstein y Thompson, 1984). El aprendizaje de respuestas condicionadas depende únicamente del funcionamiento del tallo cerebral, de los núcleos que conectan y del cerebelo. Psicológicamente, los organismos con un cerebelo, transforman la información sensoriomotora, temporalmente ordenada, en información sobre contingencias causales y organizan su conducta en patrones de acción fijas como si estuvieran relacionadas lógicamente con sus resultados predecibles, es decir, preconsciente atribuyen causalidad a la conducta precedente y responden con una conducta defensiva “obligada”, que consiste en reflejos naturales y modificaciones motoras de éstos. En el ser humano, la actividad neuronal también ocurre en muchas otras partes del cerebro, incluyendo el sistema límbico y la corteza. Dado que los estudios experimentales con animales y los estudios clínicos con seres humanos muestran que ninguna de éstas áreas superiores es esencial para el aprendizaje sensoriomotor (Glickstein, 1992), éstas funcionan probablemente como rutas paralelas, a través de las cuales la información se transforma y procesa, complejizando y dando lugar a conductas más adaptativas y sofisticadas.

Las especies mamíferas más desarrolladas tienen un sistema límbico y una paleocorteza. Tales especies transforman ciertos estímulos privilegiados en “afecto” (Le Doux, 1995; MacLean, 1987, 1990). Estos estímulos indican contextos con mayores probabilidades de ser seguros o peligrosos; los sentimientos provocados son, en el nivel más básico, activación alta y baja.

Recordar que en los pacientes traumatizados se da una respuesta bifásica al trauma, fuera del margen de tolerancia óptimo desde donde es posible el procesamiento. Tanto en la hiperactivación, como en la hipoactivación, la persona está a merced de la activación desregulada y no puede procesar información adecuadamente (Ogden, Minton, Pain, 2006). La información sobre las claves del peligro se procesa a través del sistema límbico, particularmente a través de la amígdala. Este procesamiento permite “la

organización rápida y preconsciente de conductas autoprotectoras (Crittenden, 2002). Esto sólo es posible a partir de la organización neurológica innata, sin la necesidad ni el riesgo de la experiencia previa. Así, el afecto permite una predicción más pronta y segura del peligro que la cognición sola. Este procesamiento evita la corteza y el cerebelo, procesando subcorticalmente a través del tálamo y especialmente la amígdala, proporcionando una respuesta defensiva y protectora rápida. Esta velocidad en la respuesta permite incluso anular incluso las respuestas defensivas “cognitivas”.

Esta modalidad de procesamiento tiene un componente adaptativo muy alto, en la medida en que permite el aprendizaje asociativo a partir del contexto estimular, el contacto con la realidad y la transferencia vincular con el otro o figura de apego. Es más, permite que la experiencia previa reciente con estímulos que provocan miedo, puedan estar preparadas (Brown, Kalish, Faber, 1951) favoreciendo la rapidez en la respuesta. La velocidad de respuesta en situaciones de peligro es un componente altamente importante para salvaguardar la integridad del individuo, de ahí, que ante el padecimiento de agentes estresores, el individuo se muestra hipervigilante a posteriori ante estímulos indicativos de peligro. El problema en este tipo de pacientes, es que se pierde la capacidad de discriminar ante el espectro estimular y la sensibilidad y detalle en la respuesta motora. Es por ello, que se requiere la discriminación cortical combinada con la coordinación sensoriomotora del cerebelo, para producir una respuesta motora precisa (Bloedel, 1992).

Las mismas neuronas que procesan la información sensorial también procesan señales somatosensoriales. Estos dos sistemas de procesamiento posibilitan aumentar la velocidad de procesamiento, antes de que el análisis cortical verifique la posibilidad de peligro real. Esto provoca que cuando se procesa subcorticalmente una señal como inductora de miedo, se crea una respuesta automática, que luego puede corregido por el registro cortical.

A mayor nivel de intensidad estimular, más velocidad de procesamiento y respuesta se requiere, por eso el procesamiento comienza en forma subcortical y continua con el procesamiento precortical. La experiencia una estimulación intensa, que supere el umbral de procesamiento adecuado, provoca la activación de un repertorio de respuestas corporales y emocionales asociadas a ese estímulos y los estímulos asociados sobre los que se generaliza estas repuestas. Cuando esta estimulación intensa, ocurre a edades tempranas, puede derivar en trastornos de ansiedad, porque las rutas corticales son menos y están menos potenciadas (y por lo tanto, son más lentas) que las rutas precorticales (Crittenden, 2002, p. 137)

Así, en víctimas de traumatización se observa un funcionamiento autonómico (Perry, 1994) y “el aumento de los niveles de la línea base y la sensibilidad de las hormonas del estrés: eje hipotalámico-pituitario-adrenal” (Black, 1994; De Bellis, et al. 1994). Igualmente, las víctimas de abuso sexual infantil (quienes tienden a reproducir constantemente las circunstancias peligrosas)

manifiestan menos reactividad al cortisol, que esta correlacionada con problemas de internalización y externalización, sugiriendo la posibilidad de una “cuidadosa relación dependiente del contexto de la conducta provocadora de peligro” (Hart, Gunnar, Cicchetti, 1995).

Así, como estamos viendo, la amplia gama de estados afectivos que poseemos los mamíferos, deben entenderse como una evolución adaptativa en relación a especies estructuralmente más simples, en la medida en que tienen un componente predictivo, también, al igual que la cognición, pueden tener un componente erróneo. Es erróneo, cuando condiciones seguras se interpretan como peligrosas, o en el caso contrario, cuando uno se siente cómodo, ante la presentación de un peligro inminente.

El último sistema de procesamiento es complementario a los anteriores y permite, para alcanzar un mayor nivel de especificidad respecto a las condiciones complejas, bajo las cuales, la información señala peligro. Esta toma aún más tiempo y produce más incertidumbre en la respuesta, pero permite la inhibición de respuestas motoras innecesarias o inadaptadas. Este proceso se realiza a través del neocórtex.

La corteza prefrontal, es la estructura cerebral recientemente evolucionada y permite integrar información de otras porciones de la corteza, incluyendo las cortezas sensoriales y el hipocampo y del sistema cerebral inferior, particularmente del sistema límbico y del tallo cerebral (Damasio, 1994; Weinberger, 1993). El resultado de este complejo proceso de interacciones, son representaciones más predictivas de las condiciones internas y externas que tienen implicaciones para la seguridad y la reproducción. Así, la información sensorial llega “en bruto” al córtex cerebral y debe transformarse en información cognitiva y afectiva (verdadera o errónea) cuando llega al córtex prefrontal donde se disecciona, analiza y compara. Este proceso se realiza de manera rápida y preconscientemente (Kilhstrom, 1987) a través de heurísticos. En el caso de que la estimulación sea muy intensa, es decir, se vivencie como una situación de peligro, toda la gama de respuestas protectoras, comenzarán antes de que haya acabado el procesamiento cortical. Es por ello, que en personas traumatizadas, se observa una asimetría entre las respuestas emocionales y sensoriomotrices, que funcionan de manera autónoma al procesamiento y comprensión cognitiva y racional.

El heurístico, permite dar una respuesta automatizada de manera rápida y protectora, que refleja respuestas protectoras que ocurren a nivel del tallo cerebral (para los patrones de acción fija), bucle cerebelo (para los esquemas sensoriomotores) o el bucle límbico (para respuestas provocadas contextualmente de lucha, huida o congelamiento).

Esto se observa en pacientes con trauma, cuando al sentir vulnerabilidad o peligro presente, activan toda la red asociativa asociada al trauma original, dificultando la inhibición de estas respuestas una vez que se ha activado el bucle de “pista rápida”. Este mecanismo se denomina “Secuestro Ascendente” y ocurre en la medida en que las estructuras nerviosas superiores que naturalmente

inhiben (y/o controlan) a las inferiores, de repente se pagan, se quedan sin funcionar, por lo cual, las inferiores tienen que aumentar su nivel de actividad (Hughlings Jackson).

Cuando los sistemas de orden superior, situados en el complejo ventral, empiezan a apagarse, los inferiores suben y toman el control, pero el procesamiento de la situación es difuso y no es tan efectivo. Es por eso que las personas traumatizadas sufren desregularización en la activación, por hiper o hipo, ya que cuando los sistemas inferiores toman el control, la persona queda a merced de estos mecanismos inferiores para cubrir funciones de orden superior, por lo que la regularización afectiva y el procesamiento quedan lastrados.

Otra cosa muy distinta ocurre, cuando el estímulo se procesa en un el umbral de procesamiento adecuado, es decir, la estimulación es de intensidad moderada o de baja probabilidad. El procesamiento a través de las cortezas sensoriales puede diferenciar entre estímulos similares y el procesamiento a través de la corteza prefrontal puede dar lugar a la inhibición de la respuesta motora (Le Doux, 1994).

La ventaja de esta última modalidad de procesamiento en relación a las anteriores, es que permite hacer distinciones, analizar y corregir la información errónea, construir estrategias alternativas de respuesta más adaptativas y progresivamente modificar los heurísticos (automatismos cristalizados) mentales. La desventaja reside en que para su correcto funcionamiento e integración con los otros sistemas de procesamiento, se requiere el factor tiempo, ya que el tiempo es crítico para la seguridad y para minimizar el peligro, por lo que la ventaja evolutiva puede convertirse en desventaja. Cuando existe evidencia de peligro, lo más adaptativo para salvaguardar la integridad no es el análisis, sino la acción protectora. Debido a que bajo condiciones de peligro, es más probable generar información errónea y menos probable corregirla, los mismos procesos que promueven la supervivencia incurren en conductas inadaptadas, que incluso se perpetúan después de la situación de peligro. Por lo tanto, el precio de la seguridad, muchas veces, es dolor psicológico y sintomatología postraumática.

Es en este nivel de procesamiento donde surgen las representaciones. La realidad se representa psíquicamente a través de la representación y cada una de ellas, esta “sesgada por el modo en que fue procesada y con cada una conteniendo elementos del sí mismo y de la experiencia pasada (auto-distorsionada)” (Crittenden, 2002).

En situaciones de peligro o estrés agudo, particularmente si el peligro ya ha ocurrido antes y especialmente si ocurrió en una etapa temprana en la vida, antes de la maduración cortical, existen fallos en el procesamiento y puede derivar en la dificultad para crear la representación (capacidad de simbolización). Es por ello que en el procesamiento del trauma a este nivel se da un error en la simbolización o una manera singular de procesamiento traumática.

La simbolización permite la representación y autorepresentación del juego dinámico en sujeto y realidad. Por lo tanto, a medida que el ambiente va cambiando, y cambian constantemente, las condiciones de seguridad de los individuos cambia, pero no siempre su percepción de seguridad. Es por eso, que la representación también debe cambiar para que se ajuste a la situación presente y no se sigan utilizando esquemas introyectados pasados. Para ello, es necesario integrar las partes fragmentadas de la experiencia de trauma, no solamente a nivel verbal o discursivo, sino también a un nivel emocional y sensoriomotor. “Nuestros cerebros continuarán asimilando información y construyendo nuevas realidades siempre y cuando nuestros cuerpos se sientan seguros. Pero si quedamos fijados al trauma, entonces nuestra capacidad de asimilar nueva información se pierde y continuamos construyendo y re construyendo las viejas realidades” (Van der Kolk, 2003)

TRAUMA Y MEMORIA

Cuando una persona ha padecido un trauma, el registro de esos recuerdos se almacena de manera distinta a otros recuerdos. Estas diferencias en las respuestas procedimentales de la memoria, se deben a las diferencias morfológicas del cerebro, en la medida en que el registro, almacenamiento y respuesta cognitiva, estaría en relación a la actividad del hemisferio izquierdo, donde se localiza la memoria explícita y el registro y almacenamiento de los recuerdos del cuerpo al trauma original (sensaciones, impulsos, movimientos) se localizarían en el hemisferio derecho, donde se localiza la memoria implícita.

Ambos hemisferios funcionan de manera distinta el uno al otro, en la medida en que el izquierdo se encarga del procesamiento cognitivo y verbal, la elaboración consciente, el razonamiento, los comportamientos lingüísticos y la adscripción de significado y es donde se sustenta la memoria explícita o declarativa.

Por su parte, el hemisferio derecho, se encarga del procesamiento no verbal y corporal, la intersubjetividad, la respuesta al peligro y la regulación afectiva inconsciente (Siegel), es decir, se encarga de la identificación de los estados del cuerpo y el movimiento emocionales.

Esta diferenciación en la actividad hemisférica también se observa en las distintas memorias localizadas en cada uno de los hemisferios, fundamentales ambas a la hora de registrar y almacenar la experiencia traumática.

En el hemisferio izquierdo se localiza la memoria explícita (declarativa). Ésta es una memoria narrativa, funcional cognitiva, autobiográfica y accesible verbalmente (Brewin, 2002). Este tipo de memoria almacena el recuerdo visual de lo ocurrido y se permite evocar los recuerdos de la misma manera que evocamos recuerdos normales.

En el hemisferio derecho, está localizada la actuación de la memoria implícita, encargada de almacenar información sobre el estímulo original traumático y los recuerdos del cuerpo al estímulo

(alteraciones neuroquímicas, respiración y/o movimientos) Esta memoria incluye componentes procedimentales (esquemas sensoriomotores preconscientes) por tanto, información básica procesada a través del cerebelo, memorias de estados somáticos y afectivos asociados a experiencias pasadas. También contiene información afectiva básica procesada preconscientemente a través del sistema límbico, en forma imágenes y huellas sensoriales que no han podido evocarse en la conciencia, por estar asociados a experiencias peligrosas (sonidos de disputas, olores del lugar del suceso,..). Estas imágenes asociadas a una tonalidad emocional se experimentan como sensaciones corporales que “definen la significación de la imagen para el sí mismo (Damasio, 1994).

Es posible que “la amnesia infantil” que se observa en los niños que padecen maltrato, se deba a la dificultad de procesar todas estas imágenes tempranas de forma que puedan ser evocadas posteriormente, para poder hacerse conscientes o verbales.

DOS DIRECCIONES EN LA TERAPIA

Esta funcionalidad interrelacionada y a la vez diferenciada del cerebro, tiene importantes implicaciones para el abordaje terapéutico del trauma, dado que, si las diferentes partes del recuerdo traumático están procesados a través de distintas partes del cerebro y a distinto nivel (emocional, conductual y cognitivo), la manera en que el cuerpo procesa la huella del trauma puede ser diferente a otras maneras de procesamiento, por lo que la intervención, no podrá limitarse únicamente a la cura verbal., debido a que solo permitiría elaborar las partes del recuerdo almacenadas y procesadas en los niveles superiores. Por lo tanto, se puede hablar de dos direcciones en la terapia.

La primera dirección sería intervenir de lo superior a lo inferior (de arriba abajo) y se denomina terapia descendente. Esta consiste en abordar el procesamiento cognitivo y emocional, el cual, a su vez, facilita el funcionamiento de niveles de procesamiento inferior. Es decir, a partir de la cognición se regula la experiencia sensoriomotora y el afecto. Por lo tanto, la parte superior del cerebro se centra en entender e interpretar las señales que llegan de abajo en forma de manifestaciones somáticas o emocionales.

Esta manera de intervención, es la intervención clásica utilizada en la mayoría de los procedimientos psicoterapéuticos y permite fundamentalmente reconstruir lingüísticamente “la historia olvidada”, fomentar un sentido una narrativa autoreferencial del yo.

El problema es que dado que el nivel sensoriomotor, es el primer nivel de procesamiento, desde el cual se articula el resto de los procesamientos, muchos registros almacenados y procesados a nivel corporal, no se procesan y pueden ser elaborados desde los modelos de psicoterapia convencional, donde el yo esta anexionado al cuerpo y no se procesa explícitamente la huella somática del estrés o del trauma.

Esta modalidad alternativa y complementaria de intervención terapéutica, donde se enmarca la terapia sensoriomotriz, se denomina terapia ascendente. El cerebro reptiliano, debido a su configuración, responde a la estimulación intensa, unos milisegundos antes de que el córtex prefrontal pueda empezar su procesamiento, eso implica, que tanto el cerebro reptiliano, como el límbico, ya están respondiendo con anterioridad a través de cambios de postura, respiración y contracciones musculares. Es decir, la respuesta inferior y límbica está cursando a pesar de que el córtex no haya identificado el peligro ni elaborado la secuencia más adecuada de respuesta. Por eso, la parte superior procesa a continuación e intenta seguir al cuerpo. Esta es la razón por la cual, muchos pacientes traumatizados, creen que sus cuerpos viven y funcionan de manera autónoma a ellos, porque el cuerpo ya ha respondido a la estimulación antes de que se construya todo el procesamiento cognitivo.

Por eso, la terapia ascendente aborda el procesamiento y la elaboración del trauma desde los procesos inferiores, sensoriomotores y/o corporales, facilitando con ello, el funcionamiento de los niveles superiores de procesamiento. Se usa el cuerpo y la huella somática del estrés para identificar y cambiar patrones físicos y somáticos fijados y encapsulados en forma de síntomas, sensaciones, o reacciones fisiológicas autónomas; parte del cuerpo para regular el afecto y las experiencias sensoriomotrices, a través de un “darse cuenta” en el mismo nivel donde se expresa, es decir, se focaliza en cómo el cuerpo ha respondido, almacenado y procesa la información almacenada, no integrada.

Trabajar a este nivel, no es limitarse a excluir los distintos niveles de procesamiento, sino todo lo contrario, ya que el trabajo de elaboración y procesamiento de los niveles inferiores cambia el procesamiento de los otros niveles.

PROCESAMIENTO SOMÁTICO DEL TRAUMA

El cuerpo frente al trauma, el peligro, el estrés y la estimulación intensa y duradera, responde con una propia lógica sensorial y somática. A través de esta comprensión de la manera en que uno respondió a esos sucesos vitales a nivel somático y corporal, uno encuentra una lógica, distinta a la lógica de los otros niveles de procesamiento, la lógica y la sabiduría interna del cuerpo, que en su tendencia al movimiento responde y reacciona antes que los sistemas de procesamiento superiores a la exposición a un peligro manifiesto.

Janet, consideraba que los pacientes traumatizados continúan la acción o el intento de acción, que se inició con el evento traumático y se mantiene en reactivaciones sin fin.

Es por eso, que se observa una tendencia reiterada a la repetición del evento.

Freud, entendía que trauma hace referencia a la experiencia infantil responsable de la fijación que, al reactivarse genera la modalidad disfuncional. La repetición se supone como que el sujeto retorna a ese

punto de fijación que se quedo sin elaborar, es decir, es una consecuencia de “una falla en el procesamiento defensivo” (Benyakar, 2005, pag 68) que provoca reiteradamente un retorno continuado a lo reprimido, en busca de la autoreparación y el procesamiento. Esta compulsión a la repetición específica de los pacientes traumatizados, debe entenderse como un intento de “dominar psíquicamente la experiencia, requisito previo para que pueda ser procesada por canales normales” (Benyakar, 2005, pag 73).

A nivel corporal, estos patrones enquistados, son similares al mecanismo del aparato psíquico, en la medida en que el cuerpo intenta repetir la acción inacabada, satisfacer el deseo de completar el o los intentos no completados en la respuesta al trauma. Por lo tanto, el espacio de terapia y la relación transferencial con el terapeuta, deben procurar que estas acciones sean completadas, ya que estos sistemas de acción se configuran alrededor de distintos sistemas neurobiológicos basados en la defensa y la consecución de las necesidades básicas, y en el suceder traumático, se bloquean, se interrumpen y se quedan sin poder ser completados.

Esta falta de completud en las respuestas corporales, puede deberse a varios factores, la primera puede ser que en un evento traumático, no exista tiempo real de ejecución de una pauta de respuesta automática (por ejemplo, en un accidente de tráfico, el tiempo de reacción es mínimo, así como en una explosión, etc...), otra variable, que impida la ejecución es la disociación. Janet consideraba que la disociación, es el mecanismo básico de la respuesta postraumática. Sin entrar a este complejo fenómeno, es importante señalar que la disociación paraliza el procesamiento. Por lo tanto, dado que a nivel somático y corporal, el vivenciar una experiencia traumática impide que el cuerpo complete su mecanismo de respuesta al mismo, la terapia sensoriomotriz, se concibe como una psicología de la acción, de la reactivación de las respuestas somáticas, corporales y conductuales que no pudieron ser completadas en el trauma.

Para que el sistema pueda continuar el procesamiento que quedó paralizado y bloqueado en la vivencia de trauma, se debe utilizar el movimiento para poder procesar. Es decir, se debe dar las condiciones para que se pueda permitir que el movimiento que no se pudo dar durante el trauma, pueda ahora producirse. Con esto, se permite que entre de nuevo en una linealidad para producir procesamiento a posteriori.

El trauma produce movimientos corporales automatizados, defensas corporales fijadas, que quedan sin completar, que se cristalizan dando lugar a defensas inmovilizadoras (en estas defensas encontramos síntomas como fobias, anhedonia, pasividad). Aquellas defensas que fueron útiles en relación al trauma o a la relación traumática, dejan de ser útiles en la vida normal.

Este mecanismo podría entenderse también, apelando a la teoría de la disociación estructural, como que la personalidad se estructura sobre una parte aparentemente normal (PAN) que funciona con un registro normalizado y una o varias partes emocionales (PE) que se expresan y articulan sobre los sistemas de defensa básicos, que compartimos con los animales (lucha, huida y congelamiento) y se mantienen aún a pesar de que el peligro o la situación de amenaza haya pasado o bien, que cuando una persona padece un trauma, la energía psíquica, tiene dos movimientos, uno progresivo, que evoluciona y crece con la parte que ha podido ser integrada del suceso (es por eso que en las personas traumatizadas se observa una parte hiperadulta) y otro regresivo, que se queda fijada al trauma (por eso también en ellos se observa una parte poco evolucionada con esquemas y registros emocionales no propios de su edad mental).

Las defensas del cuerpo a través del movimiento, si son ineficaces, es probable que empeoren el trauma, ya que derivan en defensas inmovilizadoras que posteriormente se convierten en pautas de acción automatizadas o tendencias a la acción (congelación, muerte fingida=congelamiento o sumisión). Por lo tanto, trabajar con este movimiento incompleto cristalizado en el momento del trauma, es crucial para desacorazar la defensa utilizada en el trauma y posibilitar nuevas formas de actuación no fijadas.

Este trabajo terapéutico se realiza a través del procesamiento dual, el doble foco atencional, donde existe un yo anclado en el presente, en el estado de conciencia de vigilia y otro yo auxiliar, observador, en estado de conciencia plena, observando cómo va el procesamiento a través del rastreo y el registro corporal.

La terapia sensoriomotriz se fundamenta en los principios de la conciencia plena dirigida, la observación y escucha interna. La conciencia plena dirigida se define como “prestar atención a elementos particulares de la experiencia interna (sensación corporal, movimiento, emoción, percepción de los cinco sentidos, cognición) considerados importantes a los objetivos terapéuticos (Ogden, 2006). En palabras del propio Mintón, este estado de conciencia plena se podría entender como tirar una piedra en el estanque y ver las ondas que se generan, es decir, consiste en introducir enclaves psicológicos y estudiar las reacciones que ocurren en el cuerpo.

Desde este yo agente-observador, la persona se puede volver consciente de las defensas, bloqueos y/o interferencias que se producen autónomamente y permitir el movimiento, para que el sistema pueda continuar y completar el procesamiento que en el momento del trauma no pudo realizarse. La conciencia plena permite ayudar a los pacientes a observar, nombrar e identificar autodistanciadamente la vivencia del momento presente (pensamientos, emociones, movimiento, sensaciones corporales y sensaciones de percepciones corporales internas) en relación con los recordatorios del trauma. Esta exploración permite identificar los subsistemas defensivos e

identificarlos a través de la toma de conciencia de las señales somáticas, los posibles fenómenos disociativos (impulsos de cambiar, marcharse, intrusiones, entumecimiento) y sobre todo, aprender a intervenir conscientemente a través de la acción, a través de la comunicación entre el yo adulto (conciencia agente) y las condiciones internas desreguladas. (Ogden, 2004).

"Es importante evaluar qué acciones permanecen incompletas o no expresadas y ayudar a los clientes a aprender a completar estas acciones y producir nuevas capacidades. Estas acciones incompletas o poco desarrolladas, cuando se practican y se actualizan, forman el punto de partida de nuevas tendencias" (Janet, 1925)

Facilitar el movimiento es la consigna para propiciar las condiciones psíquicas para que pueda completarse el procesamiento, ya que los cambios a nivel sensoriomotor, afectan directa y necesariamente en las emociones y los pensamientos, debido a la interrelación de los tres subsistemas de procesamiento. Así, si el paciente se siente desorientado, incapaz de tener conciencia de su cuerpo, o simplemente no responde, se debe propiciar que la persona se ponga de pie, plantar los pies, pisotear, caminar por la sala, es decir, orientarse hacia el aquí y el ahora situacional. En el caso de que el sujeto esté verbalizando impulsos de marcharse o correr, es necesario propiciar que el paciente se levante y camine alrededor de la sala, experimentando la capacidad de "fuga" de su cuerpo, o de levantarse y caminar hacia la puerta. Si la persona se encuentra físicamente colapsada, congelada o pasiva psicológicamente, debe experimentar ponerse en pie, caminar, usar las piernas, alargar la columna, subir y echar la cabeza hacia atrás y los hombros y empujar con los brazos (Fisher, 2004; Ogden, 2004).

El procesamiento finaliza cuando la persona siente y tiene otra sensación distinta en el cuerpo, a la anterior asociada a las defensas corporales fijadas al trauma.

Janet consideraba que el paciente traumatizado debía buscar y procurarse el placer de la acción finalizada:

"Una característica importante de la acción finalizada, que uno debe hacer todo lo posible para obtener aunque sea muy difícil, es placer.... Cuando una acción se está restaurando funcionalmente, casi siempre notamos en cierto momento que reaparece de una u otra manera, una especie de alegría la cual da interés a la acción, y re emplaza los sentimientos de inutilidad, absurdidad, y futilidad que habían angustiando al paciente anteriormente en conexión con la acción" (Janet, 1925, pág. 988-989)

Debido a que los recuerdos traumáticos "son actos sin liquidar (incompletos)" (Ellemerger, 1970), el acto completado y terminado realza la tensión fisiológica (capacidad integradora) del

individuo (Janet, 1925). Por eso, es tan importante facilitar el acto de determinación, ya que sin su consecución, no existe integración del evento traumático posible. El abordaje sensoriomotor, busca la integración y los beneficios conjuntos de los abordajes descendentes y ascendentes, ya que ambos se complementan y potencian entre sí. Así, mientras los primeros abordan el procesamiento cognitivo que propicia el procesamiento sensoriomotor, los segundos abordan el procesamiento sensoriomotor, que a su vez, propicia el procesamiento cognitivo.

Igualmente, aunque uno encuentra en la cognición la vía de acceso y entrada a la terapia, y la otra usa el cuerpo como fuente de acceso, tanto uno como otro se correlacionan e influye el uno sobre el otro. Uno fomenta el sentido lingüístico del yo y el otro, el sentido somático, uno fomenta el entendimiento y la construcción de un significado, el otro integra el sentido dentro del sentido somático del yo. Es decir, cada uno de los enfoques enfoca y enfatiza un aspecto procesal de la psique, la realidad clínica pone de manifiesto, que la integración de los contenidos psíquicos exige posibilitar la autoconciencia de cuantos más aspectos sombríos del individuo mejor, y en esta diatriba, ambas formas de intervención se complementan y alían en la pretensión final.

TERAPIA SENSORIOMOTRIZ DEL TRAUMA

Los principios de la terapia sensoriomotriz se podrían sintetizar en entender el cuerpo, el procesamiento somático como el catalizador del dinamismo psíquico durante la terapia, ya que permite identificar los patrones crónicos y las respuestas repetitivas (hiper/hipo activación, tensiones, movimientos automatizados, posturas, gestos, impulsos,...) especialmente esos que indiquen subsistemas defensivos (lucha, congelación, fuga, muerte fingida). Se basa en la en el uso de la conciencia plena para ayudar al cliente a acceder con actitud curiosa a esos patrones para que puedan ser interpretados. Una vez localizados estos patrones, utiliza técnicas no verbales, para fomentar respuestas y acciones físicas alternativas son causar *flooding* y más disociación. Esto provoca que se pueda completar las acciones inacabadas en el momento del padecimiento de estrés agudo, posibilitando la expresión de afecto positivo y el desarrollo de recursos somáticos.

Los recursos somáticos son “las acciones físicas y capacidades que apoyan la autorregulación y proveen un sentido de bienestar, competencia y maestría” (Ogden, 2002). Todo este trabajo busca realizarse dentro de los límites reguladores del margen de tolerancia, para que la información subyacente pueda ir siendo procesada e integrada, ampliándose la tolerancia al espectro de afecto, tan limitado en personas traumatizadas. Estos principios de intervención se basan en la concepción de Janet, de que era importante detectar, identificar y evaluar qué acciones permanecen incompletas o no expresadas asociadas al trauma, y que la intervención se debía basar en ayudar a éstos a completar

estas acciones y producir nuevas capacidades. “Estas acciones incompletas o no desarrolladas, cuando se practican y se actualizan, forman el punto de partida de nuevas tendencias” (Janet, 1925).

Al principio estos cambios y operaciones demandan un esfuerzo abrupto y consciente por parte del individuo y requieren de la ayuda del terapeuta, por lo que se requiere la práctica y la repetición, para ejecutarlas con un aumento de facilidad y rapidez. Al cabo de un tiempo, “se pueden ejecutar correctamente sin atención y casi sin darse cuenta” (Janet, 1915)

Para posibilitar la consolidación de estos patrones, la conexión, relación y comunicación con los registros somáticos almacenados en el cuerpo, la terapia sensoriomotriz se estructura en tres fases. El modelo de tratamiento por fases fue formulado por primera vez por Janet en 1989 y aparece se postula como el tratamiento más recomendado para el espectro postraumático. (Brown y From, 1986; Brown, Schefflin y Hammond, 1998; Cardaña, Van der Hart y Spiegel, 2000; Chu, 2005; Cloitre et al, 2002; Courtois, 1988; 1991; Herman, 1992; Steele et al. ,2005; Van der Kolk, McFarlane et al, 1996). La psicoterapia sensoriomotriz prosigue las directrices de estos postulados de tratamiento por fases y en cada una de ellas se establece objetivos particulares, formas propias de intervención y estrategias terapéuticas para conseguirlos.

Aplicar este modelo de intervención implica, implica la ejecución de una serie de principios terapéuticos, en los cuales, el cuerpo es el eje, la vía primaria de acceso al procesamiento del trauma y es desde ahí, desde donde se influye y provocan cambios en las cogniciones, emociones, sistemas de creencias y capacidad de relación de los pacientes. Así, las técnicas somáticas se intercalan con los enfoques cognitivos descendentes tradicionales, favoreciendo por un lado la elaboración y el procesamiento de la vivencia traumática, así como la creación de un espacio psíquico de corporalidad. Aparte de prestar atención a los relatos verbales de las experiencias pasadas o a fragmentos de experiencias, se requiere el complemento de la “experiencia sentida (la vivencia subjetiva) respecto a lo que sucede durante el curso de un breve tramo de conciencia” (Stern, 2004, p.32).

Así la terapia sensoriomotriz se fundamenta en la pretensión terapéutica de posibilitar la vivencia del “eterno presente”, es decir, utilizar la experiencia actual, presente, para identificar y observar las tendencias físicas y mentales (sensaciones corporales, percepciones sensoriales, emociones y cogniciones) relacionadas con el trauma, para que a través de su exploración puedan ser modificados y cambiados. Dado que el paciente queda atrapado en la historia, se requiere un “*outside looking in*”, una mirada externa desde dentro, a través de la conciencia plena, que pueda hacer consciente los automatismos de la experiencia. No se trata de un revivir la experiencia, sino de autoobservar la experiencia en el momento actual, aprendiendo a distanciarse y a localizar los patrones fijados al momento del trauma que se repiten y manifiestan cíclicamente en el presente.

Esta capacidad de mantener la observación en la experiencia interna, impide justamente que los pacientes se vean desbordados por la activación y estimulación de las reacciones traumáticas pasadas y puedan desarrollar una “coherencia mental” (Siegel, 2006).

Otro elemento importante que se conjuga en la terapia sensoriomotriz, y no es exclusiva de este modelo de terapia, es el uso del proceso transferencial entre paciente y terapeuta en el contexto de terapia. Sin entrar en la descripción de este fenómeno altamente descrito en la literatura psicoanalista, sí que es importante destacar que aquellas situaciones de trauma relacional se reproducen en la re-vinculación con otro, y es especialmente significativo en la relación terapéutica.

La relación terapeuta-paciente debe ser una experiencia emocionalmente correctiva, que repare las carencias o traumas, que se establecieron en los primeros vínculos con las figuras de apego. Lo que se ha roto en el vínculo debe repararse en el vínculo. Schore (2003) considera que en relación vincular (fusional) primaria, el infante “toma prestado” el córtex medial de la madre, permitiéndole regular el sistema límbico y reptiliano a través de la madre. Este proceso en la literatura se explica desde “el estadio del espejo”, el *mirroring*, a través del cual el niño introyecta el mundo psicológico de los padres a través del vínculo fusional, del que posteriormente tendrá que diferenciarse. Este proceso es especialmente significativo porque se proyecta y traslada a la relación terapéutica, que en ese momento y en ese contexto relacional protegido, emergen las patrones vinculares propios de esas primeras relaciones.

Así, el terapeuta debe sintonizar psicológica y corporalmente con el paciente, de la misma manera que un padre/madre sintoniza con el cuerpo y las necesidades de su hijo. Esta capacidad permite que las acciones puedan ser completadas.

El lenguaje del cuerpo, es especialmente importante, ya que manifiesta todas estas situaciones conflictivas, mucho antes de que el paciente pueda expresar (verbalizar) los pensamientos o sentimientos no formulados o diferenciados (Krueger, 2002). Así, utilizar todas estas tendencias somáticas y ver las dinámicas relacionadas de manera subyacente, permite actualizar la relación actual y presente diferenciándolas de las relaciones pasadas, de manera que el presente se descontamine de la historia traumática presente. Es importante entender que el terapeuta en el contexto de terapia, se convierte en el depositario sobre el cual recaen todas las proyecciones no integradas del individuo y donde se activan las defensas movilizadoras utilizadas en el pasado. Así, en consonancia con la mayoría de los enfoques, la psicoterapia sensoriomotriz, se centra en explorar, identificar, y clarificar las tendencias cognitivas, emocionales y somáticas que se activan en la transferencia. Esto permite aumentar la capacidad de madurez de la persona, la retoma de la proyección, la autonomía y el locus

interno de control, dentro de una experiencia emocional activa y segura con el terapeuta y sobre todo la integración de los aspectos constelados en la relación transferencial.

La integración psicológica es un proceso psíquico que consiste en tomar consciencia de los distintos componentes de la experiencia interna y su correlato con el exterior, con el objetivo de poder crear asociaciones significativas entre ellos. Esto permite dotar de significado al entorno y a las relaciones con los demás, en la medida en que están nos interpelan referencialmente, es decir, nos conectamos al mundo y a sus elementos.

Es importante recordar que la vivencia del cuerpo, implica ser y estar en el plano de realidad, donde el cuerpo se desenvuelve. El cuerpo es referencial de la vivencia relacional y física, y recuperar la vivencia corpórea implica análogamente recuperar la capacidad de estar en relación, con uno mismo y los demás a través de él. La capacidad de integración requiere, la síntesis, de los distintos componentes en los tres niveles de procesamiento de la información -cognitivo, emocional y somático. Si la experiencia somática no ha sido elaborada, y la huella del estrés está ampliamente arraigada en el cuerpo, el análisis cognitivo puede perder su fuerza al ver que las reacciones asociadas a la activación fisiológica, funcionan de manera autónoma. Esto provoca que las personas traumatizadas, o están fijadas a las vivencias corporales y no tienen capacidad de elaboración y abstracción cognitiva, o por el contrario, el cuerpo está disociado de la mente y no existe conexión somático del yo con su cuerpo. Es por eso, que la psicoterapia debe integrar los enfoques ascendentes y descendentes, para permitir la reunión de los aspectos cognitivos y sensoriomotrices.

La integración busca por tanto, la conciencia, el darse cuenta, el comprender. Por tanto, y según la mayoría de los autores, la conciencia requiere expresar con palabras la experiencia traumática (Van der Hart, 1993). Pero cuando el recuerdo está bloqueado o fragmentado, la conciencia se refleja en un cuerpo absolutamente dominado por las reacciones defensivas asociadas al ataque, la huida, la paralización o la sumisión. Solo cuando la persona actúa en el presente, desarrollando patrones de actuación ajustados al presente, el pasado deja de contaminar y condicionar la realidad adulta del sujeto. La conciencia incluye por tanto, la reorganización de las viejas tendencias y el desarrollo de nuevas acciones cognitivas, emocionales y físicas que respalden (refuercen) unas acciones más adaptativas ante la activación de los distintos sistemas de acción (Janet, 1898).

Así, el tratamiento por fases busca transformar y cambiar las tendencias de acción que fueron adaptativas en el momento del trauma y obstaculizan el funcionamiento cognitivo, emocional y corporal del individuo posteriormente al suceso. El cuerpo participa de diferentes formas en las tres fases del tratamiento.

En la fase 1 se busca la reducción de los síntomas y la estabilización. Esto requiere prestar atención a registros traumáticos sensoriomotrices, afectivos y cognitivos desregularizados con el objetivo de estabilizar al paciente. En esta etapa, los pacientes aprenden a mantener la activación fisiológica dentro del margen de tolerancia tras reconocer los disparadores o estímulos desencadenadores, a cambiar las tendencias de orientación y limitar el acceso a las situaciones sobreestimulantes. La activación innecesaria de las reacciones somáticas se corrige mediante el uso de algunos recursos somáticos. En esta fase es especialmente importante enfatizar la conciencia de cuerpo, de manera que se pueda ir aprendiendo a reconocer los signos somáticos incipientes a la hiper/hipo-activación y a utilizar los recursos somáticos para devolver la activación fisiológica dentro de los límites del margen de tolerancia. Así, los pacientes en esta etapa aprenden a utilizar los recursos autoreguladores relacionales correspondientes a la periferia del cuerpo y los recursos autoreguladores correspondientes al núcleo corporal, con el objetivo de cambiar los movimientos y las sensaciones corporales, en pos de facilitar la activación óptima.

En esta fase también se establecen las habilidades de autocuidado, que permiten a su vez estabilizar el sistema de acción responsable de la regulación de la energía, tales como los ciclos de dormir y los hábitos alimenticios.

El objetivo de la fase 2 es alcanzar la toma de conciencia de los recuerdos e integrarlos. Para ello. Primero se aborda la evitación fóbica de los recuerdos traumáticos y no tanto recuperarlos (Van der Kolk y Van der Hart, 1989). En esta etapa también se busca abordar las tendencias de acción inacabadas que quedaron truncadas en el marco de la experiencia traumática.

El paciente incorpora las habilidades aprendidas en la fase 1, que fomentan el dominio de la activación fisiológica desregularizada desregularizada, para poder abordar los recuerdos traumáticos desde el margen de tolerancia. En esta etapa se abordan los fragmentos mnémicos no integrados (sensaciones físicas, intrusiones sensoriales, emociones y acciones) para revivir *conscientemente* la activación asociada al trauma. Se produce una transformación de las tendencias de acción defensivas que utilizaron y les sirvieron para afrontar el suceso traumático y aprenden a utilizar su cuerpo, para adquirir nuevas pautas de actuación que permitan aumentar su sensación de dominio, inclusive cuando se reactiven los recursos de los hechos traumáticos. Esta conciencia de huellas somáticas que afloran al evocar recuerdos, permite al paciente descubrir nuevas formas de reaccionar que pueden ser vividos como actos de triunfo “acciones acabadas”, defensas movilizadoras que no surgieron o no fueron eficaces en el momento del trauma.

La práctica y rutinización de estas respuestas, aumentan la vivencia de seguridad y protección y minimizan las de indefensión y vergüenza.

La última fase, la fase 3, es la fase la integración y el éxito en la vida normal. En esta fase, se busca superar los bloqueos asociados al trauma para que el paciente inicie normalización de su vida.

Los objetivos terapéuticos en esta etapa, están en relación a emprender tareas propias del desarrollo adulto, superar el miedo a las dificultades y cambios, participar activamente en el trabajo y las relaciones y aumentar la tolerancia a las emociones positivas. Es decir, en esta etapa se busca la reintegración de la persona en el mundo desde un yo adulto y actualizado, que sea capaz de manejar las contingencias y la activación propia de la vida cotidiana, desde pautas de respuestas adultas no asociadas a la fijación traumática. Así, los recursos aprendidos en las fases anteriores (habilidades somáticas para mantener la activación fisiológica en un nivel tolerable, la vivencia de la corporalidad, y las acciones fortalecedoras que favorecen las sensaciones de seguridad y dominio, ayudan a que el paciente aprenda a utilizar su cuerpo de manera novedosa, permitiendo propiciar nuevas formas de manejarse en el mundo y con ello, recuperar una nueva forma de ser-estar en el mundo.

Recuperar el cuerpo, la conciencia somática, el espacio psíquico representacional de la corporalidad, se presenta como un reto, tanto del individuo como de los modelos de psicoterapia, para posibilitar la vivencia íntegra de la totalidad individual, que queda fragmentada y parcelada en complejos, subpersonalidades y partes disociadas de la personalidad, debido al padecimiento de experiencias incapaces de ser elaboradas e integradas en el mundo autorreferencial del sujeto,

Recuperar el cuerpo, por un lado es aliviar los síntomas somáticos propios del pasado traumático, además de dotar al sujeto de una relación con sentido con su cuerpo, a través de crear una representación (imago-símbolo) del cuerpo compatible con la coherencia interna de la persona, para que este no se viva como algo ajeno o autónomo a la vivencia íntima del yo.

En el cuerpo, están los caminos de apertura a uno mismo, de la madurez psicológica, ampliando límites de la vivencia yoica, donde los por contenidos psíquicos y somáticos excluidos de este cerco, porque lejos de defendernos alejándonos de ellos, imposibilitan la verdadera y auténtica conexión con nosotros mismos. Este es el verdadero trauma del ser humano, la ausencia de vivencia de sí mismo, la necesidad de vivir una vida de exilio ante uno mismo, la incapacidad de conectar auténticamente con lo que uno natural y ontológicamente es.

El cuerpo emerge entonces como el elemento contendor desde donde se propicia esta vuelta a uno mismo, en su integración y refinamiento, en su comprensión y escucha, en la re- conexión persona a través de él.

El cuerpo emerge entonces como un amigo fiel, un aliado firme, donde anteriormente se vivencia como un enemigo, que amenazaba nuestro reductor de espacio protegido.

Ser cuerpo es, indudablemente, volver a ser uno mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benyakar, M.; Lezica, A. (2005). *Lo traumático. Clínica y paradoja*. Tomo 1. Ed. Biblos
- Crittenden, Patricia M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Ed. Promolibro
- Damasio, A. (1994) *El error de Descartes*. Crítica.
- Escribano, X. (1999) Maurice Merleau Ponty: *El anclaje corpóreo en el mundo. Concepciones y Narrativas del yo*. Thémata, nº 22, pág. 67-79.
- De Mijolla, A.; De Mijolla-Mellor. S (1996) *Fundamentos de Psicoanálisis*. Editorial Síntesis.
- López Pedraza, R. (2000) *Dionisios en el exilio*. Festina Lande
- Ogden P; Minton, K; Pain, C. (2006). *El trauma y el cuerpo: Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Rodríguez Vega, B; Fernández Liria, A.; Bayón Pérez, C. (2005) *Trauma, Disociación y Somatización*. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud 1. (27-38)
- Schore, Allan N. (2003) *Desregulación del afecto y desordenes del self*. WW Norton & Company
- Schore, Allan N. (2003) *Regulación del afecto y origen del self*. WW Norton & Company
- Van der Hart. Onno; Nijenhuis. E, Steele. K (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer
- Van der Kolk (1987) *Psychological Trauma*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Manuscrito recibido: 09/12/2013

Revisión recibida: 20/12/2013

Manuscrito aceptado: 27/12/2013