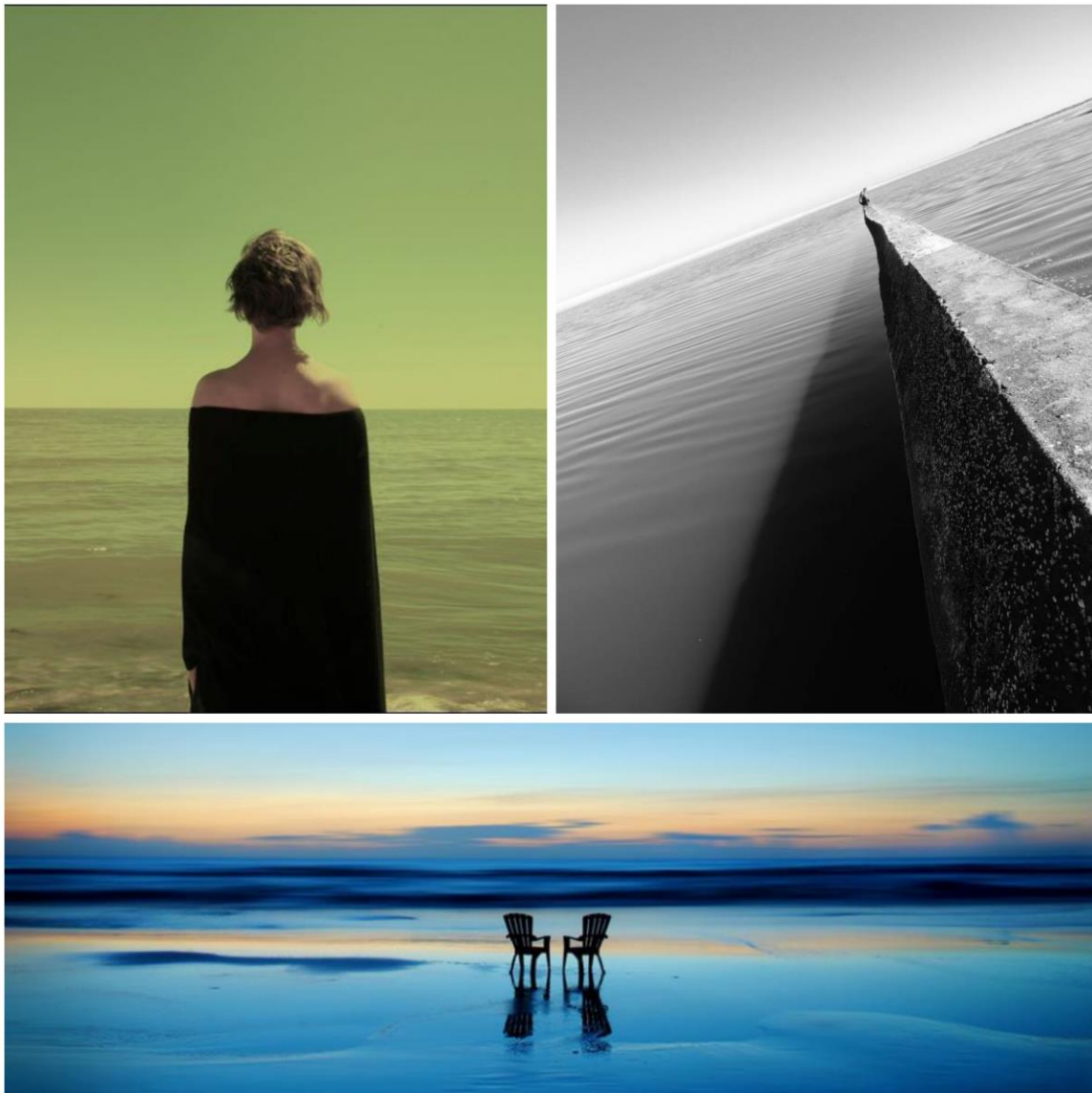


## Estudio de técnicas energéticas y de estimulación bilateral para el abordaje del estrés postraumático.

Investigación en una población de emigrantes uruguayos retornados.



**Prof. Adj. Luis Gonçalvez Boggio**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
Facultad de Psicología de la UDELAR  
Maestría de Psicología Clínica

TESIS:

**Estudio de técnicas energéticas y de estimulación bilateral  
para el abordaje del estrés postraumático.**

**Investigación en una población de emigrantes uruguayos retornados.**

**Maestrando:** Prof. Adj. Lic. Luis Gonçalvez Boggio  
(cohorte 2013).

**Tutor:** Prof. Dr. Alejandro Klein.

**Director Académico:** Prof. Lic. Joaquín Rodríguez Nebot.

**Tribunal de Tesis:**

Prof. Dr. Juan Fernandez Romar (presidente del Tribunal)

Prof. Dr. Rafael Radi

Prof. Adj. Mag. Adriana Tortorella

*“One’s destiny is never a place, but a new way of seeing things” (Henry  
Miller)*

*“The true journey of discovery does not consist of looking for new  
landscapes,  
but looking through new eyes” (Marcel Proust)*

## ÍNDICE

**Agradecimientos**

**Listas de siglas**

**Listas de figuras**

**Listas de tablas y gráficos**

**Resumen**

**Abstract**

**Prefacio**

**CAPÍTULO 1 Estudio del trastorno por estrés postraumático en una población de uruguayos retornados**

**1.1. Introducción**

**1.2 Marco institucional de la investigación**

**1.3 Antecedentes científicos**

**1.4 Antecedentes académicos del equipo de investigación**

**CAPÍTULO 2 Los territorios existenciales y culturales de la migración**

**2.1 Las paradojas de la migración**

**2.2 El territorio existencial del retornado**

**2.3 Los movimientos desterritorialización y de reterritorialización del retornado**

**2.4 Encontrándole sentido a las paradojas de la migración**

**CAPÍTULO 3 Estado del arte del TEPT**

**3.1 El concepto del Trauma, de trastorno de ansiedad y de TEPT**

**3.2 Sintomatología del TEPT**

**3.3 Dimensiones energéticas del tratamiento del trauma**

**3.4 Trauma y coraza**

**3.5 Trauma y carácter**

**3.6 Coraza cerebral. Psicobiología del estrés postraumático**

**3.7 Trauma, memoria y procesos energéticos**

**CAPÍTULO 4 Tratamiento del TEPT**

**4.1 Dispositivos psicoterapéuticos para el abordaje del TEPT**

**4.2 Educación, contención, estabilización y establecimiento de un vínculo seguro**

**4.3 Renegociación, rememoración, reorganización e integración del material traumático**

**4.4 Trabajando con las emociones y con las sensaciones con el protocolo de EMDR+ET**

**4.5 Reconexión con la vida cotidiana: restablecimiento de la expansión, de la capacidad para el placer y de las experiencias positivas**

**CAPÍTULO 5 Las técnicas de estimulación bilateral y las técnicas energéticas**

**CAPÍTULO 6 La investigación**

**6.1 Objetivos del estudio**

**6.2 Preguntas que buscó responder la investigación**

**6.3 Hipótesis**

**6.4 Diseño metodológico (estrategias y procedimiento)**

**6.5 Estrategia de investigación y actividades específicas**

**6.6 Cronograma de ejecución y resultados esperados**

**6.7 Beneficios esperados de la investigación**

**6.8 Aspectos éticos de la investigación**

**6.8.1 Del consentimiento informado**

**6.8.2 Del criterio de inclusión y la justificación del uso de los test**

**6.8.3 De las consideraciones del grupo control**

**6.8.4 De la privacidad de los datos**

**6.8.5 De los beneficios y riesgos**

**6.8.6 De la inclusión de colaboradores**

**6.8.7 De la precaución en el *setting* e instalaciones**

**6.8.8 Devolución de información a los participantes**

**CAPÍTULO 7 El protocolo de EMDR+ET**

**7.1 Protocolo de desintensificación, desensibilización y reprocesamiento del TEPT a través de técnicas energéticas y de estimulación bilateral (EMDR+ET)**

**7.2 Protocolo de preparación de los pacientes para el trabajo con las escenas traumatogénicas antes de aplicar las técnicas energéticas de estimulación bilateral (EMDR+ET)**

**7.3 Pacientes hiper-responsivos e hipo-responsivos**

**7.3.1 Ejemplos de protocolos de desaceleración del procesamiento para pacientes hiper-responsivos**

**7.3.2 Ejemplos de protocolos de aceleración del procesamiento para pacientes hipo-responsivos**

**7.4 La búsqueda de escenas fundantes**

**7.5 Protocolo de técnicas energéticas domiciliarias**

**7.5.1 Respiración bioenergética para disminuir la ansiedad y para la instalación de un Lugar Seguro**

**7.5.2 Meditación preparatoria trabajar con foco e intención la activación del vórtice curativo**

**7.5.3 Activación energética de puntos de acupresión (tapping) combinados con movimientos oculares de estimulación bilateral**

**CAPÍTULO 8 Ejemplo de una sesión**

**CAPÍTULO 9 Los retornados**

**9.1 Informe de uruguayos retornados en el período 2011-2016**

**9.2 Descripción de los datos**

**9.2.1 País de procedencia**

**9.2.2 Sexo**

**9.2.3. Edad**

**CAPÍTULO 10 Análisis, discusión y conclusiones**

**10.1. Análisis de la muestra**

**10.2 Criterios de inclusión**

**10.3 Composición de la muestra**

**10.4 Discusión de los resultados**

**10.5 Conclusiones**

**10.6 Limitaciones, fortalezas y debilidades del estudio**

**10.7 Recomendaciones**

**10.8 A modo de cierre...**

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## LISTA DE SIGLAS

**CIBPsi:** Centro de Investigación Básico en Psicología.

**CIC-P:** Centro de Investigación Clínica en Psicología y en procesos sociales de pequeña escala.

**DSM:** *Diagnostic and Statistical Manual de la American Psychiatric Association.*

**EB:** Estimulación Bilateral

**EF:** Escena Fundante

**EMDR:** *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*  
-Desensibilización y Reprocesamiento por medio Movimientos Oculares-.

**EMDR+ET:** *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*  
-Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares- +  
Energy Techniques -Técnicas energéticas-.

**EEUU:** Estados Unidos de América.

**ET:** Energy Techniques

**GC:** grupo control.

**GE:** grupo experimental.

**MRREE:** Ministerio de Relaciones Exteriores.

**OEI:** Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

**PET:** *Pain Erasing Technique* -Técnica de borrado del dolor-

**PSC:** Psicoterapia Corporal Bioenergética.

**PTSD:** *Post Traumatic Stress Disorder.*

**SE:** *Somatic Experience* -Experiencia Somática-.

**SNA:** Sistema Nervioso Autónomo neuro-vegetativo.

**TE:** Técnicas Energéticas.

**TEPT:** Trastorno por Estrés PosTraumático.

**TFT:** *Thought Field Therapy* -Terapia del Campo del Pensamiento-.

**TIC:** Técnicas de Integración Cerebral.

**TIR:** *Traumatic Incident Reduction* -Reducción de Incidente Traumático-.

**TRE:** *Traumatic Releasing Exercises* -Ejercicios para la liberación del trauma-.

**UdelaR:** Universidad de la República.

**VKD:** *Visual Kinesthetic Dissociation* -Disociación Viso Kinestésica-.

## LISTA DE FIGURAS

Fig. 1: recuperada en

<https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/8/20>

Fig. 2: recuperada en [http://80couches.com/wp-](http://80couches.com/wp-content/uploads/2012/09/reverse-culture-shock.gif)

[content/uploads/2012/09/reverse-culture-shock.gif](http://80couches.com/wp-content/uploads/2012/09/reverse-culture-shock.gif)

Fig. 3: Archivo electrónico cedido por TEAB [www.clinicabioenergetica.org](http://www.clinicabioenergetica.org)

Fig. 4: Archivo electrónico cedido por el Dr. Pablo Solvey

Fig. 5: Archivo electrónico cedido por el Dr. Joaquín Andrade

Fig. 6: Archivo electrónico cedido por TEAB [www.clinicabioenergetic.org](http://www.clinicabioenergetic.org)

## LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: cantidad de retornados de acuerdo al país de procedencia

Gráfico 1: porcentaje de retornados de acuerdo al país de procedencia

Gráfico 2: porcentaje de retornados de acuerdo al sexo

Tabla 2 : cantidad de retornados de acuerdo al sexo



**Tabla 3 : cantidad de retornados de acuerdo al rango de edad**

**Gráfico 3: sexo de los pacientes**

**Gráfico 4: edad de pacientes según rangos de edad**

**Gráfico 5: ocupación de los pacientes**

**Cuadro 1: año de retorno**

**Gráfico 6: país de procedencia**

**Gráfico 7: país de procedencia según experiencia vivida**

**Cuadro 2: resultados obtenidos en IES para la población total. Primera medición**

**Cuadro 3: resultados obtenidos en IES según Grupo. Primera medición**

**Cuadro 4: resultados obtenidos en IES según Grupo. Segunda medición**

**Cuadro 5: resultados para el Grupo Experimental**

**Cuadro 6: resultados para el Grupo Control**

**Cuadro 7: Estadísticos de prueba<sup>a</sup> Valor de escala Medición**

**Cuadro 8: Estadísticos de prueba<sup>a</sup> Valor de escala Medición**

**Gráfico 8: Comparación pre y post test de la IES en el GE y en el GC**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mi tutor el Dr. Prof. Alejandro Klein por su permanente capacidad para abrir y sostener nuevos caminos académicos y pensar en la proyección científica de los estudios realizados. Por su amistad, por su claridad conceptual con la que tanto coincido, y por su honestidad intelectual que tanto admiro.**

**A mi tutor académico el Prof. Joaquín Rodríguez Nebot con quien, en más de 20 años de experiencia docente universitaria compartida, pude aprender y disfrutar de una ética libertaria de la implicación, de una estética de la amistad y de la complicidad, y de una micropolítica de la autenticidad y de la hospitalidad. Un gran maestro, como pocos, absolutamente singular.**

**Al Dr. Prof. Alejandro Maiche por la invitación a pensar y a desarrollar el proyecto de investigación sobre EMDR, Técnicas Energéticas y Estrés Postraumático en el CIBPsi, lo que me permitió, junto con la Mag. Ana Martín y la Lic. Leticia Silveira Da Silva, gestar el proyecto y presentarlo posteriormente al Doctorado en Psicología Clínica en la Universidad Central de Venezuela y a la Maestría de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UdelaR. Este proyecto, gracias al apoyo de la CSIC, fue presentado en los principales congresos internacionales de psicoterapia de México, Venezuela, Panamá, Brasil, Argentina, Portugal y Perú, con el nombre abreviado de Metodología y Estrategias Psicocorporales para el Abordaje del Estrés Postraumático, siendo posteriormente publicado en Uruguay y en el Reino Unido.**

**A la Prof. Agda. Rosa Zytner, directora del CIC-P, y a las Lics. Malena Zunino Folle y Graciela Etcheverry Martínez, por todo el apoyo recibido desde el 2012 hasta el 2016, que fue el período en que ingresamos y desarrollamos el proyecto de investigación en el CIC-P.**

**A todas las autoridades de la Facultad de Psicología, de la UdelaR y del MRREE que propiciaron la firma del convenio interinstitucional que permitió la asistencia de más de 120 uruguayos retornados, 71 de los cuales participaron de la muestra de este estudio. Le quiero dedicar un agradecimiento especial a la Dra. Ana Sosa y a Mercedes Rodríguez quienes estuvieron en la primera línea de la Oficina de Retorno y Bienvenida de la Dirección General para Asuntos Consulares y Vinculación**

**del MRREE, y fueron quienes propiciaron y difundieron nuestro convenio de investigación-asistencia derivando a la mayoría de compatriotas que acudían a su despacho y necesitaban de ayuda psicológica.**

**Al Tribunal de Tesis de Maestría integrado por el Prof. Dr. Rafael Radi, la Prof. Adj. Mag. Adriana Tortorella y el Prof. Mag. Juan Fernández Romar, por su enorme calidez, ternura y rigurosidad científica. Sus aportes han sido invalorable para el desarrollo y la continuidad de este proceso.**

**A todos los profesionales del TEAB y, fundamentalmente a los estudiantes de graduación de la Práctica: “Trauma y Trastornos de Ansiedad en uruguayos retornados”, de la Facultad de Psicología de la UdelaR, por el aprendizaje acelerado que hicieron para trabajar en la investigación, y por el compromiso y la responsabilidad con que realizaron el trabajo de asistencia.**

**Y el agradecimiento especial es para todos los retornados que entre el año 2011 y 2016 se dirigieron a la Facultad de Psicología de la UdelaR buscando ayuda, y que, gracias al apoyo mutuo y al esfuerzo compartido con nuestro equipo de investigación, pudimos analizar y buscarle un sentido al retorno, encontrando además un alivio a sus complejas situaciones de vida. Gracias a ellos es que podemos hoy presentar los resultados de esta investigación y sentirnos tan gratificados por el esfuerzo de este trabajo colectivo.**

## PREFACIO

En un mundo crecientemente globalizado, en una sociedad que deviene día a día más móvil, es cada vez mayor el número de personas y de familias que se reubican geográficamente, a veces de manera reiterada a lo largo de un ciclo de vida familiar, ya sea por crisis económicas y/o políticas, por motivos laborales, de estudio, de jubilación, afectivos, etc.

Durante el período 2011-2016 elegí trabajar con uruguayos de migración reciente que, fundamentalmente por razones de sobrevivencia, debido a las condiciones socioeconómicas imperantes en el Uruguay, optaron por migrar a comienzos de la crisis económica de principios de este siglo, más conocida como “la crisis del 2002”. A diferencia de lo vivido por individuos y familias de pocas generaciones atrás, que huyendo de la represión política y de la opresión militar, sufrieron una experiencia desgarradora del exilio, que se suponía acontecería sólo una vez en la vida, para muchos migrantes del nuevo siglo, este acontecimiento se ha convertido en una transición normativa. Es decir, una experiencia que puede ser vivida subjetivamente como regla más que definida como excepción.

Muchas veces tendemos a pensar al retorno como definitivo (“el retornado vuelve para quedarse”). Sin embargo, el retorno, puede verse como uno de los tantos movimientos migratorios (transicionales y transitorios) ya que la “vida nómada” que caracteriza a las sociedades contemporáneas supone una intensa movilidad, con destinos temporarios y no definitivos. En este sentido, la vuelta al Uruguay, luego de 2 años o más de residencia en el extranjero, puede ser sólo uno de los tantos movimientos residenciales extra-fronteras a lo largo de la vida del sujeto. Incluso un porcentaje considerable de uruguayos son simultáneamente ciudadanos de otro país y son pasibles de ser “retornados” de varios países en sus trayectos migratorios. Así nos lo hicieron saber los retornados que atendimos: somos “cuerpos en tránsito”, “cuerpos de pasaje”.

Lo que tiene en común la migración y el exilio es que, al momento de trabajar la migración y desnaturalizarla, comenzamos a ver en cada una de las sesiones, que cada momento de emigración es visto como una ruptura: con un territorio existencial y sus afectos, con una población y su identidad, con un orden social, económico, político. Y al momento del retorno, al igual que el Ulises de La Odisea, cuando intentás regresar al origen, no hay regreso posible, nunca. Y ya no sos de un solo lugar.

Los procesos migratorios de nuestro país nos obligan a repensar nuestras

categorías conceptuales, y nos permiten analizar nuevas tensiones: entre lo dinámico y lo estático, entre la ciudadanía y la interculturalidad, entre los modos esencialistas de concebir al Otro y la diversidad cultural; en definitiva: entre liberación y dominación. Parafraseando a Michel Foucault podríamos decir que las migraciones son el fenómeno biopolítico fundamental de la hiper-modernidad, y los estudios migratorios son un campo interdisciplinario por excelencia (del que deberían participar filósofos, historiadores, demógrafos, antropólogos, sociólogos, psicólogos, etc.). Estas tensiones políticas, sociales y raciales nos permiten pensar a los retornados como un contingente migratorio que funciona como figuras de comunicación o analizadores, como diría Lourau.

Las primeras Jornadas con Retornados que organizamos en el año 2011 en la Facultad de Psicología de la UdelaR nos permitieron acercarnos a la realidad de los procesos migratorios de los uruguayos, que todavía desconocíamos, y al mismo tiempo, pensar un dispositivo que implicase estrategias psicoterapéuticas breves y focales para abordar el campo psicopatológico del retorno. En esos momentos no había todavía ninguna investigación clínica de este fenómeno psicosocial emergente en nuestro país, ni tampoco los retornados estaban recibiendo ningún apoyo psicoterapéutico por parte del Estado.

Al no encontrar apoyo económico en las instituciones del Estado (v.g.: no hubo una contrapartida económica en el convenio interinstitucional con el MRREE por carecer esta institución de fondos para destinar al proyecto), decidimos darle un marco institucional a la investigación y a la asistencia. Primero en el CIBPsi y luego en el CIC-P, creando además una práctica “Trauma y trastornos de ansiedad en uruguayos retornados” desde el Programa Psicoterapias: Teorías y Técnicas del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología UdelaR, que actualmente coordino.

Asimismo, convoqué a dos generaciones de egresados del TEAB que habían realizado el curso El Campo del Trauma. Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos, y estaban formados en el protocolo de EMDR+ET que había sistematizado a partir del año 2010, luego de 10 años sistemáticos de estudio en Psicotraumatología (EMDR, TFT, EFT, TIR, TRE, PET, VKD, SE, Havenning, Técnicas de Integración Cerebral, Técnicas de Activación Multi Sensorial Breve, etc.).

Nos dedicamos al estudio del estado del arte del fenómeno paradójico de la migración (que A. Sayak nomina como Doble Ausencia, y que los anglosajones llaman Reverse Culture Shock), como forma de precisar el

campo clínico específico de la experiencia del retorno, intentando definir qué tipo de disfunción o trastorno la caracteriza, para que nos permitiese aprender sobre el mejor camino para tratarla. Rápidamente nos dimos cuenta de que estábamos frente a una situación que abarcaba distintos órdenes de lo traumatogénico.

A pesar de la falta de apoyo económico, y con la sensación de estar trabajando a contrapelo de una ortopedia de los déficits sociales, el claro y fuerte soporte institucional e interinstitucional que encontramos en la Facultad de Psicología de la UdelaR y en el MRREE, me ayudó a decidir dedicarle la mayoría de mis horas docentes a este proyecto de investigación y asistencia (previa conversación con quienes eran la directora del Instituto de Psicología Clínica, la Prof. Alicia Muniz, y el director del Programa. Psicoterapias: Teorías y técnicas, el Prof. Joaquín Rodríguez Nebot, de quienes recibo el apoyo, y con quienes pensamos las líneas estratégicas del convenio interinstitucional con el MRREE).

El compromiso ético pasó a estar centrado en los estudiantes que comenzábamos a formar año a año (2011-2016) y, fundamentalmente, en los pacientes que comenzábamos a atender, siendo éstos los destinatarios de nuestros mayores esfuerzos, que tuvieron como foco, más allá de la tarea sistemática de investigar, procurar producir alivio a sus pesares y darle sentido a la experiencia del retorno.

## **RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN**

**El objetivo principal de la investigación fue el estudio de la eficacia de un protocolo de técnicas energéticas y de estimulación bilateral (EMDR+ET) en el tratamiento del TEPT (trastorno por estrés postraumático) en emigrantes uruguayos retornados.**

**La investigación, de diseño experimental, se propuso:**

- a) desarrollar un protocolo basado en técnicas energéticas y de estimulación bilateral plausible de ser aplicado en procesos psicoterapéuticos de corta duración;**
- b) obtener indicadores del impacto de las técnicas estudiadas en procesos psicoterapéuticos breves y focales en una población de emigrantes uruguayos retornados al Uruguay;**
- c) comprobar si hay superioridad de la técnica psicoterapéutica estudiada en el grupo experimental sobre los procesos psicoterapéuticos realizados en el grupo control, en el tratamiento de la clínica particular del TEPT.**

**Para cumplir con este objetivo se diseñó una estrategia de investigación que consistió en un proyecto de investigación-asistencia a más de 70 uruguayos retornados en el período 2010-2016 que padecían de TEPT.**

**La investigación y asistencia se desarrolló entre los años 2012-2016 en la Práctica: “Trauma y Trastornos de Ansiedad en uruguayos retornados” del Programa: “Psicoterapias. Teorías y Técnicas” del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UDELAR. Que, con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Psicología, se gestó y se inscribió, primero en el CIBPsi (Centro de Investigación Básica en Psicología) -2011-, y posteriormente se desarrolló y se inscribió, en el CIC-P (Centro de Investigación Clínica en Psicología y procesos psicosociales de pequeña escala) -2012/2016-.**

**La propuesta se llevó a cabo en articulación con el MRREE (Ministerio de Relaciones Exteriores), institución con la que la Facultad de Psicología ha firmado un convenio interinstitucional para estos fines, y con la OEI (Organización de Estados Iberoamericanos), organización internacional a la que se ampliaron los alcances del convenio), generando de esta forma, un enriquecimiento a partir de la colaboración interinstitucional.**

**Se concluyó luego de la aplicación de las técnicas energéticas y de estimulación bilateral (protocolo EMDR+ET), que se verificaron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en la Escala de Impacto de Eventos del grupo experimental y del grupo control.**

Debido a los resultados observados, parecería ser que las técnicas energéticas y de estimulación bilateral (protocolo EMDR+ET) resultan altamente eficaces para disminuir los niveles de impacto del TEPT en la muestra tratada, reduciendo significativamente su sintomatología clínica. Estos resultados podrían indicar evidencia empírica a favor de la efectividad del protocolo trabajado en el grupo experimental.

### **PALABRAS CLAVE:**

TEPT, Técnicas Energéticas y de Estimulación Bilateral, EMDR+ET, uruguayos retornados, migración.

### **ABSTRACT:**

The main objective of the project is to study the effectiveness of brief, focused, energy and bilateral stimulation techniques in dealing with people with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and other anxiety disorders, among the population of emigrants that have returned to Uruguay, either voluntarily, via repatriation or via deportation. This “returnee” phenomenon is part of the reality in Uruguay that deserves some special attention, due to the increase in the country’s migratory flows over the last two decades.

The research is a mixed quantitative-qualitative study, whose experimental design includes the systematization, execution and analysis of a protocol, based on Francine Shapiro’s energy and bilateral-stimulation technique, also known as Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), for dealing with PTSD in a population of Uruguayan “returnees”.

Towards such an end, a random sample of voluntary returnees, repatriates or deportees with anxiety disorders participated in:

1. an experimental group, for use of a protocol using EMDR, together with energy techniques (EMDR+ET)
2. and a control group.

As a measurement, they were given the Impact of Event Scale (Horowitz et al, 1979), using a self-report, both at the beginning and at the end of the psychotherapeutic process, and they all undertake 8 sessions, including an in-depth interview.



After applying the energy and bilateral stimulation techniques (EMDR+ET protocol), statistically significant differences were found between the scores obtained in the Impact of the Events Scale in the experimental and the control groups.

Given these results, it seems that the energetic and bilateral stimulation techniques are highly effective in reducing the levels of the PTSD impact levels of the sample studied. In other words, the energetic and bilateral stimulation techniques significantly reduced the clinical symptomatology of the sample.

These results could indicate empirical evidence to support the effectiveness of the protocol used in the experimental group.

**KEY WORDS:**

PTSD, energy and bilateral stimulation techniques, EMDR+ET, uruguayan returnees, migration.

## **CAPÍTULO 1 Estudio del trastorno por estrés postraumático en una población de uruguayos retornados**

### **1.1 Fundamentación y antecedentes**

En el marco del convenio de cooperación interinstitucional entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y el Ministerio de Relaciones Exteriores de la República Oriental del Uruguay (MRREE) firmado en junio de 2012, coordiné como Prof. Adj. del Instituto de Psicología Clínica la Práctica “Trauma y trastornos de ansiedad en uruguayos retornados”, dentro del “Programa Psicoterapias. Teorías y Técnicas” a cargo del Prof. Tit. Lic. Joaquín Rodríguez Nebot.

Esta Práctica desarrolló un programa temático que integró la docencia, la investigación y la extensión para la asistencia psicológica de los uruguayos retornados (bajo la vía de la deportación, el repatrio o el retorno voluntario).

La categoría de uruguayo retornado es tomada de la Ley 18.250 que, en su capítulo XIV Art 76, define como retornados a *“todo uruguayo con más de dos años de residencia en el exterior que decida retornar al país”*.

El proyecto de investigación se realizó en el CIC-P (Centro de Investigación Clínica en Psicología y en procesos sociales de pequeña escala) como investigación de diseño experimental, en donde se exploró la efectividad de las TE y de EB en la resolución del malestar asociado a experiencias traumáticas, en una población de emigrantes uruguayos retornados.

Para tal fin se trabajó una muestra aleatoria de retornados con trastornos de ansiedad que participaron de:

1. Un grupo experimental al que se le aplicó un protocolo basado en la técnica de estimulación bilateral -técnica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares), creada por Ph.D. Francine Shapiro, unido a herramientas de las TE para la focalización en la escena traumática, para el desbloqueo de los procesamientos en pacientes hipo-responsivos y para la contención de los pacientes hiper-responsivos;

2. Un grupo control.

A ambos grupos se les aplicó la Escala de Impactos de Eventos (mediante la vía del auto-informe) al comienzo y al final de los procesos psicoterapéuticos de 8 sesiones que incluyó una entrevista en profundidad con cada uno de los pacientes.

De la Práctica anual participaron promedio 10 estudiantes por año, y en el

equipo profesional de asistencia trabajaron además 10 egresados de la Facultad de Psicología de la Udelar, especializados en Psicoterapia Corporal y Psicotraumatología Contemporánea en el Taller de Estudios y Análisis Bioenergético (TEAB, Montevideo/Uruguay).

A partir de la firma del convenio interinstitucional se trabajó con 71 retornados provenientes de Argentina (4), Australia (1), Austria (1), Bélgica (1), Brasil (4), EEUU (19), España (30), Holanda (1), Inglaterra (2), Israel (1), México (2), Portugal (1) y Venezuela (4).

El objetivo principal de proyecto de investigación fue el estudio de la eficacia de las TE y de EB sistematizadas en un protocolo de EMDR+ET, en un proceso psicoterapéutico breve focalizado en el tratamiento del TEPT en emigrantes retornados al Uruguay, tanto voluntariamente como vía deportación (fundamentalmente de los EEUU) o por repatrio (de España). Este fenómeno de retorno forma parte de una realidad que merece especial atención debido a un incremento de los flujos migratorios en nuestro país en las últimas dos décadas.

El interés surge en el MRREE ante la detección de síntomas susceptibles de merecer atención psicoterapéutica en un período de migración concreta, referida al período 2000-2010.

La investigación se realizó en el CIC-P a través de la Práctica: Trauma y Trastornos de ansiedad en uruguayos retornados, en donde se desarrolló un programa temático integral que permitió:

-A través de la Investigación: sistematizar, revisar y mejorar los protocolos clínicos estandarizados, investigando la eficacia de las TE y de EB en el tratamiento del TEPT y otros Trastornos de Ansiedad en un grupo de emigrantes retornados al Uruguay bajo la vía de deportación, del repatrio o del retorno voluntario.

-A través de la Docencia: acercar a los estudiantes de Graduación a una práctica clínica focalizada en el abordaje de los efectos psicosociales de la migración, a partir de un Convenio de colaboración interinstitucional entre la Facultad de Psicología y el MRREE. Sensibilizándose así con la problemática social de la migración, y en especial de los uruguayos retornados, deportados o repatriados.

-A través de la Extensión: acceder a una población de retornados, deportados y repatriados que sufrieron lo que denominamos las paradojas de la migración (con pérdidas y traumas en cada movimiento de desterritorialización y reterritorialización), para poder estudiar y sistematizar protocolizadamente, las mejores técnicas que permitan diseñar estrategias de intervención breves y focales para el abordaje del

**TEPT y de otros trastornos de ansiedad.**

**Como soporte institucional de la investigación se firmó en el mes de junio de 2012 un Convenio marco de cooperación interinstitucional entre la Facultad de Psicología de la UdelaR y el MRREE, para la investigación y la asistencia psicológica de los uruguayos retornados.**

**El proyecto inicial a partir del cual se firmó el convenio entre la Facultad de Psicología y el MRREE contó con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la UdelaR, desde el 1ro. de junio de 2011.**

**En este mismo contexto, y en el marco de la elaboración de un Protocolo entre el MRREE y la OEI, la investigación se amplió a los beneficiarios del programa “Ventanillas Únicas-Uruguay” de la OEI. Ambas instituciones son quienes nos derivaron los pacientes a ser atendidos en el proyecto de investigación-asistencia, y de quienes recibimos el aval para sistematizar los datos en el contexto de esta investigación.**

**La Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI) es un organismo internacional de carácter gubernamental para la cooperación entre los países iberoamericanos en el campo de la educación, la ciencia, la tecnología y la cultura, en el contexto del desarrollo integral, la democracia y la integración regional, y por lo tanto es de su cometido, contribuir a fortalecer la integración, la solidaridad, y apoyar los cambios que posibiliten una sociedad más justa para Latinoamérica, promoviendo y realizando programas de cooperación, apoyo y progreso.**

**El programa “Ventanillas Únicas - Uruguay”, diseñado y ejecutado por la OEI ha iniciado su desarrollo promovido desde dos países de la Unión Europea (UE): Italia y España; y está siendo promovido/aplicado inicialmente en 8 países Latinoamericanos: Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Paraguay y Uruguay. El proyecto tiene como objetivo la puesta en marcha de un sistema integrado de asistencia a ciudadanos uruguayos que han retornado a la República Oriental del Uruguay desde la UE, que están en situación de vulnerabilidad socio-económica, procurando lograr una adecuada re-inserción social y laboral, mediante el acceso a diferentes servicios de la OEI, de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), de Organismos Públicos y Privados. La oficina en Montevideo de la OEI da recepción y asistencia a la llegada de los retornados, y la derivación pertinente a: asistencia psico-social, educacional, orientación ocupacional, profesional y asistencia técnica al desarrollo empresarial, la realización de talleres de motivación, y la promoción a integrar una red de acompañamiento y soporte virtual, permitiendo, al mismo tiempo realizar**

un monitoreo continuo de los procesos de integración social de la persona. La integración de dichos retornados a la investigación, fortaleció el trabajo de las instituciones implicadas, siendo un factor de gran valor para los beneficiarios del proyecto. La coordinación estuvo a cargo de la Lic. Carla Simeto (que fue estudiante de la Práctica en el año 2012), quien derivó los casos y realizó el seguimiento de los mismos.

## **1.2 Marco institucional de la investigación**

En los últimos años se han desarrollado varias pesquisas e investigaciones sobre la temática y la problemática migratoria en el Uruguay, abordadas desde diversas áreas del conocimiento como la Historia, la Antropología, la Sociología -v.g.: “Expectativas y experiencias de retorno de uruguayos” de Verónica Filardo, coord. (2011), “Uruguay: país de migrantes internos y externos” de PNUD Uruguay (2009)-. Sin embargo, aun no se conocen estudios sistemáticos desde la Psicología, salvo los efectuados por la Dra. Karina Boggio (2009, 2012), siendo a su vez, el tema de los retornos de particular importancia debido al creciente flujo de los mismos -W. Cabella y A. Pellegrino (2007)-.

El 23 de julio de 2008, en el MRREE se fundó la Oficina de Retorno y Bienvenida con el objetivo de crear mejores condiciones y estímulos para el retorno de los uruguayos residentes en el exterior; facilitar la inserción de estos ciudadanos o extranjeros que deseen establecerse en nuestro país, y generar una base de datos a través de la recolección, estructuración y difusión de toda la información relevante a nivel nacional, conjuntamente con un trabajo de articulación interinstitucional para la promoción de actividades conjuntas, tendientes a resolver los puntos planteados anteriormente.

El trabajo de la Oficina de Retorno y Bienvenida se basa en articular la coordinación con otras instancias estatales teniendo por objetivo la planificación y realización del proyecto individual o familiar de retorno, y la inserción en la sociedad de los retornados, que implica elaborar propuestas con las instituciones correspondientes, en los temas como el ingreso a la salud, vivienda y servicios básicos. Actúa como un representante de los intereses de los migrantes que conforman su población objeto.

Desde el año 2010 la Coordinadora Interinstitucional de dicha Oficina del MRREE, ha venido estableciendo contactos para generar un trabajo conjunto con la Universidad de la República. En diversas oportunidades con dicha Institución, y particularmente con la Facultad de Psicología, se

mantuvieron reuniones que tuvieron como objetivo buscar asistencia psicológica para los retornados, particularmente aquellos que vuelven en situación de mayor vulnerabilidad. Entre los que se encuentra el llamado grupo de “emigración reciente” cuyo nivel socio cultural y los pocos años de vivencia en el país de emigración, le impidieron volver con mejores condiciones económicas, con el consiguiente deterioro y frustración psicológica que este tipo de experiencias trae consigo.

A solicitud de dicha Oficina en coordinación con el Curso de Introducción a las Técnicas Psicoterapéuticas de la Facultad de Psicología de la UdelaR del plan IPUR, y con el Centro de Investigación Básica en Psicología (CIBPsi), del cual fui Investigador Principal, se realizó en julio del 2011 un primer estudio diagnóstico a un grupo de 21 uruguayos deportados desde EEUU y España. Se utilizó la Escala de Impactos de Eventos Revisada IES-R -Weiss, (2004)-, para el diagnóstico del TEPT (subclínico, leve, moderado, severo).

En dicho estudio que se realizó en dos jornadas en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UdelaR con 21 uruguayos deportados, y fue coordinado por quien suscribe junto a la Mag. Ana Martín y a la Lic. Leticia Silveira Da Silva, se detectaron síntomas intrusivos, de hiperactivación y evitativos que constituirían un tipo particular de Clínica de TEPT en esta población: de los cuales el 20% presenta TEPT leve, 40% presenta TEPT moderado y 30% TEPT severo.

### 1.3 Antecedentes científicos

En la búsqueda de antecedentes a nivel nacional, no se hallaron investigaciones ni trabajos relacionados a la terapéutica del trauma psicológico o TEPT en donde se hayan utilizado técnicas de EB o TE de ningún tipo asociadas (EMDR, TRE, EFT, TFT, Técnicas de Integración Cerebral, Psicoterapia Corporal Bioenergética, etc.).

A nivel internacional el primer antecedente más importante es del año 1994. El Dr. Charles Figley y la Dra. Joyce Carbonell desarrollaron el estudio titulado “*A Systematic Clinical Demonstration of Promising PTSD. Treatment Approaches*” en la Florida State University. En dicha investigación se utilizaron cuatro tratamientos TFT (*Thought Field Therapy*, Terapia del Campo del Pensamiento), TIR (*Traumatic Incident Reduction*, Reducción de Incidente Traumático), EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), y VKD (*Visual Kinesthetic Dissociation* o Disociación Viso Kinestésica), que demostraron ser tratamientos de

elección para el trauma psicológico, pasibles de ser aplicados en procesos breves con la intervención focalizada en la remisión de la sintomatología del TEPT.

Actualmente EMDR tiene una amplia base de reportes de casos publicados e investigación controlada que soportan a esta metodología como un tratamiento validado empíricamente para tratar traumas.

1987. Descubrimiento de los efectos del movimiento ocular espontáneo, desarrollo de procedimientos alrededor de los efectos del movimiento ocular.

1989. Se publica el primer estudio controlado en el *Journal of Traumatic Stress*. Es el mismo año en el que se publican los primeros estudios controlados de terapia de exposición controlada, terapia psicodinámica e hipnosis para tratar TEPT.

1990. Se descubre que otras formas de EB (táctil y auditiva) también tienen efectos positivos.

Las directrices de Práctica Clínica para el manejo de Estrés Postraumático del Departamento de Asuntos para Veteranos del Departamento de Defensa de los EEUU han asignado a EMDR como un tratamiento efectivo para tratar el TEPT tanto en civiles como en combatientes con nivel de recomendación “A”: fuerte recomendación de que la intervención con esta metodología es siempre indicada y aceptable<sup>1</sup>.

Las directrices actuales del Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica de Francia han designado al EMDR como un Tratamiento Efectivo para tratar a las víctimas de trauma<sup>2</sup>.

Las recomendaciones regionales de tratamiento para trastornos de ansiedad de Suecia han asignado al EMDR como un Tratamiento Efectivo para tratar TEPT<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Department of Veterans Affairs & Department of Defense Clinical Practice Guidelines Working Group (Ed.). (2003 December). MANAGEMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS. [www.oqp.med.va.gov/cpg/ptsd/ptsd:Base.htm](http://www.oqp.med.va.gov/cpg/ptsd/ptsd:Base.htm)

<sup>2</sup> INSERM (2004). Psychotherapy: An evaluation of three approaches. French National of Health and Medical Research. Paris, France.

<sup>3</sup> Sjoblom, P.O., Andréewitch, S., Bejerot, S., Mortberg, E., (2003). Regional treatment recommendation for anxiety disorders. Stockholm: Medical Program Committee/Stockholm City.

Las directrices actuales de Cuidados en Salud Mental de Holanda han asignado al EMDR como un Tratamiento Efectivo para tratar el TEPT<sup>4</sup>.

Las directrices actuales de tratamiento del Departamento de Salud de Irlanda han asignado al EMDR como un tratamiento efectivo para tratar a las víctimas de Trauma<sup>5</sup>.

Las directrices actuales de tratamiento del Departamento de Salud del Reino Unido y el Consejo Nacional Israelí de Salud Mental han asignado al EMDR como un Tratamiento Efectivo para tratar el TEPT y a víctimas del terror<sup>6</sup>.

Las directrices actuales de tratamiento de la *International Society for Traumatic Stress Studies* (ISTSS) han asignado al EMDR como un Tratamiento Efectivo para tratar el TEPT<sup>7</sup>.

De acuerdo a la División de Trabajo de la División Clínica de la *American Psychological Association*, EMDR es una metodología validada empíricamente para tratar TEPT<sup>8</sup>.

En el primer meta-análisis de la literatura en EMDR, Van Etten y Taylor (1998) concluyeron que EMDR es tan adecuada como cualquiera de los otros tratamientos comportamentales del TEPT, y todavía más eficaz, requiriendo un menor número total de horas de tratamiento (4 sesiones promedio de 90 minutos cada una). Estos autores concluyen que los efectos del tratamiento con EMDR tienden a ser más positivos, tanto en relación al GC, como al grupo de espera para tratamiento tardío.

También se han relevado evidencias de que EMDR es superior a otros tratamientos. En el trabajo de Marcus, Marquis y Sakai (1997), por ejemplo, EMDR fue comparado con los tratamientos de “cuidado patrón” típicamente ofrecidos en un contexto de HMO<sup>9</sup>. Los autores concluyen que

---

<sup>4</sup> Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care (2003). Multidisciplinary Guidelines Anxiety Disorders. Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute. Utrecht, Netherlands.

<sup>5</sup> Crest (2003). The management of PTSD in adults. A publication of the Clinical Resource Efficiency Support team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety

<sup>6</sup> United Kingdom Department of Health (2001). Treatment choice in psychological therapies and counseling evidence based clinical practice guidelines. Bleich, A., Kotler, M., Kutz, E., & Shalev, A. (2002). A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community. Jerusalem. Israel.

<sup>7</sup> van der Kolk y Pitman (2000). EMDR in Edna A. Foa, Terence M. Keane & Matthew J. Friedman [Eds.]. Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the ISTSS New York: Guilford Press, p. 139-155, 333-335.

<sup>8</sup> Chambless, D.L., et. al. (1998). Update of empirically validated therapies, II. The Clinical Psychologist, 51, 3-16.

<sup>9</sup> HMO (*Health Maintenance Organization*) es un tipo de organización en los EEUU que ofrece un tipo de seguro de salud en donde los hospitales y los profesionales asociados por medio de convenios cobran aranceles más bajos, siéndoles derivados un mayor



EMDR se mostró mucho más eficaz a los otros tratamientos (tratamientos comportamentales, y cognitivo-comportamentales sistematizados en protocolos de tratamiento del trauma –TTP: *Trauma Treatment Protocol*- en los HMO) y que la oferta de EMDR como opción terapéutica para el TEPT y otros trastornos de ansiedad, posibilitaría una economía de millares de dólares anuales en las unidades de HMO estudiadas.

Asimismo se han recabado informaciones preliminares en investigaciones que miden las alteraciones cerebrales posteriores al tratamiento con EMDR. Un estudio realizado por Levin, Lazrove y van der Kolk (1999) incluye mediciones pre y post tratamiento con base a tests psicológicos y neuroimágenes a través de tomografías computarizadas por emisión de fotón único (*Single Photon Emission Computed Tomography – SPECT*). Cuando los pacientes recordaban las memorias traumáticas que habían sido tomadas como *target* en el tratamiento de EMDR, las neuroimágenes mostraban un aumento en la actividad del giro cingulado anterior y del lóbulo frontal izquierdo, lo que los autores interpretaban como señales de que los pacientes habían aprendido a diferenciar las amenazas reales de las imaginarias. También fueron observados cambios positivos en los tests psicológicos luego del tratamiento con EMDR, en donde los pacientes ya no correspondían al diagnóstico de TEPT, así como en las auto-evaluaciones hechas por los pacientes. Estos datos sugieren que el cerebro sufre alteraciones como consecuencia del tratamiento de EMDR, pasando a responder a los eventos traumáticos pasados como simples recuerdos y a pensar respecto al presente como algo nuevo<sup>10</sup>.

#### 1.4 Antecedentes académicos del equipo de investigación

Durante los años 1999-2012 realizamos, en el seminario de Psicoterapia Corporal Bioenergética del curso de Introducción a las Técnicas Psicoterapéuticas (actualmente nominado como Programa: Psicoterapias. Teorías y Técnicas del Instituto de Psicología Clínica), un estudio sistemático del Estado del Arte de los Trastornos de Ansiedad y de las distintas psicoterapias emergidas de la Psicotraumatología contemporánea que, combinando TE, de EB y de integración cerebral, han

---

número de pacientes. Este sistema difiere del más común en EEUU basado en reembolsos.

<sup>10</sup> Para mayor información sobre la evidencia científica de EMDR se puede visitar [www.emdr.com](http://www.emdr.com) Secciones de: *Efficacy, Research & Trauma Research*.

dado cuenta, empíricamente de la resolución de los síntomas de TEPT y otros trastornos de ansiedad, en distintos tipos de poblaciones clínicas.

Durante 2011 y 2012, en el seminario de PCB del curso de Introducción a las Técnicas Psicoterapéuticas, se realizó una amplia revisión bibliográfica y una micro-investigación de antecedentes académicos y científicos sobre la problemática del TEPT y la Psicotraumatología Contemporánea.

En el año 2011 presenté en el 9no. Congreso Internacional de Psicoterapia Corporal organizado por el Comité Científico Internacional de Psicoterapia Corporal (ISC) en Isla Margarita, Venezuela, la conferencia y el taller vivencial “Estrategias psicocorporales para el abordaje del Estrés Postraumático”, siendo invitado al año siguiente por la Maestría de Psicología Social y por el Departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Central de Venezuela (UCV) para presentar esa misma conferencia y taller en actividades académicas docentes de grado y de posgrado.

En octubre del 2013 presenté en el Diplomado Internacional en Bioenergética y Técnicas Terapéuticas Corporales y Creativas de la Universidad Católica Santa María La Antigua, en la Dirección de Educación Continuada y Extensión de la ciudad de Panamá, el módulo Estrategias Clínicas para el abordaje de los Síntomas Contemporáneos, haciendo hincapié en el Trauma y los Trastornos de Ansiedad.

En el mes de noviembre de 2013 presenté en el II Simpósio Internacional de Psicoterapia Corporal en Niterói (Rio de Janeiro, Brasil) la conferencia Estrategias Psicocorporales para el abordaje del Estrés Postraumático en Emigrantes Uruguayos Retornados.

En el año 2014 presenté en el 14th European and 10th International Congress of Body Psychotherapy organizado por la EABP (European Association for Body Psychotherapy) y por el *ISC (International Scientific Committée of Body Psychotherapy)*, realizado en Lisboa, Portugal, el workshop *Psychotherapeutic Strategies For Addressing PTSD*.

En el año 2015 fui invitado al IV Congreso de la Sociedad Panameña de Psicoterapia (SOPAPSI): La ética en la práctica de la psicoterapia, en donde presenté la conferencia Estrategias Psicocorporales en el abordaje del Trauma Complejo. Asimismo, fui invitado por la Dirección de Educación Continuada y Extensión de la Universidad Católica Santa María La Antigua (USMA) de Panamá para la coordinación del seminario Estrategias psicocorporales para el abordaje del Estrés Postraumático y del Síndrome de Pánico.

**En el año 2016 fui invitado al II Congreso Nacional e Internacional de Psicoterapia: Salud Mental, Política y Violencia Social, en donde presenté la conferencia Estrategias Psicocorporales en el abordaje del Estrés Postraumático y el taller Método de Intervención en el Estrés Postraumático.**

**En el año 2017 fui invitado para la presentación de los resultados de la investigación en el III Congreso Nacional e Internacional de Psicoterapia: Salud Pública, Institucionalidad y Corrupción, de Lima, Perú; en el XI Congreso Internacional de Psicoterapia Corporal en Ciudad de México y en el 1er. Congreso Latino-Americano de Psicología Corporal en Recife, Brasil.**

## **CAPÍTULO 2 Los territorios existenciales y culturales de la migración**

### **2.1 Las paradojas de la migración**

Para el Prof. Joaquín Rodríguez Nebot (2010):

la migración es uno de los fenómenos mundiales mas importantes del nuevo milenio y su globalización, ya que no solamente es mas fácil viajar y trasladarse que antaño, sino que por las situaciones de penuria económica hay países que son exportadores de fuerza de trabajo y hay otros que los reciben. Nos enfrentamos además al hecho de que no hay una familia en Uruguay que no tenga un miembro en el exterior, porque las situaciones de inmigración son constantes. La situación es clara, somos un país exportador de personas y de fuerza de trabajo. Esto somete a la familia a la elaboración de duelos de forma permanente. Dichos duelos adquieren formas significativas ya que se trata de pérdidas parciales. Decimos parcial en el caso de la inmigración, porque el integrante que se fue no significa una pérdida absoluta en el sentido de muerte, sino que por el contrario es la pérdida de la formalización real del vínculo, por lo tanto el vínculo adquiere la conformación de un fantasma. Está y no está, se comunica a medias, a través de los medios, teléfonos, cartas, fax, internet, etc. Pero en lo particular, el vínculo adquiere una suerte de cristalización, a veces en una suerte de idealización del mismo y de la persona que se fue. También implica una pérdida de la memoria colectiva ya que la misma no puede ser reciclada con el implicado (p 45).

Presencia ausente, el pliegue-entre:

- el “estar” y el “no estar”;
- el “aquí” y el “allá”;
- el “antes”, el “ahora” y el futuro;
- la disolución de un territorio existencial, la creación de uno nuevo, y la reterritorialización forzada (en el caso de los deportados), produce tensiones y una multiplicidad de sentidos paradójales, que hace que la identidad del migrante no pueda deslizarse ni cristalizarse claramente entre ser un emigrante fuera de su hogar y de su país, y ser un inmigrante en un lugar extranjero.

*“¿Cómo continuar estando presente ahí donde se está ausente?”*, se preguntaba un retornado en una de las primeras sesiones, inaugurando el análisis de las paradojas de la migración.

En algunos casos el migrante intenta organizar esos dos territorios existenciales (la “comunidad expulsora” y “la comunidad receptora”) como si fuesen dos territorios separados, pero los lazos invisibles entre ambos territorios expanden las fronteras en función de la simultaneidad de experiencias que ocurren en el “entre”, disolviendo las territorialidades, en función de nuevas tensiones y porosidades.

En el prólogo del libro “A imigração ou os paradoxos da alteridade” de Abdelmalek Sayad (1998) , el sociólogo francés Pierre Bourdieu se refiere al colega argelino como un Analista del Inconciente que puede pensar, mas allá del etnocentrismo inconciente de la sociedad receptora del “inmigrante”, su diversidad de condiciones de origen y trayectorias, y las múltiples causas que pueden haber determinado las partidas.

Primera paradoja que tiene que lidiar un método y una epistemología de la migración: los “inmigrantes” también son “emigrantes”.

Al igual que Rodríguez Nebot, Sayad (2011) plantea una segunda paradoja: la doble ausencia. Doblemente ausente en el lugar de origen (sociedad de origen) y en el lugar de llegada (sociedad de acogida), Sayad piensa al inmigrado como un *atopos*: sin lugar, desplazado, inclasificable. Ni ciudadano, ni extranjero. Ni verdaderamente del lado de lo Mismo, ni totalmente del lado de lo Otro: el inmigrante se sitúa en ese lugar “bastardo” en la frontera del ser y del no ser social.

Según Sayad (2011) el inmigrante no es más que cuerpo. Cuerpo de trabajo, cuerpo estatizado:

En la inmigración, el emigrado tiene otra experiencia de su cuerpo, lo descubre a la vez diferente del de los otros y diferente de la representación que se hacía de él hasta ese momento, tal como se la devolvía el grupo con el que se identificaba (287).

El inmigrado más que todos los otros dominados (pues es cierto, por regla general, en todos los dominados) sólo tiene su cuerpo; no existe más que por su cuerpo y, en última instancia, más que en tanto que él es un cuerpo físico, un cuerpo-trabajo ... Si para todos los estigmatizados, es decir, para todos aquellos que ocupan en el espacio social posiciones estigmatizadas, el cuerpo es el lugar geométrico de todos los estigmas que les pueden ser infligidos, es, sin lugar a dudas,

porque el cuerpo, individualidad física pero también producto social, es a la vez, por un lado, lo que menos o más difícilmente se deja modificar y, por otro, lo que es más trabajado, más controlado, más pulido, más cultivado, o más susceptible de ser todo esto, cuando la presión social fuerza a ello. Porque el cuerpo es lo que en primer lugar se ve de una persona, es un objeto de presentación y también de representación, nos presentamos y estamos presentes por nuestro cuerpo, el cuerpo lleva la identidad social: es esta misma identidad. Por esta razón el cuerpo constituye el objeto de un trabajo que tiende a volverlo presentable, es decir, a modelarlo para que se acerque lo máximo posible a la conformación tenida como legítima (363-364).

El migrante puede ser pensado también como un analizador natural (Lourau, 1980). Analizador natural que pone en riesgo el orden naturalizado de las fronteras, forzando a la sociedad y a sus aparatos jurídicos a pensar la relación entre los legalismos y los ilegalismos, compeliendo al Estado a revelar la verdad de una institucionalidad y a exponer sus reglas de funcionamiento y sus tensiones.

Cada Estado “central” sabe cómo generar sus “puertas de atrás” por las que entra la migración “deseada” con todo un sistema de reclutamiento de inmigrantes. Al mismo tiempo puede estar generando toda una serie de taxonomías derivadas de la tensión entre territorios centrales y territorios periféricos: los “sin papeles”, los deportados, los inmigrantes de 1ª, 2ª y 3ª generación, los refugiados, los extranjeros, la inmigración “buena” (aquella ilusoriamente provisoria ligada exclusivamente al trabajo, figura a la cual debería estar exclusivamente subordinada, enmascarando y negando, a través de ilusiones de neutralidad, su naturaleza intrínsecamente política), etc.

La migración si bien, en un primer lugar, envuelve un desplazamiento de personas en el espacio físico (demográfico, geográfico), implica además un espacio cualitativo con múltiples sentidos (culturales, familiares, sociales, económicos, políticos, etc.).

Según Sayad (1998) no existe inmigración, aun autodenominada laboral y exclusivamente de trabajo, que no se transforme en inmigración familiar, o sea, en el fondo, en inmigración de “poblamiento”.

La reducción de la inmigración a una sola dimensión económica es la tercera paradoja que vamos a encontrar. Tomar al migrante como un analizador, nos permite develar las implicaciones de todo tipo que la

migración contiene y comporta. Cuando a través del análisis de sus analizadores (el cuerpo, el dinero, etc.) la migración deja de ser una migración exclusivamente de trabajo, es decir, una inmigración exclusivamente de trabajadores, para convertirse en migración familiar, es decir, una migración de población cuya significación y consecuencias son de otro alcance al ser sus implicaciones mucho más amplias, los problemas que se develan son mucho más complejos. Veamos un ejemplo de esta complejidad:

“Emigrar de Uruguay para inmigrar a Europa, es emigrar e inmigrar con su historia. Siento que la migración es parte misma de esta historia. Es como reintroducirme en un trayecto histórico, y en una trayectoria singular. Mis abuelos bajaron de un barco en 1939 huyendo de la guerra civil española. Vinieron con sus tradiciones, con sus maneras de vivir, de sentir, de actuar y de pensar, con sus estructuras sociales y políticas de aquella sociedad española en su cabeza, en sus cuerpos. Escapaban del hambre y de los asesinatos, de la cárcel y de la persecución. Mi viaje a España luego de la crisis del 2002, yo no lo puedo pensar sólo como consecuencia de mi desocupación y la de mi esposa, es decir como algo exclusivamente económico. Estoy portando parte de mi historia en este viaje. Emigrar para nosotros, fue un acto fundamentalmente político. Yo no sentía que me iba a vivir *a un país de otros*. Portaba mi historia en esta aventura y la sentí verdaderamente como un acto político” (Retornado de España, 42 años)<sup>11</sup>.

La migración no puede ser pensada exclusivamente como un evento territorial entre fronteras que se abren y se cierran, sino que debemos pensarla como un campo complejo, como una entidad porosa y heterogénea, en donde se produce una simultaneidad paradójica de borrado y solapamiento de límites, de invención y de creación de nuevos territorios, no sólo físicos, sino también existenciales. En donde, aun en las condiciones más deletéreas, las tradiciones no dejan de inventarse y reinventarse, los mestizajes no dejan de efectuarse. Y en donde no todo lo que se cristaliza o tradicionaliza es negativo, ni todo lo que se mezcla o hibridiza es positivo. Y viceversa.

---

<sup>11</sup> En los ejemplos clínicos que siguen y en los testimonios elegidos, los datos personales fueron cambiados para preservar la identidad de los pacientes. Esto no afecta lo sustancial del relato ni del proceso psicoterapéutico que se produjo en la investigación-asistencia.

Los procesos migratorios de nuestro país nos obligan a repensar nuestras categorías conceptuales, y nos permiten analizar nuevas tensiones: entre lo dinámico y lo estático, entre la ciudadanía y la interculturalidad, entre los modos esencialistas de concebir al Otro y la diversidad cultural, entre liberación y dominación. Parafraseando a Michel Foucault podríamos decir que las migraciones son el fenómeno biopolítico fundamental de la hipermodernidad, y los estudios migratorios son un campo interdisciplinario por excelencia (del que deberían participar filósofos, historiadores, demógrafos, antropólogos, sociólogos, psicólogos, etc.). Estas tensiones políticas, sociales y raciales las vemos claramente en el siguiente testimonio:

“Mi familia tiene una historia rica en migraciones. Y parte de esa historia también es trágica. Probablemente mis tatarabuelos vinieron en las peores condiciones en barcos esclavistas que partían de África. Yo, con mi ascendencia indígena y afro, todavía siento las secuelas culturales y políticas de aquellas masacres, de aquella esclavitud. Mis abuelos, que fueron empleados públicos “gracias” al batllismo, se transformaron en “negros-usted” para poder adaptarse. Pero fue al momento de migrar que pude pensar mi condición de mujer afrodescendiente con todo lo que ello llevaba implícito. Cuando llegué al aeropuerto de Barajas, supe lo que era el miedo al extranjero. Sentía en mi cuerpo la extraña sensación de que podía “salir”, pero no podía “entrar” a lugares. Yo que creía que venía de una tierra formada por un “crisol de razas”, sentí todo el peso del racismo. Iba con un contrato de trabajo y papeles truchos, pero pude ver que la “sociedad de acogida” era un término técnico que, de acogida y de hospitalidad, tenía poco y nada. Vivir en Europa me permitió pensar que no hay racismo sin una teoría que lo sustente. Y pude ver lo inveterado que es el racismo en nuestro país. El racismo no es unívoco, ni invariable, se juega en los aspectos más sutiles e invisibles. Los primeros momentos en España fueron difíciles para una mujer sola. Por suerte elegí bien el barrio en Madrid donde me iba a quedar a mi llegada. Vivir en Lavapiés fue lo mejor que me pudo pasar: en la persecución siempre hay solidaridad. Pude conocer, por primera vez, fuera de mi país, la solidaridad femenina. En el momento en que quedo parada en Madrid por la crisis de España, los hombres que se ofrecían a ayudarme venían “con segunda”.



Teniendo intimidad con un europeo, recibo el chiste más machista que jamás había escuchado y creo voy a escuchar: “lo más perfecto tiene derecho a dominar a lo más imperfecto”. Fue muy fuerte, muy crudo, escuchar eso en la cama. Si antes el racismo lo sentía bidimensionalmente, ahora lo recibí en una dosis mayor, tridimensionalmente. Pero también pude percibir, al momento del retorno, cómo yo tenía internalizado el racismo y el clasismo ante pequeños gestos que comencé a reconocer en mí y que, naturalizados, portaban el rechazo involuntario hacia el otro” (Retornada de España, 29 años).

En los tiempos contemporáneos, en los que las sociedades se presentan cada vez más interconectadas, y al mismo tiempo, sometidas a una tendencia de fragmentación social y al auge de la individualización, no es la uniformización social ni la homogeneización cultural, sino la extensión de reformulaciones socioculturales que intentan articular lo global en los escenarios de lo local, lo que va a dar sentido también a los contingentes migratorios como figuras de comunicación.

En este contexto de lo contemporáneo, en el que surgen espacios sociales cada vez más híbridos, las distintas irrupciones de extranjería pueden funcionar a la manera de analizadores naturales (Lourau, 1980), poniendo de manifiesto que toda organización social es estructuralmente heterogénea, y aun bajo el peso unitario de los Estados y de los mercados, toda sociedad es un rizoma abierto e interconectado de multiplicidades y heterogeneidades con trayectos diversificados (Deleuze y Guattari, 2004). Los migrantes con su deriva, lejos de devenir una figura extemporánea, son sujetos de la contemporaneidad que los afecta y los construye, siendo además vectores de esa modernidad o sobremodernidad como diría Marc Augé (1995), haciendo referencia a esos espacios que se achican, a esas historias que se aceleran, y a esos tiempos que se convierten en simultáneos. Articulación de espacios y tiempos, nuevos entramados sociales transnacionales, en los que los migrantes participan activamente como actores (Santamaría, 2002).

## 2.2 El territorio existencial del retornado

Para la primera entrevista con los retornados del GE y del GC diseñamos una hoja que contenía lo que denominamos el “territorio existencial” del retornado.



Fig. 1

Le explicábamos en la primera entrevista que esta forma de “media naranja” (fig. 1) era una forma dinámica y porosa que estaba afectada desde el “afuera” por distintas fuerzas (afectivas, económicas, sociales, culturales, políticas, etc.).

Dicha forma, siempre cambiante, contenía ocho o más gajos que, como si fuesen cuadrantes inter conectados podían, a su vez, vectorizarse (es decir, podían adquirir movimiento y dirección). Y a dicho movimiento le denominábamos proyecto del retorno. Para lo cual queríamos confrontar el proyecto del paciente retornado especialmente en relación a tres momentos existenciales:

- a) el momento antes de irse de Uruguay,
- b) el de la llegada y salida de su país de exilio, y
- c) el de su retorno nuevamente a Uruguay.

Basándonos en las cartografías esquizoanalíticas -de Félix Guattari y S. Rolnik- (2005) y socioanalíticas -de J. Rodríguez Nebot- (2010), este diseño nos permitió diagramar una cartografía sistémica que posibilitó mapear, de un modo muy claro, los vectores de fuerza que atravesaron la cotidianeidad del retornado en lo que denominamos su “territorio existencial”.

Siguiendo este esquema de trabajo un “territorio existencial” puede definirse, operativamente, a partir de los distintos cuadrantes que conforman y que le dan sentido a nuestra vida, en un momento determinado. Dichos cuadrantes, al tener una dirección y vectorizarse, conforman un proyecto vital, es decir, una deriva diferencial mas o menos conciente.

Si la pensamos como un campo de fuerzas siempre interrelacionado, que diagrama nuestros territorios existenciales a partir de los distintos encuentros y momentos de nuestra vida, esta cartografía es altamente móvil.

Es decir, por un lado estaría sujeta a la deriva en la multiplicidad de los flujos deseantes, en la instantaneidad y el azar de los encuentros. Y, por otro lado, cada cuadrante o vector, funcionaría como un punto de reterritorialización en la fijación o en la ligazón en los distintos sistemas de intercambio de flujos (dinero, sexo, libido, información, afectos, tiempos, etc.).

Un territorio, como lo sugiere F. Guattari, no es mas que un nudo de flujos (Guattari, 1988, 2000). Y un corte en ese territorio tendrá que estar atento a las intensidades que animan dichos flujos. Por un lado, las codificaciones molares (económicas, políticas, morales, académicas, etarias, de clase, de raza, etc.) que fragmentan al territorio imponiéndole segmentaridades binarias. Por otro lado, aquellas líneas o desplazamientos moleculares que podemos cartografiar, por ejemplo, a nivel de las sensaciones de los cuerpos, en la potencia de los encuentros, y que remiten al deseo, considerado no como una “energía pulsional indiferenciada”, sino como resultante de un montaje elaborado de segmentaridades flexibles y energías moleculares, que no cesan de acoplarse.

Cada territorio tendrá así, mayores o menores grados de fluidez, de consistencia, de ramificación e intersección, de integración (acoplamiento) o desintegración (fragmentación).

Un territorio existencial puede diagramarse así, en el contexto de su propio *battleground* (campo de batalla), como un campo de fuerzas en donde los distintos cuadrantes que lo conforman se relacionan energéticamente y se co-organizan dinámicamente, en una ecología siempre cambiante que es posible de vectorizarse más o menos disipativamente (Gonçalvez Boggio, 2014). Es decir, a través del trabajo clínico, darle dirección y movimiento hacia un nuevo proyecto vital, en donde en los movimientos de desterritorialización y de reterritorialización, operarán complejas transducciones (Simondon, 2009) entre esa

diversidad de planos. Y habilitará transductivamente, a la creación de nuevos territorios existenciales.

El territorio existencial del retornado, en la población clínica que atendimos, se vio claramente afectado por lo que los anglosajones llaman *reverse culture shock* (Nebrada, 2012; Rybol, 2016).

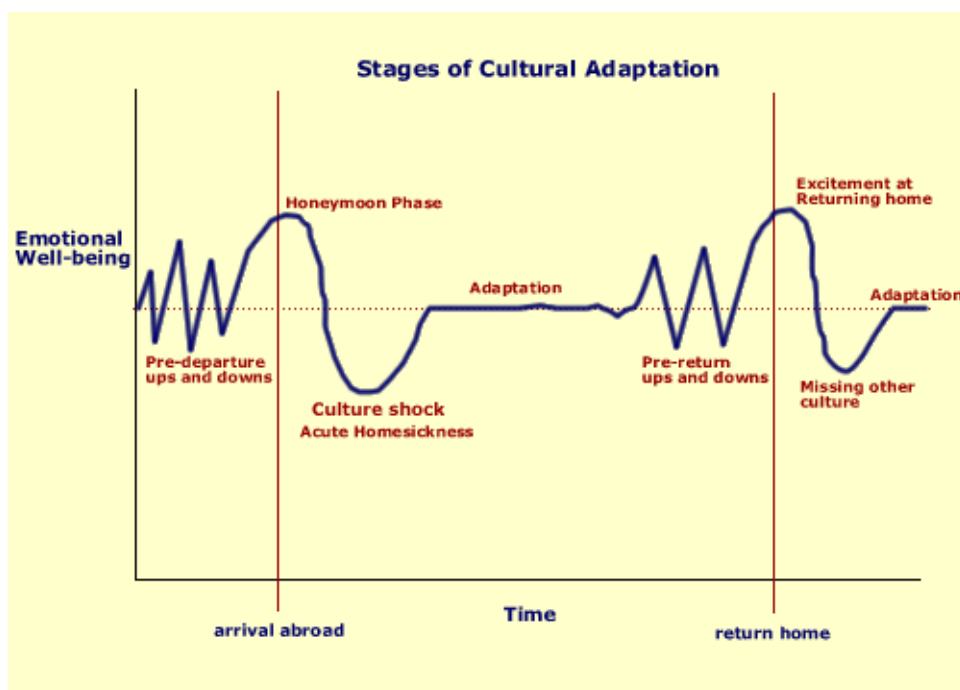


Fig. 2

Es el caso de estos 3 retornados que volvieron de Europa, en donde se ve que la pérdida del territorio no implica sólo un conflicto con la identidad (v.g.: nacional) sino también un problema profundamente psicológico (v.g.: apego). Todo movimiento migratorio implica la necesidad de tener o desarrollar buenos grados de fortaleza emocional.

“No tenía ni idea de que volver podría ser tan difícil, y parte de lo que hace que la transición sea tan difícil, es que es imposible para los que se quedaron (fundamentalmente mi familia, mis amigos) entender lo que estás experimentando. Mis amigos, cuando volví, no fueron capaces de hacer mucho para ayudarme a la transición.

El retorno es un fenómeno muy extraño. Durante el primer año que viví en el extranjero extrañé Montevideo, te diría que casi desesperadamente. Extrañaba el clima (las cuatro estaciones), la comida, mis amigos y mi familia. Idealizaba de un modo absolutamente romántico la forma en que vivíamos en el paisito

antes de haber viajado. Recordaba los aspectos positivos del hogar, y olvidaba lo negativo. Al mismo tiempo, para compensar esa nostalgia me inflaba desde una sensación de auto-importancia de estar viviendo afuera, y al mismo tiempo pensaba que nostalgia destruiría mi sueño de crecer en Europa. Pero en el retorno esta tensión se acentúa: se te impone el principio de realidad de una manera distinta. La novelería de estar en casa otra vez desaparece rápidamente, y uno debe tomar la decisión de readaptarse a la vida en casa, o seguir moviéndose hasta encontrar un lugar en donde vivir” (Retornada, 29 años, estudiante).

“Ahora en estas sesiones contigo veo que yo no estaba para nada preparado para lo que iba a experimentar al retorno. A Europa fui sin metas, ni expectativas, me fui literalmente expulsado por la crisis. Luché por sacar ventajas de todas las oportunidades que se me presentaron mientras estuve allí. Pero volví sin una clara idea de lo que quería hacer cuando llegara a Uruguay. Pensé que mi experiencia en Europa solo iba a abrirme puertas. Me imaginaba sorprendiendo todo el tiempo a mis amigos y a las mujeres. Lamentablemente no fue así. Me sorprendí aburrido, tedioso, distante, con aires de superioridad con las mujeres que salía cuando cada una de mis frases comenzaba con el copete: “en Europa...”. Con mis amigos pensaba que tenía historias asombrosas para contarles, pero, a mitad de cada cuento, me daba cuenta que nadie las quería escuchar. Me di cuenta que no podía imponerle las historias de “lo maravilloso que es vivir en el primer mundo” a personas que no tenían ninguna intención de escucharlo. Sufrí mucho hasta que volví a encontrar algo que tuviésemos en común con mis amigos, y poder centrarme en eso. Me di cuenta que yo quería cambiar a mis amigos tanto como la experiencia en Europa me había cambiado a mí” (Retornado, 32 años, desocupado).

“Creo que hay un shock cultural cuando uno retorna. En mi caso, se ve por la diferencia de lo que recordaba de mi país al estar afuera, y lo que experimenté una vez que retorné. Al principio sentí una mezcla de inquietud y ansiedad, luego la misma se fue tornando en aburrimiento y aislamiento. Si al principio estaba muy ansioso, ahora me siento más deprimido. Tengo dificultades

de concentrarme, todo el tiempo estoy pensando en el cambio de valores, en la forma de vivir de la gente, creo que en el tiempo que estuve afuera cambiaron totalmente los valores en Uruguay. Vivo con mucha negatividad este cambio que percibo. Ahora siento nostalgia de España, de la forma de ser frontal de los españoles, veo mucha falsedad en nuestra forma de ser. Es como si se me hubiese invertido la nostalgia. Ahora siento nostalgia por ellos (por sus comidas, por sus olores, por sus lugares, por sus tradiciones, por su forma de hablar y de vivir). Mi sensación es que ya no puedo volver atrás. O tomo a Uruguay como un país completamente nuevo, y por ejemplo, salgo a buscar nuevos amigos que estén familiarizados con mi experiencia de retornado, o elijo seguir moviéndome y emigro nuevamente. Una tercera opción sería encontrar un equilibrio. Lo que he visto en este proceso es que no hay ningún tipo de garantías en el retorno de volver a vivir lo que viviste antes de irte. Creo que lo más saludable es concentrarme en todas las cosas que tengo ahora (incluyendo la experiencia que adquirí al vivir afuera), y no buscar desesperadamente las cosas que tenía antes de irme o las que dejé en España. Este proceso me está ayudando a vivir esta experiencia del retorno sin tantas cicatrices de batalla”. (Retornado, 36 años).

### **2.3 Los movimientos de desterritorialización y de reterritorialización del retornado**

En un mundo cada vez más globalizado, en una sociedad cada vez más móvil, un número creciente de individuos y familias se reubican geográficamente, a veces de manera reiterada a lo largo de un ciclo de vida familiar (por crisis económicas y/o políticas, por motivos laborales, de estudio, de jubilación, afectivos, etc.).

Elegimos para esta investigación trabajar con uruguayos de migración reciente que, fundamentalmente por razones de sobrevivencia, debido a las condiciones socioeconómicas imperantes en el Uruguay, optaron por migrar a comienzos de la crisis económica de principio de este siglo. A diferencia de lo vivido por individuos y familias de pocas generaciones atrás, que huyendo de la represión política y de la opresión militar, sufrieron una experiencia desgarradora (el exilio) que se suponía acontecería sólo una vez en la vida, para muchos migrantes del nuevo siglo, este acontecimiento se ha convertido en una transición normativa.

Así nos lo transmitieron la mayoría de los uruguayos retornados que pasaron por la vivencia de la migración reciente: una experiencia que puede ser vivida subjetivamente como regla más que definida como excepción.

Pero al momento de trabajar la migración y desnaturalizarla, comenzamos a ver en cada una de las sesiones, que cada momento de emigración es visto como una ruptura: con un territorio existencial, con una población, con un orden social, económico, político.

Tal como lo plantea Sayad (2010)

además de ser causa de rupturas, la emigración es ella misma el producto de una ruptura fundamental: tienen que derrumbarse todos los marcos que aseguraban la conexión de la sociedad para que la emigración pueda aparecer y perpetuarse (p. 135).

Durante el proceso de migración (que implica un movimiento de desterritorialización, de creación de un nuevo territorio y/o de reterritorialización) las necesidades de los implicados se incrementan marcadamente en tanto que su red social de apoyo se debilita y se fractura, a veces en un extremo tal que el sujeto y su grupo de pertenencia no pueden contenerlo con los recursos sociales y subjetivos que poseen.

C. Sluzki (1998) plantea sobre el proceso de migración que

de resultas, la relocalización está estrechamente asociada a un aumento en la frecuencia de perturbaciones psicosomáticas e interpersonales. Un análisis de las variables centrales que caracterizan a la red social y a la dinámica familiar que sigue a la perturbación de la red nos permite concluir que el estrés personal y los conflictos familiares son un subproducto casi inevitable (normativo) de la migración (p. 93).

Para Sayad (2010)

al mismo tiempo que se transforman las relaciones internas en la familia también se modifica todo el sistema de intercambios económicos (y simbólicos) entre las generaciones (p. 91).

A modo de tarea inicial, durante el año 2011, se comenzó a elaborar una hipótesis clínica para el trabajo con retornados bajo vía de deportación:

- La disolución de un territorio existencial en su movimiento de desterritorialización brusca puede predisponer al deportado a desarrollar distintos trastornos de ansiedad, entre ellos el TEPT.
- La pérdida de sentido de la reterritorialización o la falta de sentido del nuevo territorio existencial creado puede predisponerlo, a su vez, a una depresión.

Esta hipótesis preliminar la extendimos al período 2012-2015 al comenzar el trabajo clínico con uruguayos retornados bajo vía del repatrio o del retorno voluntario.

A diferencia del deportado que vivió la experiencia del retorno forzado en una angustiante soledad, la mayoría de los retornados voluntarios asistidos, al reubicarse geográfica, cultural y afectivamente en nuestro país, vivieron la experiencia del retorno con una dinámica familiar implicada colectivamente en el proceso de migración. Generalmente en cada uno de los retornados atendidos, el proceso de duelo correspondiente a los movimientos de desterritorialización y de creación de un nuevo territorio existencial y/o de reterritorialización, implicó reconstruir un nuevo mapa emocional y funcional.

Si en teoría este período se corresponde a un proceso de duelo personal, que en el retornado se manifiesta en un proceso de múltiples micro duelos, en la práctica, el mismo es minimizado u obviado a raíz de la necesidad prioritaria de adaptación al nuevo ambiente cultural y a la construcción de un nuevo territorio existencial. Reconstruir viejas redes hoy debilitadas, o desarrollar los esfuerzos para crear nuevas redes que podrían reemplazar o mitigar, al menos en parte, los vínculos y las funciones perdidas durante el proceso migratorio, fue uno de los puntos centrales trabajados con los retornados, luego de resueltos los síntomas neurovegetativos del TEPT.

En muchos de los casos tratados se pudo vislumbrar que el retorno implicó un largo proceso de socialización, y que el mismo corresponde a una compleja tarea psicosocial de organizar una nueva red o reconstituir/reconstruir una red ya existente que pudiese satisfacer las necesidades interpersonales. Se constató que mientras acontece este proceso de reconstitución/reconstrucción de la red, muchas funciones interpersonales cumplidas por la vieja red permanecieron insatisfechas. Y en este período, que para algunos retornados puede durar meses y para otros años, la familia se encuentra en un estado de estrés crítico. A modo de ejemplo: con frecuencia las relaciones de pareja se vieron sobrecargadas, ya que uno o ambos miembros de la pareja esperaban que



el otro satisficiera las funciones que previamente eran cumplidas por otros miembros de la red. Es decir, muchas veces, se tendía a esperar que el cónyuge se convirtiera en una fuente decisiva de apoyo emocional, aun cuando, de hecho, esa función haya sido previamente satisfecha en forma eficaz por amigos u otros familiares, y, por tanto, las habilidades necesarias para cumplir esa función no habían sido desarrolladas de manera eficaz dentro de la pareja. Sin embargo, en el nuevo ambiente, la necesidad insatisfecha era sentida como incompetencia, traición o abandono por el otro miembro de la pareja. A la vez, el otro, igualmente necesitado, experimentaba no sólo su propia cuota de necesidades insatisfechas, sobrecarga y abandono, sino también las quejas y los reproches del cónyuge en un clima de desavenencias que derivaban fácilmente en círculos viciosos.

En este nuevo contexto familiar notamos que los niños y los adolescentes perdían fuentes importantes de seguridad (el grupo de amigos y compañeros de clase y/o de barrio con quienes compartieron sus estadios de desarrollo y con quienes habían establecido una base de confianza recíproca y de seguridad afectiva). Y si bien ganaban otras (generalmente en el reencuentro afectivo con los abuelos), debían comenzar la socialización de nuevo en barrios y en instituciones educativas que eran percibidas subjetivamente como hostiles, agresivas e incluso indiferentes. Y esto ocurre mientras los padres, envueltos en sus propios esfuerzos adaptativos, y en un clima de desavenencia creciente, resultan menos accesibles como fuente de apoyo.

Los miembros ancianos de la familia, cuya red tiende naturalmente a perder miembros y contactos con el tiempo, tienen aun menos oportunidades sociales de reconstituir el componente no familiar de sus redes. Lo que en todos los casos estudiados implicó aumentar su dependencia de sus familias, las que, sobrecargadas como ya estaban, tendían a reaccionar negativamente a esos cambios.

Percibimos así una nueva situación paradójica de la migración ya que durante tales circunstancias cada miembro de la familia tuvo más necesidad de los otros, pero, por esta misma razón, es menos accesible para con los otros.

Tenemos que tomar en cuenta que las experiencias migratorias, si bien producen impacto en cualquier etapa de la vida, serán asimiladas de distinta manera en función de la edad en que se produzcan (Grinberg y Grinberg, 1984), siendo el marco familiar protector un marco que está, a su vez, en crisis (Sluzki, 1998).

El relato de estos retornados nos muestra estas tensiones paradójicas; el primero, al momento de tomar la decisión de irse del país, el segundo al pensar el momento del retorno:

“Cuando decido emigrar a Europa necesité de mucho apoyo para poder concretar esa decisión. Tuve que hacer frente al enojo y a las críticas de las personas de mi familia que se quedaban, mis amigos se sentían abandonados. Comencé a sentir que el mundo de personas que me rodeaban (familiares, amigos, colegas, vecinos, etc.), comenzaba a dividirse en función de la actitud que asumían frente a mi decisión de irme del país: los que me alentaban, aplaudían e incluso envidiaban, y los que objetaban mi decisión, me descalificaban, me agredían (“para ir a limpiar vasos y baños en Europa quedáte acá”). Pero lo que más me dolía era la angustia de mi hija y la de mi ex esposa. Me sentía como en el filo de una navaja; pasando con mucha facilidad y hasta bruscamente por sentimientos contradictorios. Cuando llegué a Europa, tuve que hacer un esfuerzo agotador para soportar sin hundirme en esta paradoja. El dolor por lo perdido, no me permitía no ver el gran esfuerzo de igual intensidad que tenía que realizar, para responder a todas las demandas presentes de adaptación. Tuve que rápidamente salir del shock que me produjo llegar a Europa” (Retornado, 40 años).

“Las relaciones con mis amigos y con mi familia generaron una línea divisoria entre los que aceptaban o no mi decisión de volver al país. Con mi pareja empezamos a dudar: ¿si nuestro país no es lo suficientemente bueno para ellos, porqué sí para nosotros, o será lo contrario? Comencé a escribir obsesivamente e-mails, como si fueran encuestas de opinión, a todos mis conocidos de Uruguay, para que me sugirieran qué hacer. ¿Vuelvo o no vuelvo? La cantidad de respuestas que recibí fue mínima, en función de mi expectativa. Me dí cuenta que, en estos años, se había producido un distanciamiento, quizás mutuo, entre los que se quedaron y yo” (Retornada, 37 años).

Es de destacar que una red social personal es un sistema dinámico que evoluciona con el tiempo, las propias vivencias afectivas, las circunstancias sociales y los acontecimientos políticos e históricos.

La migración como acontecimiento conmociona y, generalmente, transfigura la red, generando progresivamente un nuevo mapa que contiene remanentes de la red anterior, aquellos miembros de la red que se reubican juntos (frecuentemente la familia nuclear) y nuevos vínculos que se van incorporando según el tiempo y las situaciones sociales lo permiten. Esa construcción es un proceso colectivo y, al mismo tiempo, individual permanente, en donde los vectores o cuadrantes Familia, Amistades, Tiempo, Pareja del territorio existencial están todos muy implicados e inter-conectados y dependen claramente de los vectores Trabajo y Vivienda.

¿Pueden prevenirse estos estados ansiosos y depresivos, consecuencia de la desintegración y/o pérdida de sentido de los territorios existenciales de los retornados?

¿Existe la posibilidad de pensar a este campo complejo de la migración como un movimiento de desterritorialización, de línea de fuga creativa, que produce efectos liberadores más que efectos traumatogénicos?

¿Podemos pensar al migrante, desde una perspectiva rizomática, como aquella persona que se constituye en una multiplicidad de sentidos que cambian a medida que aumentan sus conexiones?

¿Las formas provisorias de ser, de hacer, de sentir que produce el migrante, en y entre sus trayectos, producen, articulan y transversalizan (más que distintas culturas) procesos y modos de subjetivación singulares y colectivos que podamos cartografiar?

Si bien el estar realizando la investigación con una pequeña muestra de una población clínica no nos permite hacer una extrapolación “epidemiológica” de la migración y responder las preguntas precedentes, queremos exponer las bases epistemológicas de nuestro trabajo clínico y social.

Pensamos al territorio existencial como la potencia particular de cada persona, como el espacio que ocupa un cuerpo vivo a través de los afectos de los que es capaz.

El territorio no es algo cerrado, sino que es un vector que se mueve por lo que continuamente hay en él movimientos de desterritorialización, de reterritorialización y de creación de nuevos territorios (Deleuze y Guattari, 1985).

Parafraseando a G. Deleuze (2003) al pensar los conceptos del filósofo B. Spinoza podríamos enunciar que una estética del nomadismo implicaría

esencialmente amar la vida en sus dimensiones más móviles: amar el cambio, la corriente, el perpetuo movimiento.

¿Qué líneas de vida predominan en el territorio existencial de un retornado?

¿Cuáles fueron aprisionadas y cuáles se mantienen aprisionadas luego de un acontecimiento disruptivo como la deportación, por ejemplo?

Tanto la desterritorialización brusca de su territorio existencial (la que es vivida como un evento altamente traumático de desestratificación brutal, caótico, disruptivo, que fragmenta su cotidianeidad), como la detención del movimiento (la coagulación de los estratos identitarios en un limbo paradójico en donde ya no se es ni de aquí ni de allá, en donde no se está ni aquí ni allá), producen en el deportado efectos deletéreos en su territorio existencial, en donde la propia línea del tiempo se fragmenta sin posibilidad de visualizar un nuevo territorio deseado como un lugar seguro. En la mayoría de los deportados indagados durante el año 2011 y los años subsiguientes, de su discurso se desprende una línea inestable de creación en sus territorios existenciales, que pasa por dos opciones que se viven en forma dilemática:

- a) el pasaje de la reterritorialización forzada a la creación de un nuevo territorio existencial en el Uruguay o,
- b) la posibilidad de afrontar nuevamente un proceso de desterritorialización fuera del Uruguay.

La figura del deportado como analizador natural (Lourau, 1980) nos permite abrir así las siguientes preguntas:

¿Cómo son vividas por las subjetividades contemporáneas las experiencias de desestabilización, de desterritorialización permanente del mundo capitalista actual?

¿Cómo se inscriben estas nuevas situaciones de incertidumbre, de inseguridad, de vertiginosidad en los cuerpos de los pacientes en un encuentro clínico?

¿Cómo podemos cartografiar y desplegar nuevas políticas del cuerpo y nuevas políticas de subjetividad en el encuentro clínico, ya no a partir de situaciones meta-estabilizadas, sino a partir de “estados provisorios”?

Analizar las fuerzas que nos afectan y que nos componen, analizar la mutabilidad de esas fuerzas nos posibilitará producir nuevos sentidos y nuevos devenires a partir de los encuentros vitales que construimos.

Sentidos que sustenten la provisoriedad de las formas, pero que además

puedan mantener la consistencia de los territorios existenciales en la deriva de la migración, y sus modos de relación fortalecedores de la vida en los territorios existenciales que un migrante decida construir el “interminable rizoma de la construcción del proceso de subjetividad” al decir de Alvarez Pedrosian (2011).

Al momento de trabajar con los territorios existenciales de los uruguayos retornados la figura del rizoma nos posibilita pensar una forma que problematiza el dualismo arraigo-desarraigo desde otra perspectiva.

Deleuze y Guattari (2004) despliegan al rizoma como una máquina de guerra conectable y desmontable con tal o cual exterior. La oponen al modelo del árbol-Estado: la arborescencia, como imagen interiorizada del orden del Estado.

Definidos brevemente los rizomas podrían ser entendidos como aquellos sistemas de conexiones transversales que no tienen necesariamente un núcleo que los centralice ni límites que lo rodeen. A diferencia del modelo-árbol con raíces, círculos concéntricos, ramificaciones y frutos, los rizomas pueden ser aéreos como un bananero, subterráneos y superficiales como los yuyos de un baldío o una enredadera.

¿Qué podemos aprender de los rizomas en la clínica al trabajar con retornados?

Esta bella metáfora botánica que G. Deleuze y F. Guattari (2004) oponen en la introducción a las *Mil Mesetas* al modelo del pensamiento arborescente occidental, va a ser una excusa para hacer un esbozo conceptual que permita desplegar estrategias subjetivas y colectivas de implicación vital. La metáfora rizoma nos va a permitir, en su efectuación clínica, sustentar la vida en su movimiento de expansión (Gonçalves, 2009). Más allá del sacrificio y la privación que puede ir de la mano con el cliché del migrante esencialmente económico, también podemos cartografiar en el migrante un principio activo deseante de maquinizar nuevas conexiones vitales: esa posibilidad de desterritorializarse para crear un nuevo territorio, para hallar algo vital, algo nuevo, algo vibrante en un nuevo territorio existencial en movimiento. Conexiones, rizomas y redes, que dan cuenta que toda sociedad está en *fuite* -que tiene escapes y fugas-, y se la puede comprender por la manera en que maneja esas *fuites* -esas líneas de fuga- (Rajchman, 2004).

Un rizoma tiene múltiples conexiones, múltiples entradas y múltiples

salidas. Cualquier punto de un rizoma puede ser conectado a cualquier otro. El rizoma es un flujo abierto, transversal, que puede desplegarse por el medio y por los bordes pero que no tiene necesariamente ni centro ni límites. La lógica de composición de un rizoma cede su lugar a formas menos duras, más flexibles y más cercanas a las fuerzas afectivas y sensibles de la afectación corporal: el contagio, la complicidad, la deriva, la proliferación.

La posibilidad de un migrante de rizomatizarse permite, en el encuentro con la alteridad, darle forma a la heterogeneidad conectiva, a la dispersión centrífuga, a la multidireccionalidad compleja. Entendidos como grupos y movimientos rizomáticos los migrantes generan nuevas formas de relación con los lugares del poder formal: la fuga, el éxodo y la deserción viabilizan nuevas posibilidades de movimiento y de vecindad comunitaria. Cartografiar esos ritmos y diagramas migratorios como líneas de fuga a la desesperanza, a la resignación y al resentimiento pueden ser las tareas de un cartógrafo, que no va a ver en ese movimiento sólo razones económicas, sino el deseo de cambiar la vida, el deseo de una vida nueva. En el derecho a la fuga, en la decisión subjetiva del migrante de desterritorializarse, podemos ver una crítica, a veces implícita, a veces explícita, a la arquitectura del cautiverio de una sociedad, y podemos cartografiar, a partir de allí, la creación de nuevas posibilidades de vida, junto a la capacidad de experimentar con ellas<sup>12</sup>.

Conocer la realidad de los procesos migratorios, siguiendo el método cartográfico descrito por Passos, Benevides de Barros y Kastrup (2009) implica necesariamente acompañar procesos. Procesos que se dan por dinámicas de propagación de fuerzas.

Conocer el camino de constitución de un objeto dado (los migrantes, en nuestro caso), equivale a caminar con ese objeto, construir ese propio camino, constituyéndose, al mismo tiempo en el camino. Ese es el camino de la investigación-intervención propuesto por Passos, Benevides de Barros y Kas (2009, 2014). Siendo la cartografía el acompañamiento del trazado de los planos y de las líneas que lo componen.

Los textos de G. Deleuze y F. Guattari sobre Capitalismo y Esquizofrenia (El Anti Edipo y Mil Mesetas) repican en significantes pletóricos de

---

<sup>12</sup> Sin deseos de generar analogías con utopías trascendentes, desde el pensamiento deleuziano podemos identificar a la migración desde el vocablo inventado por Samuel Butler “*erewhon*”, anagrama a la vez de “*nowhere*” (ningún lugar) y “*now here*” (aquí y ahora) (Rajchman, 2004).

significados: el nomadismo como forma de resistencia y de re-existencia; el extranjero que nos habita.

Para Deleuze y Guattari (2004), los nómades no son ni migrantes ni viajeros. Son los que, en una metáfora territorial, se aferran a la estepa, al desierto, para desafiar la realidad que les es impuesta: los que resisten re-existiendo.

Partiendo de los postulados del antropólogo anarquista Pierre Clastres, muy crítico con la concepción evolucionista de las sociedades que considera al Estado una forma de organización social mucho más desarrollada que otras anteriores, en *Mil mesetas*, Deleuze y Guattari (2004) empiezan a utilizar conceptos como “nomadismo”, “máquina de guerra” o “desterritorialización” vinculados al terreno de la resistencia micropolítica.

La máquina de guerra es la invención nómade que ni siquiera tiene la guerra como objeto primero, sino como objeto segundo, suplementario o sintético, en el sentido de que está obligada a destruir la forma-Estado y la forma-ciudad con las que se enfrenta (p. 418).

Es decir, nos encontramos ante dos conceptos opuestos: por un lado tenemos al Estado, cuya respuesta ante toda amenaza que pretenda desbordarlo es “estriar el espacio” (poner límites y fronteras, regularizar y establecer mecanismos de control, imponer disciplina); por otro lado, la máquina de guerra nómade, cuyo objetivo principal no es otro que:

el trazado de una línea de fuga creadora, la composición de un espacio liso y el movimiento de los hombres en ese espacio (Deleuze y Guattari, 2004, p. 422).

En el seno de la sociedad contemporánea, entendida como un campo de batalla, en el sentido más foucaultiano, Deleuze y Guattari (2004) creen que se da una constante lucha por la apropiación del territorio. Frente a los movimientos de desterritorialización conceptualizados por Deleuze y Guattari como “líneas de fuga” o como “devenires”, o por los propios movimientos de desterritorialización de los flujos del capital, el aparato estatal actúa bajo los parámetros de la reterritorialización, que tiene como fin reamoldar y recodificar los territorios que han sido objeto de procesos desterritorializantes.

La relación entre flujos y procesos desterritorializantes, y la reterritorialización estatal implica una tensión permanente. Una vez que

los recientemente decodificados flujos de capital y trabajo comienzan a transformar las sociedades, el Estado no puede ya contentarse con sobrecodificar los elementos territoriales que ya están codificados. Debe inventar códigos específicos para flujos que están crecientemente desterritorializados. Una función principal del Estado es la reterritorialización de los flujos mutantes generados por la dinámica del sistema como un todo. El Estado reterritorializa esos flujos para impedir que se desprendan en los bordes de la axiomática social (Deleuze y Guattari, 1985).

Podemos definir a la desterritorialización como el movimiento o proceso por medio del cual algo escapa o parte de un territorio dado (Deleuze y Guattari, 2004). Si bien esta definición tiene una engañosa simplicidad, dicho concepto es complejo en múltiples sentidos. La desterritorialización, por definición, nunca es simple sino múltiple y compuesta. En primer lugar, siempre implica al menos dos elementos, a saber, el territorio que es dejado atrás o reconstituido y el elemento desterritorializante. Es decir, un territorio de cualquier clase siempre incluye “vectores de desterritorialización”, ya sea porque el territorio mismo es habitado por movimientos o procesos dinámicos, o porque el conjunto que lo sostiene se conecta con otros conjuntos. En segundo lugar, la desterritorialización es siempre inseparable de territorializaciones correlativas (Deleuze y Guattari, 2004).

La reterritorialización no significa volver al territorio original, sino que se refiere más bien a la forma en que los elementos desterritorializados vuelven a combinarse y entran en nuevas relaciones en la constitución de un nuevo conjunto o la modificación del viejo (Deleuze y Guattari, 2004).

En este contexto Deleuze y Guattari (2004) distinguen entre la conexión de flujos desterritorializados, que refiere a las formas en las cuales distintas desterritorializaciones pueden interactuar para acelerarse mutuamente, y la conjugación de distintos flujos, que refiere a las distintas maneras en que pueden incorporarse o sobrecodificar a otro, produciendo así un relativo bloqueo de su movimiento.

Los procesos de desterritorialización, asociados a la migración, son los movimientos que definen un conjunto dado. La desterritorialización es la “operación de una línea de fuga”. Es lo que define la forma de creatividad específica de dicho conjunto, las maneras particulares en las cuales puede efectuar transformaciones en otros conjuntos o en sí mismo. Lo que un conjunto dado es capaz de hacer o devenir estará determinado por las líneas de fuga o desterritorialización que sea capaz de sostener y sustentar. Así un conjunto no tiene las mismas fuerzas o aun las



velocidades de desterritorialización que otro. Desde el punto de vista del cambio personal, social o político de un migrante, todo depende de la naturaleza de las formas de desterritorialización presentes en una situación dada.

Deleuze y Guattari (2004) definen una tipología normativa de los procesos de desterritorialización que distingue 4 tipos.

La desterritorialización puede ser relativa o absoluta.

Es relativa en la medida en que concierne sólo a los movimientos dentro del orden actual de las cosas (en cuanto opuesto al virtual).

La desterritorialización relativa puede adoptar una forma negativa o positiva.

Es negativa cuando el elemento desterritorializado es sometido inmediatamente a formas de territorialización que encierran u obstruyen su línea de fuga.

Es positiva cuando la línea de fuga prevalece sobre las reterritorializaciones secundarias, aun cuando puede todavía dejar de conectarse con otros elementos desterritorializados o entrar en un nuevo conjunto con nuevas fuerzas.

La desterritorialización es absoluta en la medida en que concierne a lo virtual en el orden de las cosas (en oposición a lo real).

Si la desterritorialización relativa tiene lugar en la dimensión molar de la vida individual o colectiva, la desterritorialización absoluta tiene lugar en el plano molecular de la existencia social. Es el estado de materia no formada en el plano de la consistencia. Es el estado en el que sólo hay multiplicidades cualitativas.

Para Deleuze y Guattari (2004) la desterritorialización absoluta y la desterritorialización relativa serán ambas positivas en cuanto impliquen la construcción de conexiones revolucionarias en oposición a las conjugaciones de la axiomática. Más que efectos de conjugación lo que buscan son efectos de conexión, de apoyo mutuo, mutuamente productivos y creativos.

Cuando Deleuze y Guattari (2004) sostienen que las sociedades se definen por sus líneas de fuga o desterritorialización, quieren decir que no hay ninguna sociedad que no se esté reproduciendo a sí misma en un nivel, mientras que está simultáneamente transformándose en otra cosa, en otro nivel. En otras palabras, el cambio social acontece todo el tiempo. A menudo acontece por grados y, aun imperceptiblemente, como lo vemos en la sexualidad generación tras generación. Pero a veces el cambio social revolucionario ocurre por el surgimiento de acontecimientos que fuerzan una ruptura con el pasado e inauguran un nuevo campo de posibilidades

sociales, políticas o legales. Y estos hechos no son necesariamente violentos o sangrientos. El Mayo del 68 fue un acontecimiento de esta clase, según Deleuze “un devenir abriéndose paso en la historia”. Devenires históricos que, como líneas de fuga, nos permiten viajar de la Comuna de París a la guerra civil española, del colapso del comunismo de Europa Oriental al desmantelamiento del apartheid en Sudáfrica, de las luchas por la autonomía universitaria de las primeras décadas del siglo XX a los indignados europeos, de la Cuba primigenia al Zapatismo, de las sociedades de resistencia a las formas de cooperativismo, del laicismo a la ecología social. Acontecimientos decisivos en la historia después de los cuales algunas cosas no serán nunca las mismas que antes.

Por un lado, tenemos entonces el gran potencial de la máquina de guerra nómada en donde se encuentra, en su poder de invención, en su capacidad de cambiar, de crear nuevos mundos, una salida a las fronteras del Estado-Nación. Por otro lado, los Estados en la era de la globalización, cada vez más amenazados en su soberanía, como lo detallan Negri y Hardt (2002) en su primer obra conjunta “Imperio”.

La elección del término “máquina de guerra” para representar, como concepto, los conjuntos de mutación y transformación es, por un lado, comprensible en el contexto del lenguaje de lucha y la guerra de clases que son característicos de la izquierda francesa posterior a 1968. La elección de los nómades para especificar las características de las máquinas de guerra y del espacio liso delatan una fascinación de los autores franceses por el Otro. Pero fundamentalmente es un concepto que permite derribar la prioridad atribuida en los Estados europeos a las formas sedentarias de la agricultura y la vida social a expensas de relaciones más fluidas y móviles con la tierra. Para Deleuze y Guattari su nomadología es una forma de superar la historia escrita desde el punto de vista sedentario. Una historia en donde la relación de los pueblos sedentarios con la tierra es mediada por un régimen de propiedad o un aparato estatal, mientras que, en el caso de los nómades es la desterritorialización lo que constituye la relación con la tierra (Patton, 2013).

Pararnos desde esta perspectiva “esquizo-nómada” (heredada del esquizoanálisis) nos va a permitir pensar a la migración en su dimensión política pudiendo criticar al modelo de integración asimilacionista, que planteado desde un ideal de lo político, siempre conlleva la desvalorización del migrante.

A la hora de pensar el problema del arraigo/desarraigo en los procesos migratorios fue más que interesante encontrarme, casi por azar, con la visión que Georges Didi-Huberman (profesor de la École des Hautes Études en Sciences Sociales de París) da del Flamenco y su relación con la tierra. Al bailar flamenco no sólo se forman en el espacio bellas y etéreas figuras con el cuerpo, también se crean impurezas, se golpea y martillea el suelo, se altera el entorno material en el que el danzante se mueve. Para Didi-Huberman (2006) el flamenco es un “arte de hender la tierra” en la que provoca “seísmos, grietas, terremotos”.

Didi-Huberman (2006) parte de la premisa de que la tierra no es una cosa en sí (un don puramente natural). Relacionándolo con el flamenco cree que el cante jondo está más basado en el viaje que en el paisaje, ya que la existencia misma del flamenco no podría entenderse sin su dimensión gitana, es decir, su dimensión emigrante y nómada. La idea de que el flamenco es un “cante de la tierra” es incontestable. Lo que Didi-Huberman cuestiona es la visión esencialista y excluyente del vocablo/concepto “tierra” que han promovido ciertos discursos filosóficos (por ejemplo la metafísica del enraizamiento de Heidegger que vincula la tierra con dos valores fundamentales: la propiedad y la solidez) y que está detrás de esa tesis de que el cante jondo no puede existir sin un paisaje. Afirmar que “la tierra es en sí misma”, advierte Didi-Huberman, “quiere decir, por lo general, que está prohibida al otro, que es inamovible” y que sólo puede ser utilizada por aquellos que se auto-consideran sus “legítimos” propietarios. A juicio de Didi-Huberman la tierra puede ser irremplazable, pero no inamovible: pues se agrieta y deshace, sufre continuos seísmos y perturbaciones tectónicas, es alterada por la mano del hombre (que la cultiva y cercena desde hace miles de años), es afectada por numerosos fenómenos meteorológicos. En definitiva, para Didi-Huberman, la tierra, en sus distintas acepciones (como materia, suelo, superficie, como concepto identitario: país, pueblo, nación) puede moverse, puede experimentar modificaciones. La tierra, lejos de ser algo inamovible e inmodificable, está compuesta de vestigios y residuos, de suciedades acumuladas y cadáveres putrefactos, de huellas de destrucciones y memorias sedimentadas. La tierra es el espacio de la impureza por excelencia.

Desde otra perspectiva, los psicoanalistas León y Rebeca Grinberg (1984) piensan a las migraciones como una experiencia traumática y de crisis en donde las situaciones externas influyen sustancialmente sobre las condiciones internas para afrontar el proceso de migración, pero en donde

la personalidad previa del sujeto, sus características psicológicas predominantes y su momento vital, determinarán su decisión de migrar o no, y la calidad de la migración que haga.

A diferencia del exilio en donde la imposición de una partida y la imposibilidad de un retorno se destaca como una característica violenta pero clara, los procesos migratorios que pudimos analizar en este estudio estuvieron marcados por los movimientos paradójales de la migración.

En la historia de esta retornada de 40 años se condensa este histórico de tensiones que habitan su subjetividad, que producen una situación paradójal de su proceso de migración, y que logra explicitarse en su demanda de atención:

“Mis viejos se exiliaron primero en Argentina, y cuando lograron entender que el Estado uruguayo había devenido clandestino, y comenzó a mandar grupos operativos a reprimir a los exiliados, consiguieron un salvoconducto para irse a Suecia. Yo tenía 2 años, mis abuelos fueron a buscarme a Buenos Aires y “me salvaron la vida”.

Cuando en la crisis del 2002 decido irme primero a Argentina y luego a España, pude ver cómo mi proceso de migración (mi *porqué* y mi *cómo*) tenían que ver con la historia de mi familia y con la mía propia. Pero estando más cerca o más lejos, siendo mi migración más temporal o permanente, más voluntaria o forzada, comencé a sentir que mi historia me acompañaba. Más que hacer como el resto de los uruguayos que “fingían-demencia” y preferían olvidar, hasta el punto de olvidarse de todo, yo elegí acordarme todo, tenerlo todo en la mente, si es que esto se puede elegir. En un principio me produjo mucha ansiedad (ante el cambio, ante lo nuevo, ante lo desconocido). Luego esas ansiedades dieron lugar a la conciencia de muchas pérdidas. Y en un tercer momento ya no podía discriminar entre lo nuevo y lo viejo. Ahí me sentí desesperada, o mejor dicho, desesperanzada. Sentí un vaivén interior que ya no podía resolver sin ayuda, un vaivén entre lo que era posible ayer y lo que ya no lo es hoy. Entre lo que ayer era todavía una posibilidad y lo que siento hoy que se está volviendo irrevocable. Más allá de todas las rupturas que viví, necesito recomponer los pedazos rotos, para poder sentir que puedo recomponer el hilo de mi vida”.

Debemos tomar en cuenta que no siempre está claro, para el que piensa en

volver, que el retorno es una nueva migración. Este hecho conlleva una paradoja implícita. Al volver a Uruguay el retornado llega a veces ilusionado con expectativas de recuperación de todo lo añorado. Y aun sabiendo que no es posible, espera encontrar todo: personas y objetos. A veces, tienen la fantasía de querer encontrarlos en el mismo estado en que se encontraban al irse del país. Y la realidad que confrontan al retorno suele ser diferente. La comprobación de los cambios en la ciudad, en el país, en las personas y las cosas, en las casas y las calles, en las relaciones y los afectos, le hacen sentir un extraño. Otras veces, lo que predomina es la ansiedad por el cambio que le espera. Esta ansiedad por el encuentro/desencuentro, por encontrar algo del pasado aun conservado, por establecer un puente de unión entre el pasado y el presente, nunca estuvo mejor expresado que en el tango de Carlos Gardel y Alfredo Le Pera “Volver” (1935):

Yo adivino el parpadeo  
de las luces que a lo lejos  
van marcando mi retorno.

Son las mismas que alumbraron  
con sus pálidos reflejos  
hondas horas de dolor.

Y aunque no quise el regreso  
siempre se vuelve  
al primer amor.

La vieja calle  
donde me cobijo  
tuya es su vida  
tuyo es su querer.

Bajo el burlón  
mirar de las estrellas  
que con indiferencia  
hoy me ven volver.

Volver  
con la frente marchita  
las nieves del tiempo  
platearon mi sien.

Sentir  
que es un soplo la vida

que veinte años no es nada  
que febril la mirada  
errante en las sombras  
te busca y te nombra.

Vivir  
con el alma aferrada  
a un dulce recuerdo  
que lloro otra vez.

Tengo miedo del encuentro  
con el pasado que vuelve  
a enfrentarse con mi vida.

Tengo miedo de las noches  
que pobladas de recuerdos  
encadenen mi soñar.

Pero el viajero que huye  
tarde o temprano  
detiene su andar.

Y aunque el olvido  
que todo destruye  
haya matado  
mi vieja ilusión,

guardo escondida  
una esperanza humilde  
que es toda la fortuna  
de mi corazón.

Inevitablemente en el retorno surgen nuevos conflictos emocionales. Los que permanecieron en el país tendrán que convertirse ahora en los que reciban a los que vuelven. Ni unos ni otros, los idos y los quedados, son los mismos. Todos han sufrido el impacto de la separación, y latentemente o no, aparecen los reproches por el abandono. *“Vos te fuiste cuando las cosas se pusieron jodidas, y ahora que el país mejoró volvés. Al final sos flor de vivo. ¿Y todavía querés ayuda del Estado?”*, es una frase muy escuchada por los retornados de parte de sus vecinos o conocidos, pero también de sus familiares y amigos.

Habrá que reconstruir vínculos en un contexto en donde quien retorna además de nuevas añoranzas, tendrá nuevos duelos. Hay veces que quien retorna queda tan impregnado de la cultura y de las costumbres del país

en el que ha permanecido años, y desarrollado una parte significativa de su vida, que luego son considerados cuasi “extranjeros” al momento del retorno a Uruguay. Estos retornados tienen un plus de añoranza y de duelo por el país del que retornan. Un deportado de EEUU se sentía *“navegando dramáticamente entre dos culturas y dos lenguas”*. Drama que se acentuaba particularmente con sus hijos que quedaron en EEUU. Su objetivo en las sesiones, además de disminuir la sintomatología de TEPT, fue: *“recuperar una lengua olvidada y no olvidar una lengua aprendida”*. Este objetivo, literal y simbólico de esa sesión, nos permitió analizar, al igual que en otros procesos, cómo en toda migración de ida o de retorno, se pierden irremediabilmente cosas valiosas, al mismo tiempo que el mundo puede ensancharse, si el migrante se permite nutrir y enriquecerse de objetos y de afectos.

Para que ello pueda componerse es necesario superar la paradoja que se produce entre lo viejo y lo nuevo, entre lo histórico y lo novedoso, entre lo repetitivo y lo diferente de quien retorna.

## **2.4 Encontrándole sentido a las paradojas de la migración**

Las primeras Jornadas con Retornados que organizamos en el año 2011 en la Facultad de Psicología de la UdelaR nos permitieron acercarnos a la realidad de los procesos migratorios de los uruguayos, que todavía desconocíamos, y al mismo tiempo, pensar un dispositivo que implicase estrategias psicoterapéuticas breves y focales para abordar el campo psicopatológico del retorno. En esos momentos no había todavía ninguna investigación clínica de este fenómeno psicosocial emergente en nuestro país, ni tampoco los retornados estaban recibiendo ningún apoyo psicoterapéutico por parte del Estado.

Al no encontrar apoyo económico en las instituciones del Estado (si bien presentamos el proyecto de investigación como Iniciación a la Investigación y como I+D, en dos oportunidades a la CSIC, el mismo no fue apoyado económicamente; y al no obtener una contrapartida económica en el convenio interinstitucional con el MRREE por carecer esta institución de fondos para destinar al proyecto), decidimos darle un marco institucional a la investigación y a la asistencia. Primero en el CIBPsi y luego en el CIC-P, creando además una práctica “Trauma y trastornos de ansiedad en uruguayos retornados” desde el Programa Psicoterapias: Teorías y Técnicas del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología UdelaR, que actualmente coordino.

Asimismo, convoqué a dos generaciones de egresados del TEAB que habían realizado el curso El Campo del Trauma. Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos, y estaban formados en el protocolo de EMDR+ET que había sistematizado a partir del año 2010, luego de 10 años sistemáticos de estudio en Psicotraumatología (EMDR, TFT, EFT, TIR, TRE, PET, VKD, SE, Havenning, Técnicas de Integración Cerebral, Técnicas de Activación Multi Sensoriales Breves, etc.).

Nos dedicamos al estudio del estado del arte del fenómeno paradójal de la migración (que A. Sayak nomina como Doble Ausencia, y que los anglosajones llaman Reverse Culture Shock), como forma de precisar el campo clínico específico de la experiencia del retorno, intentando definir qué tipo de disfunción o trastorno la caracteriza, para que nos permitiese aprender sobre el mejor camino para tratarla. Rápidamente nos dimos cuenta que estábamos frente a una situación que abarcaba distintos órdenes de lo traumatogénico.

A pesar de la falta de apoyo económico, y con la sensación de estar trabajando a contrapelo de una ortopedia de los déficits sociales, el claro y fuerte soporte institucional e interinstitucional que encontramos en la Facultad y en el MRREE, me ayudó a decidir dedicarle la mayoría de mis horas docentes a este proyecto de investigación y asistencia (previa conversación con quienes eran la directora del Instituto de Psicología Clínica, la Prof. Alicia Muniz, y el director del Programa. Psicoterapias: Teorías y técnicas, el Prof. Joaquín Rodríguez Nebot, de quienes recibo el apoyo, y con quienes pensamos las líneas estratégicas del convenio interinstitucional con el MRREE).

El compromiso ético pasó a estar centrado en los estudiantes que comenzábamos a formar año a año (2012-2016) y fundamentalmente en los pacientes que comenzábamos a atender, teniendo como foco, más allá de la tarea sistemática de investigar, procurar producir alivio a sus pesares y darle sentido a la experiencia del retorno.

Durante estos 6 años (2011-2016) los pacientes fueron los destinatarios de nuestros continuos esfuerzos y fueron una fuente creciente y permanente de aprendizaje.

Veamos algunos ejemplos de lo que hemos podido aprender colectiva y singularmente con este fenómeno paradójal del retorno.



Con Verónica (retornada de Venezuela, 36 años, socióloga), pudimos integrar dinámicamente lo vivido fuera del país y lo experimentado al momento del retorno, desde un registro sensible (“sentipensante” en sus palabras), y desde una dimensión espiritual que implicaba, sesión tras sesión, conectar la complejidad de su deseo, con el proyecto estético y político de la migración: de dónde vengo y hacia dónde voy, fueron sus preguntas claves en el proceso psicoterapéutico.

“Cuando me fui en el 2002 con 22 años a estudiar a Venezuela, fue como lanzarme a la aventura. La primera canción que me recibe en Caracas es “De dónde vengo yo” del grupo colombiano Chocquibtown; todavía no le encontraba sentido a ese primer emergente. En poco tiempo me di cuenta que no estaba preparada para la incertidumbre que me generaban, desde los pequeños asuntos cotidianos más banales, hasta lo más trascendental que era, para mí, en esos momentos, hacer un posgrado fuera de mi país. Al principio me abrí al cambio. Obviamente era una consecuencia movilizadora de estar en una nueva ciudad. Pero, a medida que comenzaba a pasar el tiempo comencé a cuestionarme mi deseo de estudiar fuera de mi país, y todo el costo que traía aparejado ese deseo. Ese deseo comienza internamente a mutar y, luego se transforma en una voz que empieza a susurrarme: “vos no sos de aquí”. Al mismo tiempo que comienzo a interpelarme “¿quien soy aquí?”. En ese momento saco una primera conclusión importante: la vida del migrante invita a un cuestionamiento del ser, a un cuestionamiento frontal, te diría. Más adelante pude sacar otra conclusión: somos del lugar donde está nuestro corazón, pero también donde nuestros deseos son y están satisfechos, donde la alegría se hace completa, donde vivimos con la armonía sentipensante de que estamos construyendo lo que soñamos. Así fue que logré descubrir con franqueza que vivir esa armonía puede crearse o no en cualquier lugar del mundo. El viajar lo cataliza, pero el armonizarte con un lugar es una tarea políticamente y estéticamente, personal. Nuestra nacionalidad es una firme excusa para describirnos socio-políticamente, pero nuestro ser como migrantes es una verdadera mezcla de lo que aprendimos y de lo que deseamos. Es poder sentir el cariño de quienes dejamos y los nuevos afectos de quienes se solidarizan con esta nueva persona que hoy se muestra más sensible y más

sincera. Nuestra nacionalidad está dada por el mundo de nuestros afectos, en eso si sé, con seguridad, “de dónde vengo yo”.

Con Simón (retornado de Brasil, 29 años, músico profesional y surfista), aprendimos a darle movimiento al concepto de enraizamiento (Lowen y Lowen, 1998), pudiendo encarnar el concepto de rizoma (Deleuze y Guattari, 2004) en las sensaciones de su cuerpo, y en particular de sus piernas sentidas como raíces móviles. Si bien el migrante “*está con las raíces en el aire*” (como nos decía en su primera sesión) es necesario desarrollar buenos grados de enraizamiento para poder crear así lo que él llamó el “*grounding del surfista*” (como nos decía en su última sesión).

“Lo que aprendí en mi proceso de migración es que nadie puede escapar del propio cuerpo. Vayas a donde vayas, viajes a donde viajes, estés con quien estés, tu cuerpo es tu casa. Tu única casa nómada es tu cuerpo. Cuán enraizado y en contacto estés con él es lo que define parte de la alteridad y la singularidad de tu proceso de migración. Para poder migrar necesitás sentirte entero con tu propio cuerpo. Nuestros pasaportes son nuestros pies. El movimiento de nuestros pies que nos enseñan a andar con nuestro ser: pues migrar es saber que nuestro piso está pegado a nuestro cuerpo, y ese lugar lo definen nuestros pies. Cuando viajamos las piernas son nuestras raíces móviles, son como raíces móviles que nos colocan en contacto con la tierra que pisamos, nos unen a esa tierra. Son raíces extrañas, porque podemos levantarlas y colocarlas en otro lugar. Ya no estamos fijos como un árbol en un solo sitio. El movimiento de mis piernas me permite estar enraizado en mi camino, en el camino de la vida. Las piernas son, nada más y nada menos, que nuestra capacidad de movimiento, que nos permite enraizarnos en el camino de nuestras vidas, que es el caminar. Y la identidad de una persona está relacionada con el camino que va recorriendo y construyendo. Siempre ese camino es propio. ¡Es el propio camino! El camino de nuestra vida. Nuestra propia deriva. Yo estoy enraizado no en un lugar, sino en una senda. ¡Estoy enraizado “na trilha da vida”!”

Con Alejandro (deportado de EEUU, 39 años, desocupado) pudimos crear un pensamiento nómada que pudiese articular sus tensiones al momento

del retorno. Nos sirvió introducir el concepto de lo des-existente (Puget, 2015): la prescindencia en su lugar de trabajo, la descartabilidad en los vínculos afectivos; cuestionando así la ilusoria seguridad de algunas dimensiones vitales de lo contemporáneo (amor, trabajo, familia, pertenencias institucionales, etc.), y su consiguiente falta de garantías. La caída de esas ilusiones y el *insight* de la ausencia de garantías *ad vitam*, lo colocó en la necesidad de asumir nuevos riesgos calculados en la vivencia del retorno, capitalizando su experiencia y su aprendizaje en el extranjero, y buscando un equilibrio entre su necesidad de seguir moviéndose y su deseo de asentarse en la búsqueda de un proyecto familiar.

“Creo que más allá de la crisis económica, yo migré porque necesitaba entender que la vida tiene sentido y vale la pena ser vivida. En Uruguay, luego de la crisis, me sentí prescindible en el trabajo, descartable en el amor. Mis amistades comenzaron a irse una a una, ¡tuve que elaborar 30 duelos en dos años!, era una tarea imposible... Sólo me quedaba mi familia. Pero la seguridad afectiva de la pertenencia, que te dan los vínculos de sangre, también se tambalean en las crisis económicas. A medida que empezaron los quilombos en casa, y se empezaba a respirar la misma violencia que se respiraba en las calles y en las instituciones, largué todo a la mierda, vendí mi moto, mi batería, mi ropa y mis discos, y me fui a EEUU con U\$S 900. Si me hubiese quedado en la comarca, quejándome y llorando con cada amigo que se iba, me hubiese cavado mi propia tumba. Al viajar y migrar pude contactar que el único placer de la existencia es el placer de crecer. Si elijo no crecer me estanco, si no podemos seguir creciendo, la vida deja de tener sentido. Migrar fue un gran insight: el único sentido de estar vivos es estar orientado al crecimiento. No existe ningún lugar donde quedarse si querés seguir aprendiendo”.

El trabajo con Augusto (retornado de Inglaterra, 32 años, economista) nos permitió habitar la contingencia del retorno y su devenir-extranjero. Las marcas de lo vivido, en lo contemporáneo, remiten permanentemente a pensar los núcleos de incertidumbre que abre un proceso migratorio: la caída de las certezas, la relación con lo imprevisible, la convivencia con lo imposible de prever. Los conflictos surgidos de la esperanza de que en la vida familiar e institucional lo previsible debe suceder, estalla en un proceso migratorio, en donde lo único previsible es que suceda lo

**imprevisible. Y encarna nuevas fragilidades a ser vividas.**

**“Toda decisión proviene de una circunstancia. Y cada época produce sus marcas. Uno siempre está implicado en la manera de interpretar y pensar una situación, de darle sentido a un acontecimiento ... sentido que es propio y particular de esta situación. Cuando comenzás un proceso de migración, empezás a relacionarte de otra manera con el azar y con lo previsible. Ya no tenés la certeza de que vas a ir todos los domingos al mediodía a comer a lo de tus viejos tu plato de pasta preferida, pero obligado al fin y al cabo, y que te vas a encontrar con la misma escena domingo a domingo: tu vieja llamándote al fijo a las 12 del mediodía, vos llegando tarde dos horas después, tu viejo caliente que te mira por arriba de los lentes en su sillón leyendo el editorial del diario El País, tus hermanos menores colgados en las redes sin levantar la cabeza de sus celulares, el sonido de la televisión de fondo para evitar el silencio de quienes no tienen nada para decirse, o para evitar escuchar, una y otra vez, las mismas preguntas y las mismas respuestas. Cuando estás afuera lo único previsible es que ocurra lo imprevisible. La previsibilidad es del orden de lo imposible. La incertidumbre del día a día se conecta con la percepción de tu fragilidad: de tus pertenencias, de tus vínculos, de las certezas y de lo efímero de los valores culturales sobre los cuales fundaste todas tus seguridades ilusorias. ¡Estás solo, macho! Desde luego que fui a Europa para escapar de aquella claustrofobia afectiva y me sentí más libre ... pero también más frágil y solitario. Y el comfortable sillón de la acumulación de tus saberes ya no te sirve para nada. Lo único que te satura es lo incierto y lo inasible. Así, día a día, te levantás conviviendo con lo imposible de prever. Por más que Inglaterra era uno de los lugares más cosmopolitas del mundo, a veces me sentía como el terrorista de los medios: el otro, el ajeno, del cual hay que protegerse de cualquier manera. Ahora en Uruguay, todavía no me puedo enraizar, me siento como un turista del mundo y de la vida que, en su errancia, lo que busca es alguna pertenencia”.**

**Con Bruna, uruguaya-brasilera, de 34 años, oceanógrafa desocupada, nacida en el exilio de su padre en Bahía en 1978, hija de padre uruguayo y madre bahiana, aprendimos a devenir “cuidadores sintonizados”, como**

nos llamó en una de sus primeras sesiones. Bruna vivió en Montevideo desde 1985 a 2009. En 2009-2011 fue a Río de Janeiro a hacer un posgrado, retornando voluntariamente a Montevideo en 2012. Las sesiones fueron realizadas en portugués porque la paciente decía sentir *saudades* de su “lengua materna”. En el equipo evaluamos que poder dialogar con ella en su lengua materna fue una forma “maternante” de establecer un vínculo psicoterapéutico centrado en el cuidado empático, en el apego seguro y estructurante, que permitiese construir un lugar seguro: en la lengua, en el cuerpo, y en la dimensión energética interpersonal entre paciente y psicoterapeuta. El siguiente relato es la transcripción de una carta que Bruna nos regala en su última sesión, de la que extraemos “*lo que pude aprender con Uds. al pensar mi auto-biografía*”. Si bien las sesiones eran en portugués, al despedirse, en un *crossover* de lenguas, Bruna siempre se despedía con la última frase en español.

“Há exatamente un ano eu partia num avião com duas malas e a minha vida para Montevideo, novamente. Plantei-me noutro lugar. Flor tropical, sofri novamente com o frio, a umidade do verão. Dixei-me seducir novamente: fui avassalada com a beleza dos jacarandás e dos jazmines na primavera; re-descobri novamente os sons do tango, da murga e do candombe. Outros cheiros y outros sons. Eu me entreguei, sem reservas, ao novo: sentí a Montevideo novamente como a cidade da minha da adolescencia.

Ao avesso, Rio de Janeiro me deu muita coisa. Uma nova maneira de viver uma cidade, uma nova-velha língua pra me comunicar, um “amor profundo”: o desapego ... E me tirou muita coisa também... No Rio de Janeiro eu me encontrei comigo mesma: provei do meu mel e também das minhas feridas.

Mas quando voltei a Montevideo, logo de un ano quase paralizada e fechada aos outros, teve um insight: ¡jamais dancei tão pouco em toda a minha vida como en Montevideo!. Jamais me senti tão só e distante das pessoas em meu entorno.

O contrabaixista Ron Carter dizia que sua função num quinteto de jazz (ele tocava no quinteto de Miles Davis) era tocar sempre a nota que impedisse os outros músicos de tocar a nota que eles imaginavam que iam tocar, obrigando-os sempre a encontrar uma nota inesperada. Penso sempre nessa frase, obsessivamente, mesmo sem ser música, e acho que é porque no fundo a vida, tal como vivo en Montevideo, é o meu Ron Carter,

sempre fazendo soar a nota que me impede de tocar a nota que eu achava que ia tocar, e me obrigando a encontrar outra, à queima-roupa, numa fração de segundo.

Você volta e seus pais (mais importantes que nunca), mais eles já não são mais os mesmos. Sua cidade não é mais a mesma. Já não tem mais casa e suas coisas estão espalhadas aqui e acolá. Você volta e nada é mais o mesmo. E já perdeu lugares que ocupava, muitos. Enfim, você não volta. Não há um retorno real para um lugar de onde você saiu por tanto tempo: as coisas se movem e você também.

Esse passagem de Mvd-RJ-Mvd me faz decidir voltar para Salvador. Precisei voltar a minha Bahia natal após um longo período sem as suas luzes pra entender realmente a Montevideo, a cidade que me acolheu no meu retorno a Uruguay. A Bahia continua vivendo pra dizer, como é que se faz pra viver.

Mas, como viver a vida cá, neste segundo ano que se inicia da minha trajetória como “estrangeira” em Uruguay? Como me proteger e abraçar ao mesmo tempo? Fui pegar a tal da régua e o compasso do Salvador, que menciona Gil: esse eterno estrangeiro (acho que todo baiano é estrangeiro, mesmo dentro do Brasil).

Eu sou grata a Montevideo, com todas as dores e delícias que experimento por cá. Continuo tendo um carinho imenso pelo Uruguay e ainda sinto borboletas no estômago quando pego um táxi e escuto tango na radio Clarín, o quando descemos com minhas amigas para escutar o som dos tambores pela Isla de Flores. E aí percebo, surpreendentemente, o quanto continuo apaixonada por Montevideo, que também é minha terra.

Desafiei-me agora a fortalecer os caminhos da paixão pela cidade para preparar o meu retorno definitivo. Sabendo, agora sem ingenuidade, que não vai haver um retorno. As coisas todas se moveram. E pra falar a verdade, ¡ufa!, ainda bem. O novo me (co)mover muito mais. Salve o eterno Deus Mudança. Salvem todas as viagens. As chegadas e partidas. As idas sem vindas. As vindas sem chegada. Salvem, sobretudo, todas as chegadas.

Hoje falando aquí com vocês me sinto bahiana E carioca E montevideana. Sinto que sou de aquí e de lá. ¡Nunca más seré de un solo lugar!”.

**Juan Andrés, retornado de 63 años, desocupado, fue uno de los casos que**

atendimos que, luego de su retorno a Uruguay, decide partir nuevamente a España. Para él, al igual que el Ulises de La Odisea descrita por Homero: *“cuando intentás regresar al origen no hay regreso posible, nunca”*.

“Irme del país en el que nací generó en mí mucho desasosiego y tristeza. Pensé que tenía que hacer un duelo, inevitable. Luego de haber perdido todo por segunda vez en la crisis del 2002 (la primera vez migré a Buenos Aires, luego del quiebre de un negocio familiar en 1982 con la ruptura de “la tablita”), la sensación de tranquilidad que te invade al dejar atrás situaciones de tanta inseguridad económica y tanto conflicto social y familiar, me impulsó a migrar nuevamente. Otra vez: empezar de nuevo. Ahora con dos hijos en la pre-adolescencia y yo con 52 años. Luego de 10 años de vivir en España: ¡otra crisis! ¿Volver a empezar otra vez? ¿Arrancar de nuevo de cero a mi edad? Con mi esposa decidimos volver a Uruguay en el 2013, nos dejamos llevar por el canto de sirena del presidente. Y eso que todos nuestros amigos, incluso los del MPP, nos decían: “si no venís con trabajo y casa, no vuelvas, quedáte allá”. Pero mi mujer se puso dura y decidió volver. Mis hijos en principio no querían saber de nada. Ellos habían experimentado el crecer en otra lengua (el catalán), en las costumbres de Barcelona, sin familia cercana más que nosotros. Pero mi mujer me había acompañado en tantas y yo no le podía fallar en ésta: sus dos viejos se estaban muriendo. El retorno estaba lejos de ser un plan perfecto. Teníamos que tener un plan como familia, lo más consistente posible. Pusimos en la balanza los beneficios y las desventajas y decidimos volver. Los propios españoles estaban emigrando buscando mejorar las oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional o académico, habían perdido su calidad de vida; el acceso a bienes y servicios, a los alimentos, a la salud y a la vivienda estaban cada vez más jodidos. Las personas se habían endeudado muchísimo y los bancos en España son draconianos. En Europa percibís la naturaleza salvaje del capitalismo. Nuestros amigos del FA, que estaban muy decepcionados por el gobierno de acá nos decían: “mirá que las crisis de allá no son como las de acá. Acá en cualquier momento vuelve otra. El Pepe está haciendo cualquiera”. Mi época de militancia en el PCU y mi carácter obsesivo me ayudaron a tomar la decisión: las emigraciones tienen que ser planificadas. Para retornar de nuevo

a Uruguay tenemos que estructurar un proyecto, desarrollar estrategias de planificación, buscar alternativas a todos los problemas que vayan apareciendo. Estaba muy centrado en lo racional, no percibí la importancia de todos los micro-duelos que teníamos que afrontar, personalmente y como familia. Las pérdidas fueron muchas: dejamos atrás la cotidianidad con la parte de la familia que se queda (mi hijo más grande, mi nuera española y sus dos hijos no quisieron volver, mis nietos son la luz de mis ojos y de mi mujer), con las amistades españolas (que eran pocas pero muy consistentes), con la estabilidad que ofrece la productividad que habíamos desarrollado (vendíamos todo tipo de aceitunas en las ferias de Barcelona, y nos daba para vivir libres de apremios económicos, aunque sin tirar manteca al techo). Si bien sentía que había encontrado estabilidad en el proyecto que emprendimos familiarmente, la crisis de España me pegó en las entrañas; quizás la desmoralización de los españoles, quizás el comportamiento depredador de unos hacia otros, quizás los eventos traumáticos que experimentabas en el día a día. Estos factores influyeron en la consideración de retornar. Ahora veo que me dejé llevar por las redes sociales. El “nuevo uruguayo” del siglo XXI no tenía nada que ver con el “hombre nuevo” de los 60. Luego de que mis suegros fallecieron, y después de arreglar lo jurídico con las hermanas de mi mujer, decidimos vender todo y volver a Barcelona nuevamente.

Trabajando con Uds. me dí cuenta de algo importante: cuando intentás regresar al origen no hay regreso posible, nunca.

Por una parte, el regreso es una situación de múltiples malentendidos: el que se fue hace tiempo ya es otro, los que se quedaron ahora también son otros, Montevideo es otra, el Uruguay es otro, el FA en el gobierno es otro, etc.

Por otra parte, me siento curado: vivir en otro país te cura de los prejuicios de tener una sola sociedad.

Si bien lo que viví como exiliado no le interesa a nadie, quizás sea porque es intransferible. Algún día la historia se ocupará de ese asunto. Primero me fui obligado, ahora me voy porque quiero. Me siento como “el gran exiliado” de la literatura universal, Ulises cuando regresó a Ítaca, a su casa con Penélope; luego de sentir el desarraigo en su propia sociedad, no pudo contarle a nadie lo que había vivido. Es por eso que valoro tanto este espacio que me estás dando, es algo que me llevo de Montevideo a Barcelona:



**que haya profesionales como Uds. que puedan escuchar cómo fueron nuestras vidas, y ayudar a encontrarle sentido a nuestros pasos”.**

## **CAPÍTULO 3 Estado del arte del TEPT**

### **3.1 El concepto del Trauma, de trastorno de ansiedad y de TEPT**

Desde hace más de tres décadas, académica y científicamente, hay un nuevo reconocimiento del papel que juega el trauma en la vida de las personas y de los colectivos.

Los enfoques de diversas teorías y disciplinas, como así también de los distintos métodos de tratamiento, han reconocido el impacto del trauma en las diversas funciones, manifestándose en alteraciones afectivas, cognitivas, motrices, de la memoria, en las relaciones sociales, como así también en el desarrollo evolutivo.

El trauma psicológico forma parte de nuestra vida cotidiana.

Desde el momento mismo de nuestro nacimiento los seres humanos estamos sometidos a una serie de situaciones que, de una manera u otra, dejan huella en nosotros.

La variedad de situaciones traumáticas que debemos atravesar a lo largo de nuestras vidas es prácticamente inconmensurable. Desde aquellas puntuales o únicas, a aquellas repetidas o prolongadas a lo largo de años; desde las naturales a las provocadas por otros seres humanos; desde las accidentales a las intencionales; individuales, colectivas o masivas; sufridas en carne propia o por nuestros semejantes, el microtrauma cotidiano se acumula día a día.

Quizás esta misma omnipresencia haya hecho que la figura del trauma se convierta en fondo, y durante mucho tiempo se consideró al trauma, por parte de los profesionales, como algo que no requería una especial atención.

Esta tendencia se ha ido revirtiendo en los últimos veinte años. Movimientos sociales de apoyo a víctimas de la violencia fundamentalmente, han motorizado el conocimiento de la naturaleza de la respuesta traumática y avanzado considerablemente en los tratamientos aplicados.

Charles Figley (una de las autoridades mundiales en el tratamiento del trauma) fue uno de los pioneros en este sentido.

En los denominados países centrales (principalmente en EEUU, Gran Bretaña, Holanda, Australia, etc.) se han invertido enormes cantidades de energía y dinero en la investigación del trauma y sus efectos.

Esta no ha sido la realidad en países de habla hispana. La explicación que podríamos darle a este hecho es que, en los países latinoamericanos, durante las peores décadas de las dictaduras cívico-militares en los años

70, la atención estuvo centrada más en la supervivencia que en el estudio de las situaciones vividas (Gonçalvez, 2008).

Por otra parte desde el punto de vista científico, el trauma psicológico estuvo sesgado durante mucho tiempo al concepto freudiano de trauma y recién en 1980, en ámbitos académicos, se llegó a considerar al actual concepto de trauma, a partir de la inclusión en el DSM III del diagnóstico de TEPT. Es decir que el concepto moderno de trauma es reciente, comienza en el año 1980 en que se estableció el diagnóstico del TEPT en el sistema del *DSM (Diagnostic and Statistical Manual de la American Psychiatric Association)* que establece el diagnóstico de estrés postraumático como las reacciones psicológicas que tiene un individuo expuesto a situaciones que están fuera del rango de lo normal, de lo cotidiano, aunque esta definición ya ha variado con el DSM IV y posteriormente en el DSM V.

De esta manera podemos afirmar que el concepto de trauma, su diagnóstico, los mecanismos de acción y tratamiento está en plena evolución. La aplicación de estudios complementarios de alta tecnología, tales como las tomografías por emisión de positrones permitieron ir conociendo con mayor precisión los mecanismos fisiológicos implicados. El estudio del trauma complejo aun promete ser uno de los campos de desarrollo más importantes en los próximos años. El avance de los tratamientos tradicionales y el desarrollo de nuevos abordajes es permanente.

En el año 80 se formuló el diagnóstico de TEPT para su inclusión en el DSM III al capturar nosológica y fenomenológicamente la psicopatología asociada con la traumatización en adultos. Numerosos estudios han demostrado que la construcción diagnóstica de TEPT es clínicamente relevante para los individuos que han sufrido incidentes traumáticos únicos, tales como violación, ataques físicos, tortura y accidentes automovilísticos, por ejemplo. Pero también es relevante para aquellas personas que han sido damnificadas por pérdidas irreparables, quebrantos económicos o migraciones, como son los casos de nuestra muestra de investigación.

Es importante visualizar que en las investigaciones referidas al TEPT muchos candidatos a formar parte de la muestra son desechados porque no se adaptan a los parámetros del estudio. En la medida que usualmente la mayoría de las investigaciones clínicas sobre TEPT son conducidas para mostrar que un método en particular es útil, y que funciona en la población que se ha designado como muestra, muchas personas que no

se beneficiarán del método son eliminadas del estudio. En la gran mayoría las publicaciones de estudios en métodos del trauma, los sujetos no son seleccionados al azar, sino que son cuidadosamente elegidos. En general, los sujetos aceptados serán relativamente estables y tendrán un solo trauma que los incomoda. Las personas con múltiples traumas, especialmente con asuntos complejos o con desórdenes de personalidad complicados, son raramente aceptados en los estudios (Rothschild, 2011). Esto no sería un problema si el investigador quiere aplicar los resultados de las investigaciones en su clínica con pacientes estables que tienen un sólo trauma o un trauma simple. Sin embargo, una gran proporción de pacientes dentro de los retornados (incluso la mayoría de ellos), que están buscando psicoterapia tienen múltiples traumas sin resolver y no llegaron a nosotros con un yo particularmente integrado o estable.

En las Jornadas con Retornados que realizamos en el año 2011 en la Facultad de Psicología de la UdelaR con el equipo de investigación, se llegó a la conclusión, a partir de la aplicación y del análisis de la Escala de Impacto de Eventos Revisada a 21 retornados recientes de EEUU en calidad de deportados, que la deportación es uno de los sucesos y acontecimientos vitales que podría predisponer a quienes la sufren, al desarrollo de sintomatología de TEPT.

De los 21 retornados que participaron de las Jornadas 17 presentaban sintomatología de TEPT (8 TEPT severo, 5 TEPT moderado y 4 TEPT leve, según la Escala de Impacto de Eventos Revisada).

Si entendemos la situación traumática del retorno como un evento complejo y paradójico, en el caso de los deportados, se produce una situación de shock, disruptiva (Benyakar, 2006) que aumenta la intensidad del evento traumático del retorno. El componente de shock disruptivo que vive una persona deportada (que obviamente, es previamente detenida) fragmenta inesperadamente la cotidianeidad de la persona. En la mayoría de los deportados que atendimos, tanto en el GE como en el GC, el choque de la deportación era de tal grado de intensidad que producía una gran incapacidad de respuesta al evento traumático. Los pacientes deportados fueron en quienes vimos más efectos patogénicos duraderos. El mayor número de pacientes hiper-responsivos al protocolo de EMDR+ET aplicado en el GE, lo vimos en la población retornada bajo vía de deportación. El procesamiento del material traumático estuvo marcado por un flujo excesivo de excitaciones, tanto por la cantidad de energía que inundaba el organismo durante el procesamiento, como por las emociones y sensaciones emergentes.

La noción de disrupción fue creada por Moty Benyakar luego de casi cuatro décadas de contacto directo con dolorosas experiencias del sufrimiento humano. El concepto de trauma como un evento disruptivo da cuenta del quiebre, de la fragmentación, de la sorpresa y de la brutalidad con que determinados eventos impactan en el psiquismo. Al mismo tiempo, es un concepto relacional de un encuentro entre las características singulares del entorno (“entornos disruptivos”) y de los puntos de fragilidad y vulnerabilidad de los sujetos, que pueden dar lugar a “desórdenes por disrupción”, y a “patologías de lo disruptivo” (Benyakar, 2006).

Benyakar (2006) quizás en un esfuerzo quijotesco, pretende reemplazar la palabra “traumático” por “disruptivo”, cada vez que hablamos de hechos y situaciones que ocurren con altos niveles de violencia desde el mundo externo.

Lo disruptivo entendido como “todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración” (Benyakar, 2006, p. 42), designa, a su vez, “el impacto desestabilizante de una situación que abrupta e imprevistamente desborda toda previsión y defensa” (Benyakar y Lezica, 2005, p. 32).

El concepto de lo disruptivo permite discriminar el hecho fáctico externo del hecho psíquico interno, cosa que la mentada fórmula “situación traumática” no hace, sino además confunde. Para ello define lo disruptivo articulando dinámicamente tres conceptos “evento fáctico”, “vivencia” y “experiencia”.

Un evento se consolida como disruptivo cuando desorganiza, desestructura y produce discontinuidad. Hay cualidades que potencian la capacidad disruptiva de un evento. A saber: ser inesperado; interrumpir un proceso normal y habitual de nuestra vida cotidiana; minar el sentimiento de confianza en los otros; contener rasgos novedosos no codificables ni interpretables según los parámetros que ofrece la cultura en la que se vive; amenazar la integridad física o la libertad; distorsionar o destruir el hábitat cotidiano. Estas condiciones se ven claramente en todo paciente que fue deportado.

Benyakar (2006) también propone sustituir la categoría de sobreviviente o víctima de trauma por la de damnificado o afectado. Esta nominación no es sólo un mero ajuste terminológico, sino que supone una posición ética. La calidad disruptiva y amenazante de los entornos en los que vivimos tiene un efecto tal sobre los individuos y las sociedades, que no podemos seguir adelante con nuestra tarea clínica, sin antes ver de qué manera integramos

esa realidad a nuestra práctica con los pacientes, afirma Benyakar.

En el caso de los retornados voluntarios o de los repatrios, si bien el componente de lo disruptivo es mucho menor que en los deportados, encontramos situaciones traumáticas que se repiten: tanto el paciente como su grupo familiar han estado expuestos a situaciones deletéreas de su territorio existencial, y estas situaciones provocan un profundo sentimiento de impotencia y ansiedad, generado por el hecho de que el acontecimiento traumático (el retorno) *“es previsible pero inevitable”* (como nos decía un paciente repatriado que estuvo un año en situación de calle en España). Tanto en los pacientes que retornaron voluntariamente como los que fueron repatriados, el entorno psicosocial juega también un papel importante en el traumatismo de repetición. Cuando fallan las estructuras sociales, comunitarias o familiares, cuando faltan las posibilidades de asistencia en las instituciones del Estado -llegando a lo que Martín-Baró (1984) llama “mentira institucional”- las reacciones psíquicas corren el riesgo de transformarse y hacerse crónicas. Es decir, cuando el suceso traumatogénico del retorno se produce en un contexto social deficitario (sin ayuda mutua, sin solidaridad institucional o de grupo), puede instalarse en el retornado un sentimiento de ansiedad e impotencia difícil de soportar, generalmente acompañado de otros sentimientos penosos: bronca, angustia existencial, confusión, vergüenza, culpabilidad, etc.; llevando al retornado a una situación de aislamiento y de desesperación, que intensifican la vivencia traumatogénica del retorno.

En el caso de los uruguayos repatriados encontramos un fuerte sentimiento de desarraigo (Miller, 2016), entendido esencialmente como la pérdida de toda referencia simbólica. Siguiendo a Lacan, Miller plantea al desarraigo como una de las caras traumáticas de la desubjetivación contemporánea, como uno de los modos de destitución de la subjetividad en una fisonomía singularmente deletérea. La pérdida de toda captura simbólica en aquellos que pierden sus raíces y quedan suspendidos sin poder agarrarse, tomarse, asirse de algo que funcione como un ancla y de alguna manera los asegure, aparece en los discursos de los uruguayos repatriados como una violenta ruptura del lazo social. Una ausencia total de ideales vinculantes representado en la pérdida de resguardos, de referencias que los sostengan y que posteriormente se traducen en elecciones vitales forzadas en donde los efectos del desarraigo comprometen lo más íntimo y cotidiano de sus vidas. El desarraigo simbólico de los repatriados, que muchas veces llega a un rechazo de la

intersubjetividad debido a la ausencia de garantías intersubjetivas, toma formas complejas, variadas y también paradójicas: el cuerpo deshabitado, el retraimiento, el abandono de sí mismo, la falta de confianza en otro y la falta de impulso y de proyecto vital que se manifiesta en un desarraigo absoluto, cercano a la forclusión del sentimiento de existir, lo que le impide darle sentido a la experiencia del retorno.

En el extremo opuesto de un hombre idealmente libre, en la experiencia del repatrio encontramos sujetos, que como emergentes de nuestro tiempo, aparecen en nuestra clínica abandonados, desterrados, puestos al margen. Más que nomadismo, de lo que querría creer Deleuze, encontramos en los repatriados una sensación fuerte de horfandad. Y entre el nomadismo forzado y la orfandad lo que queda a la vista es la vulnerabilidad del repatriado, en quienes encontramos una pobre vida emocional. La pobreza de quien la migración ha puesto a prueba su estabilidad psíquica y emocional.

En los 2 casos de repatriados que atendimos en este estudio, se conjugó una situación de enfermedad crónica junto a una extrema vulnerabilidad económica, que llevó a los repatriados a vivir en situación de calle durante meses. La demanda que recibimos de ambos repatriados no fue sólo un restablecimiento de la salud psíquica (síntomas de TEPT en comorbilidad con síndrome de pánico y agorafobia), sino también el poder restituirse a un antiguo equilibrio perdido y, hasta el momento, imposible de recuperar. La experiencia previa y posterior al repatrio fue vivida con un alto contenido traumático, marcado por fuentes vivencias de desamparo, unidas a situaciones extremas de desintegración y disolución yoica con pérdida de límites. Ambos pacientes, uno del GC y otro del GE, necesitaron durante su migración de Otro que asumiese funciones de “maternaje”, soporte y continencia que le permitiesen sobrevivir y reorganizarse en su experiencia migratoria. Pero, la imposibilidad de construir vínculos afectivos con una persona confiable que pudiese neutralizar las ansiedades y temores frente a lo nuevo y a lo desconocido, desencadenó una situación traumática y de crisis que se resolvió parcialmente con la ayuda del Estado uruguayo.

Si bien muchos autores pueden considerar al trauma como un fenómeno agudo, que ocurre en un espacio de tiempo acotado, produce un colapso psíquico y/o físico, y un desborde energético y/o emocional por la intensidad de los estímulos que lo desencadenan, para referirnos al proceso traumatogénico de la migración (ya sea en su experiencia de retorno voluntario, como en el de deportación o en el de repatrio) optamos,

en este estudio, por utilizar el concepto de trauma y de estrés postraumático no referido a un hecho aislado y único, sino a situaciones que se extienden durante períodos de tiempos más o menos largos; sin descartar que la migración tiene una fase traumática aguda, que se prolonga, sin embargo, en el tiempo.

Siguiendo la línea planteada por Grinberg y Grinberg (1984) optamos por pensar epistemológicamente que las situaciones traumáticas no se pueden aislar sino que ocurren en un conjunto (por ejemplo: la muerte de un padre implica además la depresión de la madre, el cambio en la estructura familiar y las condiciones de vida, lo que ese padre hubiera podido dar en un futuro, etc.). En este sentido, la migración no puede ser pensada como una experiencia traumática aislada, que se manifiesta exclusivamente en el momento de la partida-separación del lugar de origen, o en el de llegada al sitio nuevo-desconocido, sino que incluye e implica una constelación de factores ansiógenos (determinantes de ansiedad) y de dolor (determinantes de angustia) que podrán manifestarse o no clínicamente. Para Grinberg y Grinberg (1984) la migración, en cuanto experiencia traumática “podría entrar en la categoría de los así llamados traumatismos *acumulativos* y de *tensión*, con reacciones no siempre ruidosas y aparentes, pero de efectos profundos y duraderos” (p. 24).

Pensadas como situaciones de crisis, las migraciones pueden ser vividas como períodos de transición que representan para el migrante una ocasión de crecimiento, así como un peligro de aumento de su vulnerabilidad psíquica. Desde la perspectiva de las paradojas de la migración con el que analizamos este estudio, le damos mucha importancia al espacio-entre que se crea en el proceso migratorio: entre el yo y el no-yo, entre el adentro y el afuera (que pueden verse tensionados entre el grupo de pertenencia y el grupo de recepción, etc.), entre el pasado y el porvenir, etc.

La migración es una de las eventuales contingencias de la vida que exponen, a quien la experimenta, a pasar por estados de desorganización, que exigen de una reorganización posterior que no siempre se logra. El inmigrante necesita de espacios potenciales y de redes de contención que le provean de coordenadas espacios-temporales de transición: necesita un lugar y un tiempo de transición.

Es importante además tomar en cuenta que muchas veces tendemos a pensar al retorno como definitivo (“el retornado vuelve para quedarse”).



Sin embargo, el retorno, puede verse como uno de los tantos movimientos migratorios (transicionales y transitorios) ya que, como vimos en el capítulo 2.1.3, la “vida nómada” que caracteriza a las sociedades contemporáneas (Deleuze y Guattari, 2004; Auge, 1995) supone una intensa movilidad, con destinos temporarios y no definitivos. En este sentido, la vuelta al Uruguay, luego de 2 años o más de residencia en el extranjero, puede ser sólo uno de los tantos movimientos residenciales extra-fronteras a lo largo de la vida del sujeto de esta investigación. Incluso un porcentaje considerable de uruguayos son simultáneamente ciudadanos de otro país y son pasibles de ser “retornados” de varios países en sus trayectos migratorios (Filardo, et.al.; 2011). Por lo tanto, en esta investigación tomaremos a los retornados como un “cuerpo en tránsito”, como un “cuerpo de pasaje”.

En resumen: en este estudio plantearemos a la migración como una experiencia potencialmente traumática, caracterizada por una serie de acontecimientos traumáticos parciales y múltiples, que implica numerosos cambios de la realidad externa con la consiguiente repercusión en la realidad interna, y que configura, a la vez, una situación de crisis (que puede haber sido el disparador de la decisión de emigrar o bien la consecuencia de la migración).

### 3.2 Sintomatología del TEPT

Para un diagnóstico positivo de TEPT se tienen que dar tres tipos de síntomas: re experimentación, evitación e hiper-activación. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. El clínico puede ir chequeando los síntomas, siguiendo los criterios diagnósticos especificados en el DSM IV o en el DSM V. Hay algunas escalas en las que el paciente responde y el puntaje obtenido puede darnos una idea de si esa persona está sufriendo un TEPT. De todas maneras el último diagnóstico siempre es clínico.

a. Síntomas de re experimentación: estos pueden producirse de variadas maneras:

- por la irrupción recurrente de pensamientos, sentimientos o imágenes relacionados con el hecho traumático,
- sueños y pesadillas recurrentes que producen malestar,
- la sensación de estar viviendo nuevamente el hecho traumático, que puede darse bajo la forma de *flashbacks* intrusivos, episodios disociativos, ilusiones o alucinaciones,

-reacciones fisiológicas o psicológicas intensas de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan o simbolizan el hecho traumático.

Es de destacar que cada nueva re experimentación del hecho traumático provoca en el individuo una réplica de la reacción del estrés original frente al trauma, provocando así una re-traumatización. De esta manera, el trauma se auto-perpetúa. El individuo queda fijado en el tiempo y es continuamente re-expuesto al hecho traumático.

**b. Síntomas de evitación:** bajo esta categorización se han agrupado dos tipos de síntomas:

-los de evitación en sentido estricto, que incluyen el esfuerzo por evitar pensamientos, sensaciones, personas, lugares, actividades, hechos que recuerden el hecho traumático

-los de carácter disociativo o de embotamiento psíquico, tales como:

-incapacidad para recordar aspectos significativos del hecho traumático,

-reducción del interés o de la participación en actividades que le resultaban significativas,

-sensación de desapego, enajenación o extrañamiento,

-reducción significativa de la vida afectiva, con incapacidad de experimentar sentimientos positivos,

-sensación de futuro desolador y desesperanza.

El individuo desarrolla esta serie de síntomas en un aparente intento de resguardarse de las emociones intolerables, o bien evitando directamente los recordatorios del trauma, o bien anestesiándose emocionalmente, ya sea por medio de mecanismos disociativos o síntomas de amnesia, ya sea por medio del consumo de sustancias, trastornos alimenticios, adicción al trabajo, etc.

**c. Síntomas de hiper activación, también denominados de *Hyperarousal*:**

-trastornos del sueño,

-trastornos en la concentración,

-irritación,

-hiper-vigilancia,

-respuesta de sobresalto exagerada.

El paciente está siempre en guardia en otro intento de permanecer a salvo de la re-exposición al hecho traumático.

La mayoría de los autores estudiados, siguiendo las coordenadas del DSM IV, concluyen que el trauma ocurre cuando una situación estresante extrema crea una respuesta en el organismo de miedo intenso, desesperación y horror, imposibilitando a la persona salir de la situación sin los síntomas intrusivos, evitativos y/o de hiper-activación.

Si bien en nuestro estudio utilizamos como referencia al DSM IV, decidimos pensar la categoría del trauma y del TEPT no referida exclusivamente a una configuración sintomática. Ya que esta creciente taxonomía entre síntomas y síndromes tiende a biologizar todos los trastornos mentales (pensados como enfermedades), al mismo tiempo que soslaya por completo las dimensiones sociales y psicológicas subyacentes. Uno de los peligros de esta visión, a nuestro entender reduccionista, es la excesiva medicalización del problema a tratar (en nuestro caso las migraciones como problema psicosocial y el retorno, en particular, como efecto de estas). En este sentido, y siguiendo la línea de abordaje de la PCB, nuestro objetivo fue enfatizar los efectos de estos procesos sobre el cuerpo afectado del migrante, sobre la estructura psíquica del retornado y de su entorno. Es decir, generar las condiciones para analizar las marcas de los procesos migratorios en la subjetividad del retornado, haciendo hincapié, en este sentido, en la inscripción en la cultura y en la historia de nuestro país y del mundo.

En el trabajo con los 71 pacientes del GE y del GC, por más que estuviésemos aplicando un protocolo con una fuerte impronta psico-corporal y energética, se hizo especial énfasis en el equipo de trabajo de la investigación, en rescatar la palabra y la memoria del retornado, desde un lugar profesional de testigo empático e implicado. Lugar que permitiese darle sentido al retorno y construir un discurso reparador de su historia, apto para configurar un presente y proyectar un porvenir (Viñar, 2011).

A modo de ejemplo: la categoría de trauma y de TEPT estuvo referida, en la mayoría de los pacientes retornados, al concepto de doble herida - psíquica y social- tal como lo desarrolla Chain F. Shatan. Shatan (2001) entiende la doble herida como el choque que se produce entre la percepción de la realidad que tiene la persona traumatizada en el momento del trauma, y la realidad con la que se encuentra y con la que tiene que convivir cuando vuelve a su entorno social habitual, en donde la propia víctima/damnificada es atacada mediante actitudes de incompreensión, censura o reprobación. Esta sensación de doble-herida la vimos en la mayoría de los retornados que atendimos en la muestra de la investigación.

### **3.3 Dimensiones energéticas del tratamiento del trauma**

En PCB trabajamos siguiendo la lectura corporal desarrollada por W. Reich (1958) y posteriormente por los autores neo-reichianos (Lowen, 1977, 1995; Keleman, 1997) y pos-reichianos (Navarro, 1993).

En la lectura corporal reichiana se trabaja metodológicamente siguiendo una dirección céfalo-caudal a partir del concepto de disposición segmentada de la coraza muscular (Reich, 1958). Para W. Reich el inconciente está en los músculos. El impacto que produciría una situación traumática en el cuerpo generaría un sistema defensivo, un proceso de acorazamiento neuro-muscular. La función de la coraza sería esencialmente defensiva. Reich entiende a la coraza como una defensa al mismo tiempo contra y entre el mundo exterior y las pulsiones internas. Desde el punto de vista somático la coraza es una armadura biológico-energética. Es una defensa contra los peligros del mundo externo y del mundo interno. Se construye biológicamente para equilibrar un sistema energético desequilibrado. Ya que cuando falla la auto-regulación bioenergética la tendencia del organismo es la de fabricar medios para equilibrar la falta o eliminar el exceso de energía, formando corazas que van a inhibir la pulsación plena y la vibración del cuerpo.

El proceso de acorazamiento que produce cualquier situación traumática impactaría en la dimensión energética en cada uno de los segmentos de la coraza que describe W. Reich (1958).

La forma de la coraza está descrita pedagógicamente por Reich en forma de anillos de retención perpendiculares al eje longitudinal del cuerpo. Los anillos de la coraza van a ser bandas de tensión que envuelven al cuerpo en sentido horizontal, limitando el movimiento, la expresión emocional y la pulsación energética. Estos anillos o segmentos que comprenden a todos los músculos, a todos los órganos, a todos los tejidos capaces de hacer participar los movimientos expresivos emocionales (expresión de tristeza, de placer, de miedo, de bronca, etc.), están funcionalmente relacionados entre sí. Reich los piensa unidos los unos con los otros como un sistema unitario (v.g.: el desbloqueo de un segmento conlleva la movilización de los segmentos colindantes). Para Reich el proceso de acorazamiento se da siguiendo una lógica céfalo caudal, de la cabeza hacia los pies.

Reich describe siete segmentos:

1. ocular,
2. oral,
3. cervical,

4. torácico,
5. diafragmático,
6. abdominal y
7. pélvico.

Cada segmento va a estar correlacionado a un tiempo histórico, y a una situación psicodinámica básica.

Tanto Reich como todos los autores neo y post reichianos (Lowen, Boyesen, Navarro, Keleman, Boadella, etc.) desarrollaron la PCB centrada en los estudios de los traumas de desarrollo. Los traumas de desarrollo se inscriben como resultado de las distorsiones en el apego, en la nutrición afectiva, en los vínculos inadecuados durante la primera infancia y dan origen a la coraza caracterial (Reich, 1958). La posición psicoanalítica clásica explicaba la patología humana como producto del conflicto entre distintas partes de la personalidad como así también con el medio ambiente. El modelo basado en el conflicto presuponía un mismo nivel de desarrollo del yo para lidiar con esos problemas. Se sabe ahora desde la psicología del yo que los traumas detienen el desarrollo en diferentes puntos de la evolución del individuo. Esas detenciones son llamadas déficit en el funcionamiento del yo, y devienen de una perspectiva que incluye el modelo del déficit. Tanto el modelo del conflicto como el modelo del déficit conciben eventos traumáticos cuya resolución requiere distintos abordajes, en el primer caso el trabajo sobre las resistencias y en el segundo la reparación. Estas dificultades en el desarrollo que han generado conflicto o déficit hacen que el individuo logre algún modo de adaptación creando su estilo defensivo, su propio carácter. A estas situaciones difíciles por las que han atravesado los pacientes las denominamos traumas del desarrollo, y están caracterizados por un moderado nivel de activación del sistema nervioso, sin haber perdido su capacidad de readaptarse luego de pasar por situaciones estresantes. En tanto que los pacientes que han pasado por experiencias traumáticas y no han podido resolverlas, presentan un alto grado de activación del sistema nervioso, en especial del sistema nervioso simpático. Como así también de los reflejos de huida, ataque y de inmovilidad tónica o energética (anorgonia). Los mecanismos defensivos que ponen en marcha los traumas del desarrollo están más relacionados con el Sistema Nervioso Central, con alta mediación del yo. En tanto que el shock traumático moviliza defensas puestas en marcha por el Sistema Nervioso Autónomo, con una falta de mediación yoica. Los reflejos del shock y los sistemas fisiológicos asociados que han sido activados no regresan a su estado anterior de

homeostasis.

Si bien los traumas de desarrollo están presentes en cada uno de los retornados que atendidos, la experiencia del retorno, como lo vimos anteriormente, estuvo signado más que nada por los efectos deletéreos del trauma por shock. Los traumas por shock no son necesariamente situaciones o eventos que producen un efecto de extensión gradual en el tiempo como los traumas de desarrollo, sino que son el resultado de eventos aislados o de una serie de eventos en donde no hay necesariamente un histórico consistente de traumas anteriores.

Podemos enumerar las siguientes situaciones que pueden ser trabajadas como traumas por shock:

- accidentes;
- desastres naturales (terremotos, inundaciones, incendios, aludes, tornados, huracanes, erupciones volcánicas, etc.);
- ataques físicos o ataques sexuales (riñas, asaltos, ser secuestrados o tomados como rehenes, violaciones, abuso sexual, manoseos, etc.);
- ataques a la propiedad (robos, hurtos, copamientos, etc.);
- acciones violentas (muertes, heridas, suicidios, injurias, rumores, etc.);

En la experiencia del retorno los traumas de desarrollo y los traumas por shock están frecuentemente interligados (como lo vamos a ver explicitado en el capítulo 8: Ejemplo de una sesión). Una tendencia de base que vimos en el análisis de las anamnesis de los retornados es que la predisposición a que el hecho traumatogénico del retorno devenga traumático puede estar en el histórico de traumas de desarrollo (v.g.: las situaciones de inseguridad, violencia y/o desamparo vividas en la primera infancia), que constituyen el territorio de base en donde desde luego se despliega el TEPT. En las personas con TEPT ya sea consecuencia de un trauma por shock o por una conexión entre traumas de desarrollo y traumas por shock la capacidad de la persona para lidiar o integrar la experiencia no es suficiente. En la mayoría de los casos tratados, a la hora de trabajar con el episodio del retorno (tanto en la modalidad de retorno voluntario, como en la de repatrio o deportación) las situaciones traumáticas trabajadas traían aparejadas la carga de una situación de pérdida (con sus consiguientes estados de confrontación y elaboración, v.g.: negación, rabia, negociación, depresión, aceptación, etc.). Las pérdidas físicas, por muerte, de uno o varios vínculos, la amenaza de pérdida (desde un vínculo hasta la pérdida de status), fueron algunos de las escenas de traumas por shock que trabajamos con los retornados, y que frecuentemente trajeron su ligazón con los traumas por desarrollo.

¿Quiénes ante un evento traumático quedan traumatizados y perviven con los síntomas del shock?

Peter Levine (1999), desde el desarrollo de una nueva corriente (*Somatic Experience: SE*) describe el proceso traumático desde una perspectiva somática y energética.

Para Levine (1999, 2012) los síntomas traumáticos no están causados por el mismo suceso que los “desencadena”. Son consecuencia del residuo de energía congelado que permanece atrapado en el sistema nervioso y que no ha sido resuelto ni descargado. Los síntomas del TEPT se desarrollan cuando no se es capaz de completar el proceso de entrar, atravesar y salir del estado de inmovilización o congelación o descargar la energía residual generada en situaciones amenazantes o destructivas. Levine, por lo tanto, no considera al TEPT como una patología que deba ser tratada, sino como un malestar, que es resultado de un proceso natural de descarga que ha sido sesgado frente a heridas que debieron ser curadas naturalmente a través de la auto-regulación.

Desde una perspectiva de la PCB y de la SE las claves para hacer *facing* con el trauma van a estar en la “capacidad para responder”, en los “recursos internos”, en la “capacidad de pulsación” de la persona, y en cómo estas capacidades están presentes en momentos en que se desarrolla la situación traumatizante. La capacidad de auto-regulación (*self-regulation*) fue la palabra que usó Reich (1986) para describir la habilidad para enfrentar el estrés y luego recobrar la homeostasis. Y ya sea en clave reichiana o desde la perspectiva levineana resulta siempre más fácil prevenir el trauma que curarlo.

Como veíamos anteriormente uno de los puntos importantes a comprender acerca de la naturaleza del trauma, es que no es el evento lo que lo produce sino la reacción no resuelta al mismo. Lo que determina que una persona sea traumatizada no es el haber sido abusada, o tener un accidente, sino la capacidad o no de responder al evento, la capacidad o no de usar su potencial para recobrase.

Según Levine (1999) la clave para evitar ser traumatizado es usar toda la energía que se activó frente al peligro, ya sea durante o después de ocurrida la amenaza. Si la energía no fue metabolizada, descargada o usada, permanece en el organismo, quedando el cuerpo sobreexcitado, lo que posteriormente producirá los síntomas del estrés postraumático.

Dice Levine (1999):

Quando el sistema nervioso nos prepara para enfrentarnos al

peligro, se produce una desviación hacia un estado altamente energizado. Si somos capaces de descargar esta energía mientras nos defendemos activa y efectivamente de la amenaza (o poco después del incidente amenazador), el sistema nervioso volverá a recuperar su nivel normal de funcionamiento... Si la amenaza no ha sido manejada con éxito, la energía permanecerá en el cuerpo. Habremos dado lugar a un dilema que se perpetúa a sí mismo (p. 151).

Para esta corriente (SE) a nivel psicológico, el cuerpo y la mente trabajan conjuntamente como un sistema integrado. Sabemos que estamos en peligro cuando percibimos una amenaza externa y nuestro sistema nervioso se excita en grado sumo. Por ejemplo: una persona amenazadora que se acerca a ti indica peligro, pero también lo hace el hecho de que tu cuerpo responda con un aumento de los latidos del corazón, una tensión de la musculatura del estómago, una conciencia intensificada y constrictiva del entorno inmediato y un tono muscular (en general) alterado. Cuando la energía de este estado activado en grado sumo no se descarga, el organismo concluye que todavía está en peligro. El efecto que esta percepción produce en el organismo es una continua estimulación del sistema nervioso para que mantenga y aumente ese nivel de alerta y de excitación. Cuando esto ocurre, se originan los síntomas debilitantes del trauma. El sistema nervioso activa todos los mecanismos fisiológicos y bioquímicos para enfrentarse a la amenaza; sin embargo, sin la oportunidad o los medios para responder efectivamente, no es capaz de sostener este intenso nivel de excitación. El sistema nervioso, por sí solo, es incapaz de descargar la energía. Esto crea un ciclo de activación que se perpetúa a sí mismo y que, si continúa indefinidamente, sobrecargará el sistema. El organismo para poder recuperar el equilibrio debe encontrar una salida al ciclo creado por la percepción del peligro y la excitación que lo acompaña. Si fracasa y no lo consigue, a medida que el organismo compensa este estado de excitación, provocará la patología y la debilitación mediante las manifestaciones que ahora reconocemos como los síntomas del trauma. El sistema nervioso compensa este estado de excitación que se perpetúa a sí mismo poniendo en funcionamiento una cadena de adaptaciones que, a la larga, constreñirán y organizarán la energía en forma de "síntomas". Estas adaptaciones funcionan como si fueran una válvula de seguridad del sistema nervioso. Los primeros síntomas del trauma pueden aparecer poco tiempo después del incidente que los ha engendrado. Otros se desarrollarán con el tiempo. Los síntomas



del trauma son un fenómeno energético que sirve al organismo proporcionando una forma organizada de manejo y constricción de la enorme energía contenida, tanto en la respuesta original frente a la amenaza como en la respuesta que se perpetúa a sí misma (Levine, 1999).

Según Levine (2012), empero la singularidad de la experiencia de cada individuo y a pesar de la vasta diversidad de posibilidades que tiene a su disposición, el sistema nervioso parece favorecer unos síntomas por encima de otros. El propósito de la siguiente lista desarrollada por Peter Levine y por Ann Frederick (1999) no es el diagnóstico, pero puede funcionar como guía para entender cómo se despliegan los síntomas del trauma.

En el núcleo de la reacción traumática (aquellos síntomas que además son susceptibles de aparecer antes que otros) tenemos:

- hiperexcitación;
- constricción;
- disociación (incluida la negación);
- sentimientos de impotencia.

Otros síntomas que aparecen en el mismo momento del incidente o poco después, además de los ya mencionados son:

- hipervigilancia (estado de “alerta” permanente);
- intrusión de imágenes retrospectivas;
- sensibilidad extrema a la luz y al sonido;
- respuestas emocionales y de sobresalto exageradas;
- pesadillas y terror nocturno;
- cambios de temperamento bruscos, por ejemplo, reacciones de furia o rabietas, vergüenza;
- capacidad reducida para manejar el estrés (se sufre estrés con facilidad y mucha frecuencia);
- dificultad para dormir.

Algunos de estos síntomas pueden aparecer en la siguiente fase del desarrollo o incluso en la última. Los síntomas que suelen ocurrir en la siguiente fase de desarrollo incluyen:

- ataques de pánico, fobia y ansiedad;
- mente “en blanco” o “espaciosidad”;
- respuestas de sobresalto exageradas;
- sensibilidad extrema a la luz y el sonido;
- hiperactividad;
- respuestas emocionales exageradas;
- pesadillas y terror nocturnos;

- comportamientos de evitación (evita ciertas circunstancias);
- atracción hacia las situaciones peligrosas;
- llanto frecuente;
- cambios de temperamento bruscos;
- actividad sexual exagerada o disminuida;
- amnesia y mala memoria;
- incapacidad de amar, de fomentar o establecer vínculos con otras personas;
- miedo a la muerte, a enloquecer o a tener una vida corta;
- capacidad reducida para manejar el estrés (se sufre estrés fácilmente y con mucha frecuencia);
- dificultad para dormir.

El último grupo de síntomas lo forman aquellos que, por lo general, tardan más tiempo en desarrollarse. Aunque no existe una regla fija que determine qué síntoma escogerá el organismo ni cuando lo hará, los síntomas que generalmente se desarrollan en último lugar incluyen:

- timidez excesiva;
- respuestas emocionales disminuidas o mudas;
- incapacidad de comprometerse;
- fatiga crónica o escaso nivel de energía;
- problemas en el sistema inmunitario y algunos trastornos endocrinos, como la disfunción tiroidea;
- enfermedades psicosomáticas, en particular dolores de cabeza, problemas en el cuello y la espalda, asma, problemas del aparato digestivo, espasmos de colon y síndrome pre-menstrual agudo;
- depresión, sensación de fatalidad inminente;
- sentimiento de separación, desavenencia y soledad: “muerto en vida”;
- pérdida de interés por la vida;
- comportamiento y sentimiento de impotencia;
- miedo a morir, enloquecer o tener una vida corta;
- llanto frecuente;
- cambios de temperamento brusco;
- actividad sexual exagerada o disminuida;
- amnesia y mala memoria;
- incapacidad de amar, de fomentar o establecer vínculos con otras personas;
- dificultad para dormir;
- capacidad reducida para manejar el estrés y para formular planes.

Como se señaló anteriormente, las personas manifestarán los síntomas traumáticos de un modo diferente según la naturaleza y la gravedad del

trauma, la situación en que sucedió, y los recursos personales y de desarrollo que el individuo tenía a su disposición en el momento del trauma.

Cuando este proceso ocurre naturalmente la mayor parte de las veces no habrá efectos traumáticos. Por el contrario para que una persona sea traumatizada se cumplirán los siguientes pasos:

- a) el organismo percibe la situación como potencialmente amenazante;
- b) la persona pierde la capacidad para enfrentar positiva y efectivamente el peligro;
- c) el organismo no es capaz de descargar la energía que el cuerpo movilizó para la ocasión quedando su sistema nervioso en estado de shock.

Siguiendo los lineamientos desarrollados por el organomista J. A. Carballo (1999), en primer lugar, discriminaremos los Traumas normales del Desarrollo que generan Conflicto o Déficit y terminan conformando el Carácter, del Trauma o Shock Emocional que puede provocar un Desorden o TEPT. Discriminaremos además el shock traumático de la anorgonia, concepto desarrollado por W. Reich (1988) en La Biopatía del Cáncer.

Un evento traumático se caracteriza por ser un suceso a veces repentino, a veces no esperado, que es percibido como una amenaza a la vida. Por ejemplo: accidentes, desastres naturales, violencia, guerras, violación, abuso y pérdidas significativas de seres queridos. Un shock o trauma por shock es la reacción a un evento traumático. Está caracterizado por la activación del sistema simpático (simpaticotonía), acompañada o no por una parasimpaticotonía reactiva. El estrés traumático es la reacción física a un evento traumático que involucra la activación del SNA y los reflejos de lucha, huida, parálisis y/o disociación. El TEPT es el Estrés traumático que resulta de un evento traumático que no ha sido mitigado a través de la elaboración del trauma y es de suficiente severidad como para disminuir la capacidad de la persona en su funcionamiento en la vida. Se caracteriza por síntomas de activación del sistema simpático y una continua activación de los reflejos de huida, lucha, parálisis y/o disociación. Hablamos de TEPT secundario cuando una persona es expuesta (vivencial, visual o auditivamente) a situaciones extremas experimentadas directamente por otra persona (o al relato de las mismas), y resulta desbordado a causa de la exposición secundaria al trauma. Este término, que contribuye también a describir los efectos deletéreos que padecen los profesionales asistenciales al trabajar con sobrevivientes de trauma, se conecta notoriamente con la delegación del trauma de pacientes a terapeutas, que

podemos definir como traumatización vicaria –*vicarious traumatization*- (McCann y Pearlman, 1990), con el estrés por empatía o desgaste por empatía –*compassion fatigue*- (Figley, 1995), y con el síndrome de *burn out*, potenciándose unos con otros. Algunos autores (Herman, Perry y van der Kolk, 1989) postulan un nuevo diagnóstico, conocido como TEPT Complejo (Complex PTSD) o Trastorno por Estrés Extremo (DESNOS; *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) para los casos de abuso interpersonales prolongados y severos, en que la situación traumática se haya producido repetidamente y a lo largo de mucho tiempo, de tal manera que la exposición prolongada al trauma condiciona el desarrollo de la personalidad del individuo. Este es el caso de situaciones de abuso sexual prolongado, cautiverio, control totalitario, rehenes, prisioneros de campos de concentración, prisioneros de guerra, víctimas de la tortura, violencia doméstica, abuso físico y emocional en la niñez, explotación sexual, etc. Las situaciones descritas van mucho más allá de las consecuencias que puede tener un simple hecho traumático, ya que la degradación de la identidad y de su vida relacional provocan alteraciones profundas a nivel cognitivo, perceptivo, de la regulación afectiva, en la conciencia, en la auto-percepción, en la personalidad, en la identidad, etc.

En el TEPT complejo o trastorno por estrés extremo van der Kolk (1994, 1996, 1997) delinea un complejo de síntomas asociados con el trauma interpersonal temprano:

- 1) alteraciones en la regulación de los recursos afectivos, incluyendo dificultad en la modulación de la ira y auto-destructividad;
- 2) alteraciones de la atención y de la conciencia que lleva a amnesias, episodios disociativos y despersonalizaciones;
- 3) alteraciones en la auto-percepción, tales como un sentido crónico de culpa y responsabilidad, sentimientos crónicos de vergüenza, etc.;
- 4) alteraciones en la relación con los otros, tales como no ser capaz de creer, no ser capaz de establecer relaciones de cercanía emocional con la gente;
- 5) somatizaciones para las cuales no se encuentra ninguna explicación médica;
- 6) alteraciones de los sistemas de creencias.

Cuanto más temprano el trauma y más larga su duración, mayor la probabilidad de que la persona afectada sufriera todos estos síntomas en alto grado (síntomas que constituyen el diagnóstico de DESNOS). Recientes estudios (van der Kolk y col., 1996;) mostraron que el trauma interpersonal, especialmente en el abuso sexual infantil, predice un alto

riesgo de desarrollar un trastorno por estrés extremo. También podemos hablar de estrés crónico como aquella condición física y psicológica que se asemeja al TEPT, y que resulta de condiciones de vida o de situaciones crónicas que son extremadamente estresantes. Por ejemplo: enfermedades serias de larga duración, familias disfuncionales, estrictez o negligencia en la educación infantil, etc. (P. Rothschild, 1995).

Otro concepto que utilizamos en la PCB a la hora de trabajar con trauma es el de anorgonia (estados anorgonóticos o reacciones anorgonóticas). W. Reich en 1948 creó el término anorgonia con el cual involucra todos los estados biopáticos que tienen como común denominador el bloqueo de la motilidad plasmática. Según Reich (1988) la anorgonia es un trastorno con el cual todo médico práctico está familiarizado, pero la medicina mecanicista no lo ha entendido porque no se traduce directamente en cambios estructurales de los tejidos o en lesiones de los cordones nerviosos, sino en un descenso de la función energética total o parcial del organismo.

Para Reich la anorgonia es una reacción del organismo a situaciones emocionales altamente cargadas que están más allá de la tolerancia del individuo. El cuerpo reacciona a esta fuerte excitación plasmática con un bloqueo en su motilidad que se manifiesta como debilidad, colapso, sensación de desmayo, vértigo, ansiedad de caída y frío en el cuerpo.

Wilhelm Reich se encontró con este fenómeno en los pacientes con cáncer que estaba tratando. Con la finalidad de describir la anorgonia en los enfermos de cáncer, comparó la estabilidad de la función plasmática en los organismos sanos y su opuesto: la angustia biopática de caída, que podríamos definir como la repentina anorgonia de los órganos de apoyo, que sirven para mantener el equilibrio.

En el curso de los tratamientos con los enfermos de cáncer, Reich (1988) notó que luego de un período de mejoramiento (en el que se sentían mejor, los síntomas desaparecían, recobraban el peso y hasta empezaban a tener sensaciones sexuales), sucedía una etapa de desmejoramiento con angustia de caída, debilidad y tendencia al colapso. El organismo reaccionaba a una fuerte excitación con desequilibrio, mareos y debilidad. Parecía que la excitación iba a seguir su curso pero repentinamente se detenía, no era capaz de seguir su curso de expansión.

La angustia de caída se expresa de diversas formas: vértigo, sensación de hundirse, sueños de caída, presión o dolor en la región gástrica, náuseas y vómitos. Estos son a su vez los síntomas que aparecen cuando se debilita la coraza muscular, ya sea por un trabajo terapéutico o por algún tipo de shock (cirugías, accidentes, abuso etc.), contracciones musculares

involuntarias, escalofríos, oleadas de calor, pinchazos, cosquilleos, comezón, etc. Si la situación es la de un tratamiento orgonómico (PCB) se deben agregar las sensaciones genitales. A estas manifestaciones biológicas le acompaña una sensación psíquica de angustia y de inseguridad.

Reich (1988) se preguntaba si el proceso de anorgonia consistía en una disminución del contenido de energía en los tejidos, o en la inmovilidad de esa energía en esos tejidos. Finalmente arribó a la conclusión de que el mecanismo que funciona en la anorgonia aguda es la reducción de la pulsación, mientras que el mecanismo primario en la anorgonia crónica es el retiro de energía, la pérdida de energía (que Reich definía como orgón). Es decir, la reducción repentina de la pulsación orgonótica produce la anorgonia aguda, y la pérdida permanente y progresiva de energía orgón produce la anorgonia crónica.

En síntesis, el estado anorgonótico es una reacción del organismo a situaciones con alta carga emocional que están mas allá de la tolerancia del individuo, en donde el organismo reacciona a tan fuerte y no familiar excitación plasmática con un bloqueo que se manifiesta como: debilidad, colapso, sensación de desmayo, vértigo, angustia de caída y frío en el cuerpo.

A esta altura podemos explicitar someramente tres definiciones básicas de trauma:

- a) Los traumas por conflicto o déficit en el desarrollo que dan lugar a las formaciones del carácter.
- b) El shock o trauma emocional que puede dar lugar al TEPT y sus variaciones intensivas.
- c) Los estados anorgonóticos productos del shock emocional.

### **3.4 Trauma y coraza**

Desde el punto de vista reichiano las funciones corporales defensivas son de dos tipos y pueden agruparse en lo que se conoce como:

- coraza corporal y
- anorgonia o déficit de acorazamiento.

Siguiendo la terminología clásica de acorazamiento o déficit de este, la parálisis en los músculos esqueléticos se produce de dos maneras:

- por oposición de fuerzas (coraza muscular) y
- por retiro o inmovilización de la carga (anorgonia).

En esos dos mecanismos tenemos resumida la totalidad de las funciones

defensivas corporales que se manifiestan en los músculos como hipertonia muscular y de tejidos (coraza) e hipotonia muscular y de tejidos (anorgonia).

Desde una perspectiva reichiana podríamos afirmar que cuanto menor sea la capacidad muscular y los recursos que posea la persona, menor va a ser su capacidad de descargar. Es por eso que ciertas estructuras de carácter, fundamentalmente aquellas que poseen menos límites y menos coraza muscular, son más proclives a sufrir los efectos del trauma, en la medida en que no hay una buena coraza funcional. Por lo tanto es mayor su potencial para la traumatización (Carballo, 1999).

Como veíamos anteriormente en las respuestas al trauma el organismo escapa o lucha (coraza), la tercera opción de sobrevivencia es la parálisis (hipotonia).

Reich distinguió así, la anorgonia aguda y la anorgonia crónica.

En la anorgonia aguda el mecanismo que opera es una repentina parálisis de la pulsación energética en la periferia del cuerpo.

En la anorgonia crónica hay un retiro o pérdida permanente de energía. Ambos procesos pueden alternarse, a veces la anorgonia aguda se transforma en crónica y viceversa.

La génesis funcional del proceso anorgonótico se encuentra en la incapacidad de los músculos de contener el flujo de energía hacia la periferia del cuerpo, pues esto produce fuertes sensaciones difíciles de tolerar, lo que ocasiona una violenta contracción en el sistema vegetativo, que se asemeja a un estado de shock.

De esta manera el esfuerzo psicoterapéutico para manejar la anorgonia se dirigirá a “despertar” y usar los músculos de una forma que toleren las emociones de expansión (por ejemplo, placer o bronca) a fin de canalizar la energía en los músculos y que sea así pueda ser metabolizada.

Volver la energía a los músculos y “contenerla”, es una de los objetivos clínicos claves en el tratamiento de los procesos anorgonóticos. Esos músculos pueden estar bien desenvueltos de acuerdo al nivel o estadio del desarrollo o subdesenvueltos, débiles, con poca masa. Aunque, en realidad siempre vamos a encontrar en la lectura corporal de cada paciente una combinación de músculos correctamente desarrollados, con músculos subdesarrollados e hiperdesarrollados.

Es importante resaltar que la anorgonia no está limitada necesariamente a una determinada estructura de carácter (v.g.: psicóticas como lo plantean las escuelas posreichianas derivadas del Dr. Federico Navarro). Pero sí es

cierto que hay ciertos biotipos más propensos a presentar ataques anorgonóticos. La anorgonia defensiva se puede presentar en todos los tipos de carácter ya sea de manera aguda, crónica o localizada. Suele aparecer enmascarada como hipotonía muscular, como fatiga crónica, como un estado disociativo, como parálisis funcionales o como trastornos somatomorfos indiferenciados. Para Reich (1988) el mareo y la náusea podían ser signos de la angustia de caída. Y la aparición de debilidad y angustia de caída sugieren el comienzo de un ataque anorgonótico. Algunos síntomas son manifestaciones localizadas del disturbio del metabolismo bioenergético: pies o manos frías, frente inmóvil, falta de sensaciones en la pelvis, ausencia de sensaciones en los pechos etc., estas son muestras de anorgonia localizada. La presencia de un proceso anorgonótico es prueba de un metabolismo energético severamente alterado, al menos momentáneamente en el caso de ser un proceso agudo. La capacidad para la descarga está muy empobrecida, pues los músculos no pueden ligar la energía. A través de la descripción precisa de algunos pacientes Reich (1988) infirió que el mecanismo primario en el ataque anorgonótico agudo es una severa y repentina inmovilización de la energía periférica. Esta inmovilización deviene de la parálisis de la pulsación en el SNA e indica la acumulación de energía periférica -*deadly orgone* o DOR- (Reich, 1988; Serrano, 1993).

El proceso anorgonótico agudo en un tratamiento con PCB se puede detectar previamente por ciertos trazos:

1. Fácil excitabilidad: usualmente, un breve período de respiración profunda produce corrientes intensas de energía que, al no poder ser ligadas muscularmente, derivan en síntomas similares a los de la hiperventilación. Ocurre generalmente en los caracteres con biopatías, por ejemplo, diabetes y trastornos somatomorfos, donde no hay suficiente masa muscular o la misma está debilitada.

2. Intolerancia a la excitación: se manifiesta en dos etapas. Inicialmente la excitación es sentida como placentera, pero muy pronto cambia de signo y pasa a ser vivenciada como displacentera. Se expresa además en una pobre capacidad para la descarga bioenergética lo que le genera a la persona un sentimiento de falta de disfrute y un sentido generalizado de insatisfacción.

W. Reich (1988) encontró que en los pacientes con cáncer, en lugar de fácil excitabilidad, había una falta de excitabilidad como resultado del encogimiento biopático y la consecuente reducción en el funcionamiento del núcleo energético. En estos pacientes se presentaba a su vez un



proceso anorgonótico crónico de pérdida de energía.

Los ataques anorgonóticos agudos son desencadenados por situaciones emocionalmente cargadas, y aquí tenemos una igualdad funcional con las reacciones traumáticas que se desencadenan frente a un impacto emocional fuerte o percibido como peligroso.

Otro aspecto que podemos ver en la clínica bioenergética es que, en la estructura defensiva de los procesos anorgonóticos (sobre todo en las estructuras *bordeline* y psicótica y en los caracteres psicopáticos e impulsivos), se encuentra una tendencia a desarrollar un “conflicto” entre la fácil excitabilidad y la intolerancia a la excitación, lo que produce una estructura energética muy inestable en constante tensión. Para estos caracteres cuando la excitación crece demasiado resulta intolerable ya que la coraza muscular es débil y no resulta suficiente para contener la excitación a un nivel que se haga tolerable.

Cada uno de estos cuadros disfuncionales puede además hacer uso de distintos mecanismos defensivos a fin de enmascarar la descarga. Por ejemplo: a través de somatizaciones, actos impulsivos, dispersiones delirantes, a través de la desorganización o el caos defensivo, previamente o en sintonía con el uso de un proceso anorgonótico defensivo. Con el proceso anorgonótico el organismo se entrega al proceso de inmovilización de la energía periférica a fin de reducir la excitación (*numbing*). Hecho que conduce a reducir la capacidad de la descarga orgonótica y aumentar la estasis.

Desde otro enfoque, uno de los investigadores más reconocidos dentro de la psicotraumatología contemporánea, B. van der Kolk, afirma que la hiperexcitación del TEPT deprime por igual los recursos biológicos y psicológicos, necesarios para experimentar una variedad de emociones. A su vez, la falla en el procesamiento de los eventos emocionales conduce a la hiperexcitación fisiológica y al desarrollo de eventuales problemas psicosomáticos o biopatías.

Los problemas psicosomáticos, las biopatías y el entumecimiento o anorgonia en el TEPT están muy relacionados. Traue (2003) expuso en una de las últimas investigaciones realizadas en la PCB, que bajos niveles de expresión emocional conducen a un deterioro del sistema inmunológico y a un aumento de las enfermedades físicas. Si la auto-regulación emocional (regulada por el sistema nervioso central) es un monitor de nuestra salud, por el contrario, la inhibición emocional denota una situación de riesgo, sea neurológica, social o cognitiva, particularmente cuando ocurre una implosión emocional después de un trauma (Pennebaker, 1997; 1998).

En PCB la tendencia clínica de los investigadores posreichianos es la de definir a los estados anorgonóticos como reacciones más patológicas que los procesos de acorazamiento muscular. Es decir, reacciones “menos graduadas”, más debilitantes, en donde el metabolismo orgonómico está más deteriorado. En este sentido podemos pensar la anorgonia como una “segunda línea de defensa”, que sólo es usada si la capacidad de la armadura muscular es insuficiente para reducir las emociones a un nivel tolerable de intensidad. Esto es lo que justamente sucede en el trauma, cuando la persona con TEPT ya no es capaz de usar sus recursos (coraza muscular) para enfrentar la amenaza y tiene que pasar a la segunda línea de defensas: la inmovilidad o el colapso (anorgonia). A su vez, debemos distinguir dentro de la anorgonia aquellas localizadas que suceden en sesiones de PCB (o en laboratorios clínicos de formación) donde solemos ver que algunos pacientes o formandos, cuando aparecen sensaciones de corrientes bioenergéticas (*streamings*), comienzan a retorcerse, arquear el cuerpo, tensar la pelvis, los glúteos, el rostro o los pies, etc. Esta reacción es una forma de crear una “coraza temporaria”, a fin de evitar las sensaciones crecientes (Carballo, 1999).

Los estados de shock, de anorgonia aguda, podemos encontrarlos tanto en las personas con traumas del desarrollo o en las personas con TEPT. Como caso muy particular lo encontramos de manera sistemática en las personas en proceso de desacorazamiento, quienes pueden presentar en su historia ambas posibilidades a la vez (traumas de desarrollo y traumas por shock).

No es fácil distinguir la anorgonia como resultado de un proceso paulatino de encogimiento y la anorgonia como fenómeno agudo. Biofísicamente la anorgonia (en el desacorazamiento o en el trauma) se debe a un brusco retiro de la energía desde la periferia hacia el centro vegetativo.

A grandes rasgos, en su libro técnico por excelencia, *Análisis del Carácter*, W. Reich (1986) describe las etapas esenciales de un proceso psicoterapéutico en PCB: debilitamiento de la coraza, sensaciones orgonóticas, resquebrajamiento de la coraza, clonismos, angustia de caída, intensificación de la excitación plasmática y, finalmente sensaciones orgásticas en el aparato genital. En el mismo texto agrega casi en tono de advertencia que si se procede a disolver la coraza correctamente, las sensaciones orgánicas desagradables van cediendo paulatinamente el lugar a experiencias placenteras del cuerpo. Pero si no se procede a disolver la coraza, capa por capa, correctamente, si

subsisten bloqueos rígidos como restos de la coraza, si se permite que las corrientes orgonóticas emerjan en forma demasiado abrupta y choquen así contra las capas no disueltas de la coraza, el paciente puede reaccionar replegándose por completo en la antigua coraza. Su rigidez biopática se intensifica por temor a las excitaciones plasmáticas (“miedo al placer”). Se siente abrumado por un sentimiento de desorientación que puede agudizarse y llegar al pánico (como consecuencia del aumento de energía biológica móvil). Es a partir de este texto, tan importante para la PCB, que podríamos establecer diferencias significativas a la hora de discriminar el terror y la reacción de un colapso defensivo producto de un tratamiento orientado al desacorazamiento, de las mismas reacciones producto del padecimiento de un TEPT. Es decir, un psicoterapeuta que trabaja con el cuerpo de los pacientes tiene que aprender a diferenciar y diagnosticar cuando estamos en presencia de reacciones traumáticas y cuando estamos delante de reacciones propias al proceso de desacorazamiento. Muchos psicoterapeutas que trabajan con el cuerpo de los pacientes, pero sin una formación consistente, han confundido muy a menudo estas dos realidades, cuyo único factor común es que hay un nivel biológico y energético que está siendo activado: el nivel del SNA y el del metabolismo energético.

### **3.5 Trauma y Carácter**

En lo que refiere a la relación entre Trauma y Carácter no hemos encontrado, en el análisis de los retornados de la muestra, una correlación entre TEPT y Trazos de Carácter.

Los clínicos sabemos que de las personas que experimentan un mismo evento traumatogénico, únicamente algunas de ellas desarrollan TEPT. Independientemente del tipo de acontecimiento, sus efectos deben ser interpretados en el contexto de la personalidad global (en PCB utilizamos la técnica del Análisis del Carácter para ello).

Para algunos autores, entre las características que incrementan la vulnerabilidad al TEPT se encuentra el estilo narcisista (B. Johnson, 1995), ya que utilizan la grandeza y la omnipotencia como defensas frente a un frágil concepto de sí mismos, y un sentimiento vacío de valía. Es como que su superioridad egótica les hace creer que no pueden sufrir la mala suerte de los demás o que no pueden verse atrapados en un espiral de acontecimientos incontrolables con personas inferiores a ellos. Sin embargo, los acontecimientos traumáticos sacuden esas presunciones.

Para Crosby y Hall (1992) entre los veteranos de guerra que desarrollan

TEPT, los rasgos de carácter narcisista son los más comunes. Estas personas están lejos de ser invulnerables e inmortales. Por el contrario, se encuentran en la misma situación que cualquier otro, con un potencial aleatorio de que se produzca un desastre o la muerte. En una situación extrema como la guerra nadie constituye una excepción, lo cual es una sólida prueba de que los narcisistas no son las personas especiales que creían ser (el guerrero ideal en el que intentaban convertirse). Dado que las personas con trazos de carácter predominantemente narcisistas utilizan como sistema de defensa la auto-idealización, podemos suponer que los acontecimientos traumáticos pinchan la burbuja que contiene sus fantasías (de ser exitoso, admirado, inusualmente brillante, etc.). Los acontecimientos traumáticos los “bajan a tierra”, de una forma especialmente impactante, dadas las necesidades caracteriales de su personalidad (recibir un tratamiento mejor o especial del resto del universo).

### **3.6 Coraza cerebral. Psicobiología del estrés postraumático**

En 1934, Hans Selye enunció por primera vez el concepto de estrés. Desde aquel momento hasta la fecha, la concepción acerca del mismo ha ido evolucionando. Hoy, podemos definir el estrés como los procesos fisiológicos y psicológicos que se desarrollan cuando existe un exceso percibido de demandas ambientales sobre las capacidades percibidas del sujeto para poder satisfacerlas; y cuando el fracaso en lograrla tiene consecuencias importantes percibidas por el sujeto. El concepto moderno de estrés, entonces, refleja la interacción entre 3 factores:

1. el entorno;
2. la manera como la persona percibe el entorno (en función de su personalidad, de las experiencias previas, etc.);
3. la percepción de los propios recursos de la persona para enfrentar las demandas del entorno (o autoeficacia percibida).

De acuerdo con Selye (1964), un evento estresante potencialmente traumático (evento traumatogénico) provoca en el individuo dos tipos de respuesta: de afrontamiento o de huida (*fight or flight*). Consecuentemente, el organismo se prepara para luchar o huir. Es así que se produce un aumento del ritmo cardíaco, del ritmo respiratorio, de la presión sanguínea, se dilatan las pupilas, se tensan los músculos, se produce una vasoconstricción periférica, aumenta la glucemia, se libera adrenalina, noradrenalina, glucocorticoides, etc.

Cuando una persona está expuesta a estímulos de esta naturaleza, el organismo reacciona con una respuesta biológica-fisiológica al estrés, con una liberación de hormonas y neurohormonas, (corticoides, adrenalina, noradrenalina, oxitocina, catecolaminas, vasopresina, opioides endógenos, cortisol, etc). que provoca en algunos casos la alteración en la memoria (en el almacenamiento en la memoria de ese hecho traumático), modificaciones en la arquitectura del cerebro (a nivel del volumen del hipocampo, incremento de la actividad de la amígdala, desequilibrio del funcionamiento de ambos hemisferios) y síntomas específicos (reexperimentación, evitación, hiperactivación).

Cuando el individuo ha experimentado, ha presenciado o se ha enterado de “acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, (...) y la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos” (DSM-IV, 1994), y como resultado de ello experimenta además tres clases de síntomas:

Uno de reexperimentación del hecho traumático, tres de evitación y de embotamiento psíquico, dos de hiperactivación (hyperarousal) se dice que sufre de un TEPT.

En el TEPT, eventos menores o el recuerdo del trauma pueden precipitar una exagerada reacción neuroendócrina: esto altera permanentemente la forma en que un organismo se maneja con su medio cotidianamente e interfiere en cómo dicho organismo hace frente al estrés agudo subsecuente.

Las investigaciones más recientes (Liberson, 1999; Rauch y col., 1996; Gurvits y col., 1998; Bremner y col., 1995, 1999; Stein y col., 1996, 1997; Shin y col. 1999; Rauch y col., 1996; van der Kolk & Mc. Farlane, 1996, etc.) muestran hallazgos de que en el TEPT la natural habilidad del cerebro de integrar las experiencias se descompuso, por lo que podemos encontrar, entre otros efectos:

**Alteraciones de la memoria:** en el TEPT se producen dificultades en el almacenamiento en la memoria del hecho traumático. El trauma está siempre “en presente”. A su vez, los recuerdos traumáticos tienen pocos elementos narrativos: cuando los pacientes con TEPT tienen sus flashbacks, el trauma es revivido como una sensación aislada, como huellas motoras y emocionales del trauma, sin una línea narrativa. Los elementos sensoriales de la experiencia son registrados separadamente, y son frecuentemente recuperados sin la apreciación de contexto al cual esta sensación o emoción refiere.

### **Modificaciones en la arquitectura del cerebro:**

-A nivel del volumen del hipocampo. Se piensa que el hipocampo tiene la función de crear un mapa cognitivo que permite la categorización de la experiencia, y su conexión con otras informaciones autobiográficas. En pacientes con TEPT el hipocampo disminuye el volumen del 8% al 26%. El tamaño disminuido juega un rol activo en la disociación y en la mala interpretación de la información en dirección a la amenaza. Lo que haría a las personas con TEPT vulnerables a reaccionar a nuevos estímulos de alerta como si fueran una amenaza (reaccionando con agresión o retirada –dependiendo de su personalidad pre-mórbida-).

-Incremento de la actividad de la amígdala que cumple un rol central en la interpretación de la valencia emocional de la información entrante. La amígdala asigna un significado emocional a la información entrante y transforma el estímulo sensorial en señales hormonales y emocionales (iniciando o controlando las respuestas emocionales -el miedo, por ejemplo-). A su vez, altos niveles de estimulación de la amígdala pueden interferir en el funcionamiento hipocampal, impidiendo una apropiada evaluación y categorización de la experiencia. El hipocampo no puede cumplir su función integrativa: aparecen imágenes aisladas, olores, sonidos, palabras, sensaciones corporales que se sienten ajenos y separadas de otras experiencias vitales, causando la fragmentación continuada de la experiencia, al no poder integrar la información entrante en tiempo y espacio.

-A nivel de la lateralización hemisférica. El cuerpo calloso permite transferir la información por ambos hemisferios, integrando los aspectos cognitivos y emocionales de la experiencia. Las investigaciones de tomografías, realizadas en personas con TEPT, dieron como hallazgos que los sujetos expuestos a relatos de su propio trauma mostraban diferencias en el involucramiento de cada hemisferio en el procesamiento de los recuerdos traumáticos. El hemisferio derecho, que evolutivamente entra “*on line*” antes que el izquierdo, está involucrado en la expresión y comprensión de la comunicación emocional global no verbal (tono de voz, expresión facial, comunicación visual/espacial), y permite una integración dinámica y holística a través de las modalidades sensoriales. Este hemisferio está particularmente integrado a la amígdala, que asigna significado emocional a los estímulos entrantes y ayuda a regular las

respuestas hormonales y autonómicas a esa información. En contraste el hemisferio izquierdo mediatiza la comunicación verbal, organiza la resolución de problemas (analíticamente, razonando, empleando sintaxis) en un conjunto bien ordenado de operaciones y procesos de información en un modo secuencial. Este hemisferio parece ser menos activo en los pacientes con TEPT. Es en el área de categorización y clasificación de los estados internos que los pacientes con TEPT parecen tener particulares problemas, lo que explica que la falla de la función del hemisferio izquierdo durante los estados de alerta extrema sea la responsables de la desrealización y despersonalización reportada en el TEPT agudo.

Los primeros estudios de neuroimágenes en TEPT (resonancia magnética nuclear (MRI) para medir el volumen hipocampal en pacientes con TEPT, y tomografía de emisión de positrones (PET scan) para mensurar la activación diferencial del SNC en respuesta a los relatos traumáticos y no traumáticos en los pacientes con TEPT) mostraron que, durante la exposición al relato traumático hubo una disminución del funcionamiento del área de Broca y se incrementó la activación del hemisferio derecho. Esto implicaría una dificultad de los individuos traumatizados para verbalizar en forma precisa qué es lo que están experimentando, particularmente cuando los sujetos se tornan emocionalmente alertas. Una relativa disminución en la representación hemisférica izquierda provee una explicación de por qué los recuerdos traumáticos son experimentados como atemporales y ajenos a sí mismos: la parte del cerebro necesaria para generar secuencias y para el análisis cognitivo de la experiencia no está funcionando adecuadamente.

El TEPT ha sido clasificado como un trastorno de ansiedad, junto a las fobias, al síndrome de pánico, al trastorno obsesivo compulsivo, a la ansiedad generalizada, etc.

Sin duda que comparte con todos ellos el denominador común de la ansiedad como síntoma predominante. Por otro lado, también es conceptualizado como un trastorno de la memoria.

Las investigaciones sobre la naturaleza de los recuerdos traumáticos, indican que el trauma interfiere en los procesos involucrados en la memoria explícita. Durante la exposición al hecho traumático, el área de Wernicke y Broca (aquella relacionada con la codificación de la experiencia en palabras) prácticamente colapsan, reduciendo su actividad notablemente, según lo revelan los estudios de diagnóstico por imágenes. Simultáneamente, aumenta la actividad en la amígdala, relacionada con la

memoria emocional. Por lo tanto, el hecho traumático queda archivado en la memoria Implícita, y sólo deficientemente en la memoria Explícita o Narrativa.

Todos los síntomas enumerados, hasta cierto punto, parecen contradictorios: quien sufre de un trastorno de estrés postraumático parece haber quedado congelado en el tiempo, fijado al hecho traumático y parece condenado a la dialéctica de:

- por un lado, revivirlo permanentemente en un aparente intento de procesarlo o archivarlo,
- por otro, evitarlo, olvidarlo, y/o anestesiar sus sentimientos y reacciones para evitar el sufrimiento.

Estos síntomas parecen tener una función adaptativa:

- por un lado, proteger al individuo de la exposición al hecho traumático,
- por otro lado, un intento frustrado de integrar la memoria emocional con la memoria verbal. La memoria explícita no recuerda, sino que revive, fallando en reconocer que el hecho pertenece al pasado.

Una característica central de las personas que desarrollan un TEPT, es que sus vidas comienzan a girar alrededor del trauma. Están fijadas a un evento traumático (pasado o futuro) y las cosas se ordenan a su alrededor. Otra característica en el trauma es la dificultad de funcionar con criterios de "realidad". La "verdad" de la experiencia traumática condiciona, de ahí en más, en su historia, los criterios de realidad compartida. Lo que hace que un evento traumático se convierta en trauma es la evaluación subjetiva del mismo por las personas expuestas y la manera en que se sintieron amenazadas.

Desde la lectura corporal reichiana de la PCB sabemos que el segmento ocular juega un papel fundamental en la interpretación del evento. El bloqueo de este anillo hace que el trauma siga desarrollándose después de acontecido. Desde la perspectiva de la PCB podríamos deducir que cuando las personas son traumatizadas, presentan un conjunto de reacciones típicas propias de las reacciones traumáticas, por ejemplo: hiperexcitación, disociación, inmovilidad analgésica, etc., pero además "eligen" otro conjunto de defensas que tienen que ver con el carácter y el nivel de desarrollo alcanzado. Estos últimos factores determinarán también cómo la persona interpreta las memorias del trauma. Ya sea las memorias cognitivas o los síntomas somáticos.

Como decíamos anteriormente un evento o una situación traumatogénica se transforma en estrés postraumático porque los elementos naturales del



organismo para defendernos y curar la sobre-excitación energética, no entraron en acción suficientemente.

La memoria del trauma, sus conductas, sus emociones y la sobre-activación energética permanecen intactas (tienen una “vida independiente”) y no es posible integrarlas mientras la persona no las resuelva, quedando detenidas en el tiempo, en un pasado que no pasa (fijación al trauma) o en un futuro aterrador desde el registro imaginario.

¿Qué es lo que hace que las memorias se transformen?

¿Qué hace que las memorias queden fijas produciendo síntomas?

Las personas que desarrollan TEPT reviven con toda intensidad, las memorias, sensaciones y emociones del evento, una y otra vez. Aquí la palabra intensidad tiene especial importancia, porque señala el aspecto energético, sin el cual el trauma no es trauma. Un trauma lo es por la intensidad, por la carga, por la sobre-excitación (*arousal*), por el metabolismo energético perturbado en dirección de la expansión primero y luego hacia la inmovilidad.

Sería de gran importancia establecer la clara conexión entre el bloqueo del segmento ocular, que alberga las memorias cognitivas del trauma y el segmento diafragmático que conserva junto al cerebro reptiliano la sobre-excitación energética (bloques primitivos).

van der Kolk sostiene que la habilidad en transformar las memorias es una clave de la curación (1994). La inhabilidad en transformar las memorias es lo que se presenta en las personas que no se recuperaron del trauma.

Podríamos ya incluir el concepto de coraza cerebral. Desde la PCB sabemos que la fijeza de las memorias y su intensidad están determinadas por los niveles energéticos, que es donde se sostiene la sobreexcitación. La interpretación del evento que hace la persona traumatizada es lo que gatilla la reacción energética, el “*arousal*”. Si se equilibra el metabolismo bioenergético a nivel de la coraza cerebral se modificará la intensidad y la interpretación de las memorias, que podrán ser usadas así como aprendizaje. Si las memorias no tienen intensidad, no tienen efecto, no tienen afecto, no tienen emoción.

Ahora bien, ¿cómo trabajar más allá de la coraza muscular del segmento ocular y poder acceder a los disturbios neurofisiológicos del cerebro y del SNC? Y aunque la pregunta suene pretenciosa, estamos en un momento en que ya podemos formularla: ¿cómo desacorazar el cerebro? Hasta hace pocos años “el cerebro” no era una parte accesible en el proceso estándar del tratamiento psicoterapéutico. Mientras que la musculatura externa de la cabeza es accesible, el cerebro y los tejidos intracraneales no están

disponibles para una manipulación física directa o indirecta. Por otra parte, sabemos que las estrategias crecientes de psicofarmacologización desarrolladas por la psiquiatría contemporánea hacen que la investigación clínica se incline más hacia los avances de la farmacoterapia (aun en el tratamiento con niños).

A partir de los descubrimientos de las neurociencias y del desarrollo de técnicas de psicotraumatología se pudo pesquisar que los procesos de acorazamiento del cerebro ocurren de manera similar de la musculatura que la rodea. Ya el organomista E. Baker (1980) al profundizar teórica y metodológicamente acerca del proceso de acorazamiento del anillo ocular, apoyaba la idea de que el cerebro tiene un proceso de acorazamiento único con su propia estructura y funcionamiento característico. En su conocido texto *“Man in the trap”* (1967) al definir el bloqueo ocular, Baker (1980) plantea que dicho acorazamiento consiste en una contracción e inmovilización de la mayor parte o de todos los músculos que rodean al ojo, pestañas, frente y glándulas lacrimales, así como también de los músculos profundos de la base occipital, envolviendo a su vez al cerebro en sí mismo. Baker creía que el cerebro muestra, en todas las estructuras de carácter, contracciones en mayor o menor extensión, y que si es movilizado adecuadamente permite al resto del organismo tolerar la expansión y el movimiento.

Para recuperar niveles de funcionamiento perdidos a nivel cerebral Reich en 1931 trabajaba con sus pacientes mediante técnicas de manipulación física y más específicamente mediante el uso de un lápiz luminoso, en un *setting* oscuro. La técnica consistía simplemente en que el paciente tenía que seguir el estímulo luminoso, a medida que el terapeuta movía la luz alrededor del campo visual del paciente, incentivándolo a respirar profundamente y a dejar emerger pensamientos, movimientos, sensaciones y emociones, como respuesta a la estimulación.

Si bien Francine Shapiro (la creadora del EMDR *-Eye Movement Desensitization and Reprocessing-*, Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares) no lo ha reconocido en sus escritos, en la PCB está el primer antecedente de desacorazamiento funcional de la coraza cerebral. Apoyándose en el concepto de auto-regulación, tanto la PCB como EMDR (combinados en un mismo protocolo que definimos como EMDR+ET) permiten desarrollar un tratamiento específico del acorazamiento cerebral de una manera no invasiva, no farmacológica, y en el marco de un encuadre breve y focal o analítico. De esta manera, a partir de la convergencia psicoerapéutica entre la PCB y EMDR con el protocolo EMDR+ET, podemos trabajar funcionalmente el acorazamiento muscular y

el acorazamiento cerebral en las personas traumatizadas, ya que el despeje del bloqueo e interferencia neurológica del cerebro del paciente traumatizado es funcionalmente idéntico a la disolución de las tensiones musculares crónicas que comprometen la capacidad de disfrutar plenamente la vida.

Cuando recibimos un paciente con TEPT no diagnosticado ni tratado, vemos que esa energía no trabajada funciona como un gancho (*hook*) pudiendo detener todo tratamiento, ya que la mayor parte de la energía movilizada queda allí estancada o se dirige hacia allí. Por esta razón cuando nos encontramos con una situación de esta naturaleza el trauma es lo primero de lo que nos ocupamos.

### **3.7 Trauma, memoria y procesos energéticos**

Desde los años 80 en que el concepto de trauma fue formalmente incorporado a la nomenclatura psiquiátrica, las bases neurofisiológicas y energéticas del trauma ha sido ampliamente estudiado. El conocimiento acumulado en estos años confirma la relevancia de las teorías bioenergéticas sobre la unidad funcional entre mente y cuerpo, así como la importancia de una psicoterapia que tenga como foco los procesos energéticos que se producen al integrar funcionalmente los procesos mentales con el trabajo sobre el cuerpo, lo que permite acotar significativamente los tiempos del proceso psicoterapéutico.

En este sentido, mucho tiempo antes de que las neurociencias hubiesen confirmado la existencia de una memoria emocional somática, la Psicoterapia Corporal Bioenergética había desarrollado una metodología para acceder a estos recuerdos por medio de un trabajo energético-corporal. Los principales autores bioenergéticos (Reich, Lowen, Boadella, Boyesen, Keleman, Navarro, Bercei), creen que el lenguaje del cuerpo no miente. La memoria somática puede estar funcionalmente unificada con la memoria conciente, verbal, pero muchas veces, particularmente en sobrevivientes de situaciones traumáticas, esa unidad se rompe (Peric-Todorovic, 2015).

Los descubrimientos recientes de las neurociencias revelan una gran complejidad de los sistemas de memoria. En el análisis de los procesos traumáticos es necesario destacar la importancia de la memoria implícita y la memoria explícita.

La memoria explícita (o declarativa) se relaciona con la percepción conciente de los hechos o eventos del pasado. Se activa al recordar

conciente y deliberadamente experiencias anteriores con contenidos fundamentalmente fácticos, conceptuales e ideicos, comprendiendo una localización histórica de los hechos, relacionados a períodos específicos de la vida de una persona.

La memoria implícita refiere al recuerdo de habilidades y hábitos, respuestas emocionales, acciones reflexivas y respuestas condicionadas. Comprende siempre una acción y se desarrolla en ausencia de un recuerdo conciente (van Der Kolk y Fisler, 1995).

Algunos sobrevivientes del trauma son capaces de coordinar elementos explícitos e implícitos de la experiencia traumática. Es decir, consiguen recordar y narrar la secuencia de los eventos traumáticos y comprender lo que sucedió, integrando a su vez el relato con afectos apropiados que acompañan la narrativa. Otros sobrevivientes del trauma cargan la memoria del trauma en sus cuerpos, sin conseguir recordar concientemente detalles de las situaciones traumáticas, ni poder narrar el evento. Para estos últimos la memoria traumática está organizada en un registro somático-afectivo, vivenciado predominantemente como impresiones sensoriales fragmentadas (sensaciones visuales, olfativas, auditivas, cinestésicas), frecuentemente acompañadas por una intensa onda de sentimientos (Rothschild, 2000).

En el tratamiento del trauma, una de las diferencias radicales entre las psicoterapias verbales y las psicoterapias corporales, es el énfasis que ponen unas u otras sobre el trabajo con la memoria explícita o con la memoria implícita. Las psicoterapias verbales se focalizan predominantemente en los componentes explícitos de los eventos, alentando su expresión emocional y su narrativa cognitiva. Son procesos psicoterapéuticos *“top-down”* (de encima hacia abajo). Los procesos psicoterapéuticos bioenergéticos comienzan trabajando con los elementos somáticos y afectivos de la experiencia, en un proceso *“bottom-up”* (de abajo hacia arriba), ocupándose directamente con los efectos de la experiencia traumática sobre el cuerpo. Estas marcas quedan representadas en una memoria implícita, no verbal. Y por lo tanto, mucho más difícilmente accesibles al lenguaje. Es decir, la persona que vive una situación traumática generalmente le resulta difícil encontrar palabras para describir lo que aconteció. Pero reacciona corporal y energéticamente desde estados interiores automáticos: emociones desbordantes, sensaciones corporales perturbadoras, incluso impulsos comportamentales confusos que pueden emerger desde la memoria implícita, sin ninguna conexión conciente con el contexto en el cual se originan. Como Rothschild (2000) lo constató el sistema de memoria

implícita es la esencia de la memoria somática y depende de la red de comunicación del SNA y de diversos centros del cerebro.

Hasta hace poco tiempo se creía que la consolidación de la memoria ocurría la primera vez que se archivaba un recuerdo y que los recuerdos originales se mantenían inmutables y no podían ser alterados, siguiendo el modelo del “grabador”, que registra y graba lo que escucha y lo repite tal cual se lo grabó, cuando lo queremos escuchar. Sin embargo, hoy se sabe que la memoria de largo plazo no queda consolidada en forma permanente cuando es archivada en el cerebro. Cuando un recuerdo que ya está en la memoria de largo plazo es evocado, éste retorna a un estado inestable (como el hielo derritiéndose en el agua) y en ese nuevo estado puede ser alterado/cambiado/modificado, hasta que es archivado otra vez. El “nuevo” recuerdo ya no es igual al original. Cada vez que se evoca un recuerdo este se desarma, rearma y archiva de un modo diferente (Solvey y Solvey, 2006).

La memoria de corto plazo, en cambio, registra la información presente en ese instante y parte de esa información, se evapora y no queda archivada. Otros recuerdos, sin embargo, sufren un proceso llamado consolidación: quedan grabados tal cual sucedieron y permanecen latentes en la memoria a largo plazo hasta que son evocados nuevamente.

Cuando un evento es significativo y está acompañado de una emoción intensa, las hormonas del estrés ponen en alerta a la amígdala cerebral, centro de control de las emociones, y se activa la maquinaria del procesamiento de la memoria, inscribiendo ese particular evento más profundamente. Por lo tanto la emoción intensa que acompaña al hecho ayuda a que éste se fije más intensamente. El registro de las experiencias se guarda en el cerebro, repartido en varios lugares: en el hipocampo se guardan los hechos puros (imágenes) acerca de qué ocurrió, y además nos provee del contexto; en la amígdala cerebral se guardan las emociones del mismo hecho. Cuando el recuerdo es evocado ambas partes emergen juntas, como el sonido y la imagen de una película (Solvey y Solvey, 2011).

En las personas sobrevivientes del trauma, los fragmentos de la memoria traumática pueden desencadenar excitación (hiper o hipo excitación) del SNA. La hiper excitación se manifiesta en sudor frío, respiración acelerada, palpitación cardíaca, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, etc. La hipo excitación se manifiesta básicamente a partir de procesos disociativos (anestésicos, *numbing*). Ambos procesos son señales de interrupción del flujo energético para las áreas del cuerpo que permiten a la persona establecer contacto con el afuera.

Para lidiar con estos síntomas introdujimos en el protocolo integrativo tanto en el GE como en el GC, al comienzo y al final de las sesiones, ejercicios de respiración y de enraizamiento desarrollados por el Análisis Bioenergético (Lowen y Lowen, 1998), y en algunas oportunidades que lo ameritaban la técnica TRE (Berceli, 2007, 2012). Estos ejercicios de respiración (centramiento, búsqueda de un lugar seguro corporal) y de *grounding* (enraizamiento, toma de tierra), le permiten al paciente traumatizado, por un lado, regularse emocionalmente desde su propia fuente de producción de energía y de afectos (la respiración). Por otro lado mantener contacto con la realidad interna y externa (representada simbólicamente en el suelo y en el contacto que establece desde sus pies y piernas con el resto del cuerpo), al mismo tiempo que puede estar psicológicamente equilibrado y físicamente estable (con un buen grado de *grounding*).

Estos ejercicios los realizamos antes y después que el paciente analiza el recuerdo de la situación y de la experiencia traumática, y es sometido a ejercicios de estimulación bilateral en el GE, y a ejercicios de acomodación y convergencia en el GC.

De esta manera por medio de este proceso bioenergético:

-desde los ejercicios bioenergéticos respiratorios (Lowen, 1994) son progresiva y gradualmente aliviados los bloqueos en los flujos de excitación en el cuerpo, a través de la desinhibición y el desbloqueo de la respiración y del movimiento respiratorio;

-desde los ejercicios de *grounding* (Lowen, 1977; Lowen y Lowen, 1998) se va desarrollando una mayor tolerancia a las sensaciones somáticas, sin verse inundado por los afectos, pudiendo así ampliar la capacidad de sustentar sensaciones y emociones más fuertes en forma progresiva y gradual;

-desde la técnica de TRE, desarrollada y sistematizada por David Berceli (2007, 2012), se posibilita a través de vibraciones involuntarias descargar el excedente de energía que queda ligado al cuerpo (fundamentalmente en las terminaciones nerviosas del SNA en el músculo psoas ilíaco), ayudando al organismo a activar un mecanismo natural de descarga bioquímica y de relajación bioenergética, que regula a los cuerpos para volver a un estado de recuperación y de auto-regulación orgánico.

Estos 3 tipos de ejercicios bioenergéticos (los ejercicios de liberación del estrés y del trauma de David Berceli, los ejercicios de enraizamiento de Alexander Lowen, y los ejercicios de respiración de Wilhelm Reich) pueden ser indicados a los pacientes en forma domiciliaria (modulados en función de sus necesidades y de su estructura caracterial) sin temor de que

**produzcan efectos iatrogénicos.**

## **CAPÍTULO 4 Tratamiento del TEPT**

### **4.1 Dispositivos psicoterapéuticos para el abordaje del TEPT**

Las personas que sufren de TEPT están estancada en el trauma, reviviéndolo constantemente. Por lo tanto, la meta del tratamiento del TEPT es ayudar a estas personas a vivir el presente, integrando los recuerdos de los hechos, sin tener que revivirlos permanentemente.

Un área de trabajo con estos pacientes es integrar las memorias traumáticas a la vida actual, ya que lo que sucedió en el trauma no es un hecho imaginario o simbólico, es algo que sucedió en un nivel fundamental de sus vidas, en donde lo primario fue un impacto real, sobre el cual luego el individuo construyó una serie de elaboraciones secundarias (en nuestro caso el retorno, el repatrio o la deportación).

La gente con TEPT ha sufrido eventos que han cambiado dramáticamente sus vidas, más allá de lo que pueden integrar, destruyendo su sentido de seguridad. Viven en un estado de emergencia permanente. Por lo tanto, es de fundamental importancia comprender qué les está pasando y conocer qué necesitan.

El paciente traumatizado nunca se siente a salvo, por lo que es imprescindible la construcción de una buena alianza psicoterapéutica como para que el paciente llegue a confiar en el clínico.

Uno de los metamodelos más aceptados en el campo de la Traumatología Psicológica es el Modelo Trifásico de Judith Herman (1999).

La primera necesidad es la de sentirse a salvo. Aun en las situaciones más difíciles, es posible crear un ámbito de seguridad.

También es más que importante reconocer y respetar los límites de la persona traumatizada (Rablen, L.; 1985, 2001). El trauma, casi por definición, implica la ruptura de los límites personales, irrumpiendo de manera intrusiva en el espacio vital de la persona. Esto significa que el psicoterapeuta debe poder seguir el ritmo del paciente, respetando sus tiempos y requerimientos. El paciente necesita ser aceptado y no juzgado. Frecuentemente el paciente necesita hablar y ser escuchado. En este contexto es muy importante discriminar entre una actitud psicoterapéutica saludable que permita la expresión de sentimientos, de aquellas que puedan empujar a la catarsis y en el caso de personas traumatizadas podrían resultar retraumatizadas (Eckberg, M., 1999; Fréchette, L., 1998).



Inmediatamente después del trauma (hasta 72 hs.) suele implementarse un modelo conocido como *Critical Incident Stress Debriefing (CISD)* (que podría ser traducido como Informe del Estrés sufrido en un Incidente Crítico) o *Critical Incident Stress Management*. En la fase aguda, dentro de las 48 o 72 hrs., se pone a salvo a la víctima. Es muy importante aclarar este punto ya que, en un principio se trabajaba con el concepto de estrés postraumático relacionado, por ejemplo, a víctimas de accidentes. Pero actualmente entran en esta categoría la gente expuesta a raptos, torturas, abuso infantil, etc., situaciones que pueden tener además un desarrollo en el tiempo. Por lo tanto, la primera medida es que la víctima esté a salvo. No se puede hacer ningún tipo de tratamiento si la víctima está o se siente desprotegida. En esta etapa el paciente debe volver a tener control interno y externo, es decir, como psicoterapeutas debemos garantizar su seguridad. De la misma manera debemos aprender a manejar los síntomas que interfieren en su vida y conllevan el riesgo de retraumatización (Berman, M., 1998).

En esta fase aguda se recomienda hacer ejercicios físicos para ayudar a la metabolización de la adrenalina segregada, la práctica de técnicas de relajación, meditación, visualizaciones, yoga, etc., así como y mantener una dieta adecuada, por ejemplo, evitando el consumo de alcohol o drogas, o excesivas cantidades de azúcar.

La abreacción emocional como tratamiento parece tener efecto en la segunda etapa después de las 48 o 72 primeras horas. En una segunda fase del tratamiento se trabaja con distintas técnicas (la mayoría de las veces psicocorporales) tratando de permitir que la persona exprese las emociones que muchas veces quedan contenidas.

Por lo general se trabaja por medio de protocolos específicos que se administran a la víctima para que pueda recorrer y recuperar todos los hechos que hicieron a la situación traumática, y al recordarlos expresar todos sus sentimientos frente al hecho (lo que vió, escuchó, sintió y vivió), pero en un ambiente protegido y sin críticas. Es un ambiente de protección en el cual el paciente puede liberar, descongelar aquella situación que le quedó como enquistada.

El tratamiento se orienta a que el paciente pueda reconstruir la historia traumática. A causa de su naturaleza, las memorias traumáticas rara vez se presentan linealmente. Los fragmentos, a veces incoherentes, las sensaciones físicas y emocionales, deben transformarse en una narración permitiendo de esta manera la integración bajo la forma de la memoria explícita o narrativa (Perren-Klinger, 2003).

En determinado momento la psicoterapia puede dirigirse a disminuir la

ansiedad junto a la reestructuración cognitiva de la visión del paciente acerca de sí mismo (sentido de autosuficiencia, capacidad de relacionarse, etc.) y del mundo (percibido ahora como amenazante).

Finalmente, la tercera fase (reconexión) apunta a reconectar al paciente con la vida, con el presente y el futuro, redefiniéndose a sí mismo en el contexto de relaciones y actividades significativas. Quien ha sufrido situaciones traumáticas está como aislado de la vida, entonces la tercera fase incluye la reinscripción a la vida diaria. En esta tercera fase, más tardía del trastorno, en que la víctima parece haber organizado su vida en torno de la evitación de los disparadores del trauma, la psicoterapia debe ir orientada a la estabilización en el plano social (Hladky, F., 1992).

¿Cómo los seres traumatizados pueden salir de los “estados de inmovilidad” postraumática?

¿Cómo desbloquear la contracción aguda o crónica de la energía biológica que queda atrapada en la profundidad del cuerpo?

Desde la PCB podemos incluir el factor energético como elemento fundamental para clarificar los efectos complejos del trauma y sus implicaciones psicoterapéuticas (Bellis, 1985; Berceli, 1999; Berman, 1998; Fréchette, 1998; Hladky, 1992; Klopstech, 1992; Lewis, 1998, 2000; Resnick-Sannes, 2002).

Los psicoterapeutas corporales somos capaces de reconocer la forma en que las memorias traumáticas son experimentadas por los pacientes como estados corporales en un nivel no-verbal (Lewis, 1998; Klopstech, 1992).

La hipótesis de trabajo que desarrollamos a la hora de elaborar un protocolo de EMDR+ET es que, trabajando directamente en el nivel corporal y energético, se puede lograr reducir, eliminar o estabilizar la sobre-excitación creada en el trauma, y asimismo elaborar y metabolizar esas experiencias que pertenecen al pasado. Este protocolo de EMDR+ET permite trabajar en niveles profundos del acorazamiento cerebral, acortando los tiempos de los procesos psicoterapéuticos, ya que de trabajar exclusivamente con PCB estaríamos centrando el abordaje psicoterapéutico en la coraza muscular. Y una de las dificultades centrales en el trabajo con pacientes con TEPT es la imposibilidad de su musculatura esquelética de ligar energía. Si bien es necesario en el proceso psicoterapéutico descargar la sobreexcitación producida en el trauma volviendo la energía a los músculos, el trabajo con PCB hace que el proceso psicoterapéutico no pueda ser abordado exclusivamente en 8 sesiones, como planteamos como objetivo para esta investigación, para la

remisión de toda la sintomatología de TEPT.

En el abordaje psicoterapéutico del trauma hacemos especial énfasis en la resolución del aspecto energético. La eliminación de la sobrecarga es lo que trae aparejado un alivio en el resto de la sintomatología. Los pacientes deben empezar ganando seguridad en sus propios cuerpos y esto requiere procedimientos activos y aprendizaje de nuevos recursos en especial en lo que hace al contacto con las sensaciones (Gonçalvez Boggio, 2010).

La forma de trabajar los estados postraumáticos, como lo planeamos líneas arriba, es muy diferente del trabajo sobre los traumas normales del desarrollo, requiere un modo diferente de abordaje para nada similar al enfoque psicoanalítico, y diferente a su vez del modo usual de trabajo sobre la coraza corporal del modelo reichiano.

Una vez establecido el diagnóstico, el psicoterapeuta deberá explicar al paciente sobre lo que se va a trabajar (los estados de Shock), y cómo se va a trabajar. Todo esto tiende a crear un tipo de relación o alianza psicoterapéutica diferente que será necesaria en el trabajo. La alianza psicoterapéutica deberá ser cooperativa y de confianza mutua, dándole al paciente el control del proceso al paciente, permitiendo revertir así, uno de los factores más importantes presentes en el trauma: la impotencia y la sensación de desesperanza en los vínculos y en las relaciones (Gonçalvez Boggio, 2010).

Como vimos anteriormente no es la respuesta de inmovilidad (anorgonia) lo que causa la traumatización, sino la incapacidad de descargar la energía biológica que fue inmovilizada. Energía que fue inmovilizada, por otra parte, cuando ocurrió la inmovilidad.

En los animales vemos que la inmovilidad muchas veces funciona como éxito de sobrevivencia. Los animales se congelan para luego descongelarse, sin llegar a traumatizarse. Es que, en la evolución, ganar no es lo que cuenta, sino sobrevivir. A la naturaleza no le importa si lo hacemos huyendo, atacando o inmovilizándonos. El organismo será traumatizado sólo si su sistema nervioso no es capaz de des-inmovilizarse y volver a su anterior funcionamiento. Cuando la inmovilidad se cristaliza, y la energía no es posteriormente descargada, el metabolismo queda interrumpido. La conducta hiper-vigilante continuará porque la sobreexcitación interna sigue. Y ésta se convierte ahora en el principal peligro. Una vez que la amenaza externa no está nos tenemos que cuidar ahora del adentro. Al igual que en el síndrome de pánico, el adentro se

torna tan peligroso como lo era antes el afuera. Como las respuestas activadas por el reflejo de alarma son conductas que están fuera del control volitivo (se originan en el cerebro reptiliano) las lógicas provenientes del neo-córtex generalmente no ayudan (Berceli, 2012).

Como veíamos anteriormente otros signos de la persona traumatizada, los encontramos en la hiper excitación que se manifiesta por agitación respiratoria, aumento de los latidos cardíacos, problemas para dormir, tensión muscular, pensamientos acelerados, ataques de angustia. Debemos tener en cuenta que todos los síntomas que venimos enumerando no son siempre consecuencia del trauma. Pero cuando todos estos síntomas que presentamos se tornan crónicos estamos en presencia de la traumatización, y llegan a producir una angustia y ansiedad intolerable que termina instalándose en la vida de estas personas.

Cuando la persona empieza a salir de la inmovilidad anorgonótica, lo que va aparecer es el terror y la rabia. El terror que lleva a huir y la rabia que lleva a atacar. Ambas respuestas fueron anteriormente bloqueadas o no tuvieron éxito. Hacer contacto con estas emociones es a su vez tremendamente amenazante.

Como la energía no puede ser descargada saludablemente (reguladamente), al levantarse el freno anorgonótico el organismo puede canalizar su energía a través de conductas como el comer en exceso, adicciones, no dormir, promiscuidad, abuso, depresión, ansiedad, violencia familiar, aislamiento social, fobia social, desesperanza, temor irracional a equivocarse, actividad maníaca, etc.

La función primordial de estos síntomas es la de servir de descarga substituta a la hiper excitación, al exceso de energía. Estas actividades no son guiadas por lo que se necesita o desea, sino por el exceso de energía. Los individuos con TEPT usualmente desarrollan más de un síntoma, y a medida que más energía se va liberando, más síntomas pueden aparecer o intensificarse los ya presentes (más hipervigilancia, más hipotonía, más fobia, más depresión, etc.).

El ser humano traumatizado está en una trampa. Por un lado no tolera la experiencia de la inmovilidad analgésica, y por otro no tolera el fin de la inmovilidad. En el medio está extendida toda la sintomatología traumática.

La metodología tradicional de trabajo bioenergético (*unfolding process* o desacorazamiento capa por capa) guarda ciertas diferencias e identidades con el trabajo de los estados de shock no resueltos.

En el caso del estrés traumático se fortalecerán y se crearán los recursos necesarios para volver a la homeostasis anterior.

En el desacorazamiento se trata de desbloquear la coraza y de producir un aumento en la excitación, aumentando además la tolerancia a la misma.

En el trabajo con estados de shock se busca apaciguar la sobreexcitación a través de la contención energética en un trabajo de aprendizaje de tolerancia a las sensaciones. Para ello es importante relevar con qué recursos internos cuenta el paciente para lidiar con la sobrecarga y con la hiper excitación.

A diferencia del trabajo de desacorazamiento clásico, en donde tratamos de desestabilizar la coraza para llegar a un orden de funcionamiento más saludable (quizás no alcanzado antes), en el tratamiento del TEPT buscamos estabilizar y proveer recursos (en especial los somáticos) para alcanzar la homeostasis anterior al trauma.

Se trabaja con algunos objetivos específicos. Por ejemplo:

- Aprender a tolerar las sensaciones de su cuerpo.
- Apoyarse en el contacto ocular a fin de no perder la orientación de lo que le sucede.
- Buscar la autorregulación del proceso energético. Autorregulación favorecida por el manejo gradual de sus movimientos y el restablecimiento de la tensión muscular (por ejemplo, tensando y aflojando los músculos esqueléticos).
- Trabajar la memoria traumática desbloqueando la coraza cerebral.

En el abordaje psicoterapéutico del TEPT la información sensorial es tan importante como el conocimiento cognitivo y emocional.

La conciencia sobre las sensaciones del cuerpo es enormemente útil cuando trabajamos con temas relacionados con el desarrollo, pero son aún más importantes cuando trabajamos con traumas por shock. Las sensaciones del cuerpo son una vía directa al inconsciente y hablan el lenguaje de las partes más viejas y primitivas de la mente. Si bien, en el abordaje psicoterapéutico del TEPT, la reestructura cognitiva es importante, el proceso curativo debe incluir necesariamente experiencias corporales (Berceli, 2012; Gonçalvez Boggio, 2010).

En la medida en que la memoria traumática consiste sobre todo en experiencias somatosensoriales: sensaciones, experiencias perceptivas, respuestas de comportamiento y estados afectivos con poca representación verbal, el abordaje clínico de la coraza cerebral adquiere una importancia significativa (Berceli, 2007).

La investigación y la observación clínica indican que los síntomas sufridos por sobrevivientes de traumas por shock involucran principalmente las partes más bajas y primitivas del cerebro, por lo que podemos deducir que

las intervenciones somáticas son muy importantes para facilitar la reorganización del material traumático y desarrollar los recursos biológicos para salir del patrón traumático (Berceli, 2007, 2012).

Existe en general acuerdo entre los profesionales en el campo del trauma, en que la cura requiere recordar y de alguna forma procesar el material traumático (van der Kolk, 1996). Lo que resta por dilucidar es cómo hacerlo. El hablar sobre la experiencia traumática es muy probable que omita elementos importantes. En la medida en que partes significativas de las experiencias traumáticas pueden estar disociadas, las mismas serían inaccesibles por métodos verbales. Es así que las terapias verbales pueden ser muy efectivas a la hora de lograr una reorganización cognitiva, pero dejan sin analizar las bases fisiológicas, motrices y emocionales de las experiencias traumáticas (Resnick-Sannes, 2002).

Debemos tomar en cuenta, por otra parte, que las psicoterapias que favorecen la catarsis corren el riesgo de retraumatizar al paciente. Revivir un evento traumático, parcial o totalmente, no sólo no es necesariamente curativo, sino que, muy probablemente puede calar profundamente en las marcas psicocorporales del trauma (por ejemplo en la configuración de la red neuronal del trauma), para lo cual es necesario, a la hora de evocar el trauma, de realizar procedimientos estandarizados y protocolizados que permitan entrar y salir de la confrontación con el material traumático sin riesgos de retraumatización (Gonçalvez Boggio, 2014a, 2014b).

El trabajo de abreacción descontrolado puede ocurrir incluso en psicoterapias verbales cuando el psicoterapeuta no está entrenado para lidiar con el terror, la rabia o el descongelamiento de los estados de inmovilidad, que probablemente emerjan al trabajar con los núcleos del TEPT.

Por otra parte, los psicoterapeutas corporales no familiarizados ni entrenados en el trabajo con TEPT son particularmente proclives a descubrir el material traumático de shock, porque las intervenciones somáticas son particularmente efectivas en estos casos. En la medida en que las experiencias traumáticas tienen un alto contenido energético, cuando quedan expuestas, la intensidad de las respuestas fisiológicas y emocionales que involucran, pueden dejar al paciente nuevamente sintiéndose totalmente impotente y sin control, generando así probablemente una retraumatización. Por eso mismo el trabajo catártico, que lleva a que el paciente se desborde con respuestas emocionales y fisiológicas relacionadas con el trauma, hace que el espacio psicoterapéutico se vuelva inseguro, minando la confianza en el vínculo y en el psicoterapeuta, por lo que se lo considera inadecuado. El modelo

clásico de descarga en donde las experiencias traumáticas deben ser “evacuadas” desde el principio del trabajo clínico no es considerado como el más adecuado dentro de la psicotraumatología contemporánea (Gonçalvez Boggio, 2010).

Para el abordaje psicoterapéutico del TEPT consideramos que hay tres fases del tratamiento en las cuales el trabajo psicocorporal es particularmente importante. La primera fase es la etapa inicial del tratamiento a la que denominamos: educación, contención, estabilización y establecimiento de la seguridad. La segunda fase del tratamiento en la cual la orientación somática parece crucial es en la renegociación, reorganización e integración del material traumático. La tercera fase el acercamiento corporal ofrece recursos importantes que ayudan a restablecer en el paciente traumatizado la capacidad para el placer y las experiencias positivas, reconectándolo con la vida cotidiana libre ya de los sinsabores de la experiencia traumática (Gonçalvez Boggio, 2010).

#### **4.2 Educación, contención, estabilización y establecimiento de un vínculo seguro**

Para la mayoría de las corrientes psicológicas la relación psicoterapéutica es la base para todos los abordajes clínicos, siendo fundamental en el tratamiento de todos los problemas emocionales.

En el tratamiento del trauma por shock el proceso curativo debe darse en un vínculo seguro entre psicoterapeuta y paciente (*bonding*). Esta relación, en donde el paciente deposita la confianza en el psicoterapeuta y en la construcción de una alianza psicoterapéutica, va a ser la clave que ayudará al paciente a moderar y regular la estimulación emocional en los momentos de renegociación de los recuerdos traumáticos.

En el trabajo con TEPT es indispensable una fuerte presencia empática del psicoterapeuta: su habilidad para entender las experiencias traumáticas, su capacidad para contener el horror y el sufrimiento expresado por el paciente van a ser esenciales en la 1ra. y en la 2da. fase del tratamiento.

Es muy importante en la primera sesión de entrevista que el paciente no se sienta observado o cosificado como un futuro “caso a analizar” al que se le está sacando información por medio de un interrogatorio más o menos abierto y/o dirigido. Por el contrario, es muy importante que el paciente sienta la resonancia de campos energéticos en donde el psicoterapeuta lo está acompañando en su historia al hacerle preguntas sobre su vida familiar, emocional, social, etc.

En el trabajo con pacientes con TEPT el consultorio (como campo energético) adquiere una relevancia especial al igual que, por ejemplo, en el trabajo con psicóticos, por lo que es conveniente tomar algunos aspectos en consideración.

Particularmente le permito al paciente decidir cómo le gustaría que nos ubiquemos en el consultorio, monitoreando desde un primer momento la distancia entre ambos. Algunos de los pacientes con TEPT son muy sensibles a las distancias, mientras que otros no lo son, debido a que no sienten sus límites. Para aquellos que lo son, les sugiero que escojan un lugar en el consultorio en donde se puedan sentir seguros. Pidiéndoles, a su vez, que me digan en qué parte del consultorio prefieren que me sienta, de modo tal que no se sientan invadidos. Periódicamente les pido que dirijan sensiblemente la atención a su respiración, a sus tensiones musculares, o a otro tipo de experiencias corporales, como una forma de chequear si la distancia es adecuada para ellos. Al mismo tiempo, trato de estar conciente de los pequeños movimientos de sus rostros y del resto del cuerpo, y les devuelvo la información, especialmente a aquellos pacientes que necesitan desarrollar más auto-conocimiento y conciencia corporal.

Es muy importante tomar en cuenta que el consultorio del psicoterapeuta no será sentido como un lugar seguro si el paciente se encuentra reviviendo traumas cargados de emociones intensas y deja la sesión sintiéndose desorganizado, temeroso y vulnerable. El trabajo de centramiento y de enraizamiento al finalizar las sesiones es muy importante al confrontar el estrés postraumático.

Al trabajar con pacientes con TEPT podemos ver en sus cuerpos, con frecuencia, falta de vida. La sensación que dan estos pacientes es que no están conectados con sus cuerpos. Al preguntarles a estos pacientes como se sienten generalmente encontramos en sus respuestas referencias a fallas en diferentes partes de su cuerpo, declaran no sentir nada con respecto a su cuerpo, o pueden expresarnos literalmente un odio hacia su cuerpo. Es sorprendente, en ocasiones, escucharlos decir “bueno, veo mis pies y veo mis piernas, pero en realidad no las siento”. Frecuentemente hay falta de energía en los brazos, en las muñecas y en los tobillos (lo que junto al shock cefálico y al bloqueo occipital, explican el funcionamiento del *holding together*).

Evidentemente estos pacientes necesitan una nueva realidad: la realidad del aquí y ahora. Por lo que un objetivo clave en la psicoterapia va a ser recuperar o establecer el desarrollo de buenos sentimientos hacia su propio cuerpo; tomar contacto con las emociones reales (emociones



básicas como la bronca y el miedo); reaprender como llorar, sonorizar, hacer *facing*, etc.

El trabajar psicocorporalmente desde el comienzo del tratamiento permite desarrollar la sensibilidad somática del paciente.

Por medio de intervenciones tangibles, y al experimentar el paciente que el psicoterapeuta es capaz de tratar sus síntomas más angustiantes, generalmente se genera en el paciente una sensación de confianza y alivio, reforzando así la idea de que el consultorio es un lugar seguro para trabajar sus sufrimientos. Dirigiendo sensiblemente la atención al cuerpo, por medio del trabajo energético se le quita la presión al paciente de que debe hablar sobre lo sucedido. Trabajando a un nivel corporal desde el comienzo del proceso psicoterapéutico nos permite desarrollar la seguridad de que, eventualmente, la historia completa del trauma va a emerger al propio ritmo del paciente. En mi opinión, acordar esto con el paciente facilita en gran medida la construcción de la confianza en el vínculo y las posibilidades de entrega en el proceso. Usualmente convengo con los pacientes que llegan a mi consulta con TEPT que, en algún momento del proceso, va a ser importante hablar acerca de los sucesos traumáticos, pero que ello sucederá en sus propios tiempos y a su ritmo. Inicialmente a lo que me comprometo es a ayudarlos a sentirse mejor. Para lo que les propongo la realización progresiva, gradual y sostenida de trabajo biofísico, de forma tal que puedan disminuir sus síntomas empleando intervenciones somáticas. Estas intervenciones varían de acuerdo a cómo se presenta cada paciente en el momento singular del comienzo del proceso psicoterapéutico, e incluso varían en función de lo que va aconteciendo en cada sesión en particular, aunque para nuestra investigación el trabajo está absolutamente protocolizado.

Por ejemplo, con algunos pacientes es necesario comenzar trabajando con la respiración: aumentando el flujo respiratorio, haciendo énfasis en sentir el movimiento de la energía circulando en sus cuerpos, ayudándolos a relajarse mientras exhalan, facilitando el retorno de esa energía exhalada, privilegiando por momentos la fase inspiratoria; estimulando la elongación y la expansión de los tejidos severamente contraídos, y facilitando la actividad parasimpática de relajación por medio de una respiración lenta y profunda.

Con otros pacientes comenzamos haciendo hincapié en la gramática expresiva del cuerpo apoyándonos en la lectura corporal, señalándoles cómo están organizados físicamente, y qué hacen a nivel corporal cuando se disocian o comienzan a sentirse hiperestimulados. Estos trabajos de Psicología Formativa (S. Keleman) facilitan, en gran medida, la

comprensión de sus síntomas y les permite experimentar cómo están relacionados con las secuencias somáticas de los eventos traumáticos: las alarmas y alertas, los impulsos de huir o luchar, el frenesí desorganizado, la inmovilidad y la disociación, etc.

Es por ello que la educación sobre los síntomas es un primer paso importante en el tratamiento de TEPT.

Las personas que sufrieron experiencias extremas, ya sea abuso violento o tortura, frecuentemente se sienten muy confundidos sobre lo que están experimentando. En algunos casos aparece el temor a enloquecer debido a la intensidad de sus emociones y a la sobre-estimulación fisiológica. El sólo hecho de sentirse tan fuera de control los atemoriza persecutoriamente. Por eso es importante proveerles un marco cognitivo en el cual estos pacientes puedan volcar y desintensificar sus experiencias negativas, ya que los ayuda a sentirse menos perseguidos, y a entender que su actual sufrimiento está relacionado con los eventos traumáticos del pasado. Por lo general, los pacientes sobrevivientes de sucesos traumáticos extremos se alivian mucho cuando se les da esta información. Si bien la información no alivia sus síntomas, genera la capacidad de referirse a ellos de una forma diferente. Los pacientes comienzan a considerar sus síntomas como potencialmente manejables, desde que han tenido el suficiente valor para resistir y sobrevivir en situaciones extremas. El sentido de los síntomas puede analizarse así en un contexto más amplio, que incluye necesariamente la inclusión de la dimensión socio-histórica.

Aun así tenemos que tomar en cuenta que cada paciente es diferente y que debemos comenzar la renegociación del material traumático prudentemente. Muchas veces vamos a tener que encontrar formas creativas y poco usuales para ayudarles a comprender sus síntomas angustiantes.

En la primera fase de contención y estabilización se requiere el desarrollo de recursos internos, pero también de recursos externos. El re-establecimiento de soportes externos, necesarios para la estabilización de la vida del paciente, muchas veces se ve complicado fundamentalmente por situaciones económicas, familiares y/o político-sociales, que trascienden las posibilidades del encuadre y del contrato psicoterapéutico. Por ejemplo, es difícil para nosotros como psicoterapeutas, incidir directamente sobre las posibilidades de desarrollo económico de los pacientes. Para una persona con TEPT que está empezando un proceso psicoterapéutico es esencial el tener un lugar donde vivir, una fuente de ingresos y contactos humanos significativos en

sus vidas, como para poder hacer *facing* y comenzar a elaborar las situaciones traumáticas. No siempre ocurre así con los pacientes retornados.

Si bien como psicoterapeutas muchas veces no podemos cambiar las situaciones externas, sí podemos influir directamente en el desarrollo de los recursos internos.

Los pacientes con TEPT llegan a las primeras consultas con una organización somática en shock. Durante la fase de estabilización y contención el primer objetivo del trabajo biofísico es desintensificar los síntomas que están interrumpiendo el sentido del equilibrio y de la auto-regulación orgánica (recuerdos intrusivos, pesadillas, insomnio, ataques de pánico, sobreestimulación energética, trastornos psicósomáticos, etc.), para poder pasar luego a una segunda fase de renegociación del material traumático.

En este primer momento, con el objetivo de recuperar el sentido de equilibrio y de auto-regulación orgánica, es muy importante el trabajo con el 5to. segmento de la coraza, ya que estos pacientes, por lo general, presentan una inmovilización del diafragma que dificulta la inhalación profunda e imposibilita una exhalación completa.

Generalmente es necesario trabajar además con la severa constricción que presentan en los anillos de pasaje (especialmente en la base del cráneo, y en segundo lugar en el sacro), buscando generar un movimiento centrífugo de la energía desde el centro de estas zonas hacia la periferia del cuerpo.

Durante la fase inicial de construcción de recursos, las intervenciones somáticas pueden ser empleadas para facilitar el movimiento funcional del segmento diafragmático, lo que llevará al paciente a un patrón de respiración más profunda, desarrollando la habilidad de inhalar profundamente y de exhalar completamente. Moviendo la energía hacia los pies y piernas, en un movimiento centrífugo desde el núcleo del organismo hacia la superficie (piel, extremidades, puntos de contacto) posibilita no sólo una intervención directa sobre los síntomas que afligen al paciente, sino también relajar las constricciones de los tejidos y las tensiones musculares. Al facilitar el movimiento energético centrífugo, se posibilita que el paciente se sienta más en la realidad presente, tomando contacto con la recuperación de su fuerza y la capacidad para auto-sostenerse. Es decir, se logra que el paciente gane consistencia al aumentar su *grounding* y pueda sentirse así más enraizado.

Las intervenciones somáticas que encuentro más útiles a este respecto (además de las descritas anteriormente), generalmente involucran

primariamente un trabajo básico de respiración y de enraizamiento, y provienen de la tradición de ejercicios bioenergéticos (W. Reich, A. Lowen). Otra intervención somática provechosa en esta etapa del tratamiento es pedirle al paciente que profundice en una organización somática en particular exagerándola lentamente, para luego salir de esa exageración hasta cambiar de forma y construir otra organización somática (S. Keleman). Este trabajo de corporización es hecho muy lentamente, con el paciente manteniéndose tan conciente como sea posible de lo que está pasando. El trabajo desde la Psicología Formativa permite construir una “co-conciencia” (foco de atención dual) entre la capacidad de estar “aquí” (en el presente) y “allá” (en el trauma pasado). Es particularmente útil para ayudar a concientizar al paciente acerca de cómo se organiza físicamente cuando está muy ansioso, al comienzo de un ataque de pánico, cuando comienza a disociarse, o cuando se siente inmovilizado y/o anestesiado. El paciente empieza a desarrollar así una conciencia de sensación, tan importante para el trabajo de renegociación de material traumático que se hará más adelante.

Otro recurso terapéutico que podemos integrar, en esta etapa inicial de estabilización, es la utilización de imágenes que contengan recuerdos positivos y/o visualizaciones de “lugares seguros”, que puedan estimular en la conciencia del paciente sentimientos y sensaciones corporales positivas y seguras. Este trabajo contribuye a que los pacientes con TEPT puedan sentir a sus cuerpos como recursos y no sólo como fuentes de dolor y sufrimiento.

En esta primera fase, al dirigirse directamente a la estructura física y energética de la organización en shock, se logra una intervención directa sobre los síntomas que afligen al paciente. El propósito del trabajo somático de restaurar el equilibrio biofísico y energético, se consigue una vez que los pacientes comienzan a sentirse, otra vez, en control de sus cuerpos. En este sentido, como se decía anteriormente, el trabajo somático es esencial antes de comenzar a renegociar y reorganizar el material traumático.

Una vez establecido un vínculo seguro en donde la psicoeducación, la contención, la estabilización y la creación de soportes se hayan desarrollado, la habilidad del psicoterapeuta para ayudar al paciente a renegociar e integrar el material traumático, pasa a convertirse en la figura del tratamiento, en una segunda fase de renegociación, reorganización e integración.

### **4.3 Renegociación, rememoración, reorganización e integración del material traumático**

La primera fase de estabilización, contención y construcción de soportes es importante para que el paciente con TEPT pueda entender que, conocer los sentimientos y la fisiología relacionados con la situación traumática, no lo devuelve necesariamente al trauma original y a la violencia, la desesperación y la impotencia asociadas con el mismo.

En esta fase de renegociación, rememoración, reorganización e integración es clave evitar la retraumatización.

Por ejemplo, cuando estos pacientes hablan de sus experiencias traumáticas es importante que dicha verbalización no derive en un “callejón sin salida”, reviviendo las escenas perturbadoramente, a punto tal que se sientan fuera de control e impotentes una vez más.

En el corazón de los sucesos traumáticos los pacientes con TEPT han experimentado la máxima intensidad en cuanto a pérdida de control sobre sus propias vidas y sus propios cuerpos. Por lo tanto, de allí en más, seguramente buscarán evitar reexperimentar el miedo y el terror, asociado con la pérdida de control (inherente a las experiencias de shock). Clínicamente tenemos que tomar en cuenta, por lo tanto, que para estos pacientes el control lo es todo.

A través de la intervención directa en los niveles biofísicos y energéticos de la experiencia, así como en los niveles cognitivo y emocional, los pacientes con TEPT pueden experimentar el estar en control de sus respuestas corporales mientras renegocian e integran los eventos traumáticos.

El centrarse y enraizarse en la experiencia corporal permite enlentecer el proceso de confrontación con el material traumático. Este dispositivo de enlentecimiento permite incluir detalles antes no formulados y le brinda al paciente cierta distancia con respecto a la experiencia traumática.

Para ello asentamos el relato de la historia del trauma en las sensaciones corporales manteniendo al paciente conectado a la realidad presente y al contacto con el terapeuta. Podríamos afirmar así que el paciente es quien guía, establece el ritmo y está en control del proceso. De esta forma el paciente con TEPT es capaz de reorganizar la experiencia traumática tanto neurofisiológicamente como emocional y cognitivamente.

Las últimas investigaciones realizadas en psicotraumatología indican que los eventos traumáticos son recordados en el inconsciente primeramente como experiencia somatosensorial o como recuerdo implícito y que es la psicofisiología anormal asociada que dirige los síntomas de TEPT (van der

Kolk, 1994, 1996, 1997; van der Kolk y van der Hart, 1989, 1991; van der Kolk y Fislser, 1995).

Un acercamiento psicoterapéutico somático ofrece una forma de intervención directa en el nivel biológico de manera de reestructurar el material traumático, por ejemplo, haciendo de la memoria implícita, memoria explícita.

En términos energéticos podríamos decir que el poder focalizarse en la sensación provee una puerta de entrada a las zonas del inconsciente en donde se encuentra el potencial para la auto-regulación y curación profundas (Levine, 2012).

Las intervenciones psicocorporales bioenergéticas tradicionales de centramiento (respiración), enraizamiento (arraigo, toma de tierra) y focalización (contacto, *facing*) permiten disminuir considerablemente los síntomas. El trabajar centrándose-enraizándose-focalizándose en las sensaciones ayuda a la estabilización del paciente y son conceptos técnicamente útiles en la fase de renegociación de los eventos traumáticos.

Levine (1999, 2012) ofrece un método refinado y directo de intervención en el nivel biológico tendiente a reestructurar el material traumático. Al proceso de reestructuración cognitiva (hacer de la memoria implícita, explícita) se superpone la reestructuración organísmica de las respuestas corporales del tronco cerebral primitivo. Esta forma de trabajo (SE) desestructura, gradual y progresivamente, las reacciones traumáticas, entendiendo a éstas como patrones neuromusculares mal adaptados que subyacen a la sintomatología del TEPT. Desde el abordaje del dispositivo levineano aquellas respuestas al trauma que permanecen incompletas en el sistema nervioso son “descongeladas” y se les permite completarse. Es decir, los recursos biológicos innatos, desbordados al momento del trauma, son restaurados para que el paciente pueda ser capaz de ejercer control sobre su propio cuerpo y sobre su propia vida.

Levine (1999) introduce una serie de principios fundamentales a la hora de renegociación del material traumático. El primero es la idea de *titration* que podríamos traducir como graduación, o mejor aun como dosificación. Tenemos que tomar en cuenta que durante un evento traumático un enorme monto de energía es comprimido en el sistema nervioso. Terapéuticamente la repentina liberación de esta energía puede derivar en una explosión de intensas emociones y en una estimulación fisiológica descontrolada. Esta “liberación explosiva” no es curativa para la persona con TEPT sino que, por el contrario, puede ser retraumatizante. *Titration* (un término tomado de la química) significa que sólo un pequeño monto de

energía es liberado cada vez que se trabaja con el paciente, permitiendo que las sensaciones corporales y las emociones sean asimiladas, y el sistema nervioso pueda ajustarse así a cada nuevo nivel de excitación y de descarga. La graduación o dosificación consistiría entonces en un enlentecimiento o desaceleración del proceso de renegociación del material traumático. Si el paciente se torna excesivamente activo desde el punto de vista fisiológico, hasta el punto de entrar en un estado de mucha ansiedad o temor, entonces el terapeuta puede enlentecer el proceso. Por ejemplo, volviendo al paciente conciente de su respiración, o pidiéndole que focalice su atención en una sensación en particular.

No debemos olvidar que, siguiendo el principio de identidad funcional reichiano, los recuerdos relatados permanecen asentados en experiencias corporales. Por lo tanto, la dosificación de las experiencias sensoriales y perceptivas y de las imágenes asociadas, así como la graduación de las emociones y pensamientos involucrados, permiten la reasociación de fragmentos de la memoria. En el relato de los pacientes que fueron atendidos en el GE con el protocolo de EMDR+ET, fuimos percibiendo sesión tras sesión, una expansión orgánsmica cada vez mayor, progresiva y gradual, al mantener cada parte de la experiencia traumática anclada en la experiencia corporal.

Por ejemplo, si un paciente, en el medio de la sesión verbaliza “tengo miedo”, se le pregunta: “¿en qué parte del cuerpo siente el miedo?”. El paciente puede responder: “aquí, en mi pecho”. Entonces podemos re-preguntar “¿cómo se siente ese miedo en su pecho?”; el paciente dirá quizás “como un aleteo o como una opresión en mi corazón”, dando pie para introducir un trabajo energético para abordar esa sensación medrosa. Es decir, describiendo en detalle y corporizando la experiencia emocional, enlentecemos el proceso, dosificando la descarga y brindándole al paciente la distancia necesaria que le permita reasociar fragmentos de la memoria traumática. Esta forma de trabajo la veremos con mayor profundidad en el próximo capítulo (2.2.7.3: Trabajando con las emociones y las sensaciones usando un protocolo de EMDR+ET).

Señalarle, devolverle, darle *feedbacks* sobre lo que uno está viendo en un nivel corporal, es importante para el mantenimiento del contacto con el paciente: “veo que tus ojos están parpadeando rápidamente moviéndose hacia un lado y otro”, “ahora tu respiración se vuelve más superficial”, “noto cierto temblor en tus brazos y en tus piernas”.

Es fundamental para este proceso de dosificación trabajar con la emoción más profunda (el miedo) desacoplando el temor o el terror y las respuestas inmovilizantes, de las sensaciones. Para ello es esencial mantener al

paciente arraigado en la experiencia sensorial. Por un lado, para enlentecer el proceso cuando sea necesario, y por otro, para poder estimular las respuestas orientadoras incompletas y los impulsos defensivos bloqueados. En muchos casos éstos emergerán como micro-movimientos. Pero imponer movimientos al paciente no es a lo que estamos haciendo referencia. “Imponemos” una respuesta cuando le pedimos al paciente que golpee, patee o empuje cuando se siente inmovilizado. Otra forma de abordarlo sería apoyando al paciente para que dirija sensiblemente la atención a sus experiencias sensoriales siguiendo los micro-movimientos de su cuerpo: en este contexto es que las respuestas frustradas de orientación y las respuestas defensivas de huir y pelear, pueden emerger, ser completadas y restablecidas gradual y dosificadamente.

Este proceso se realiza en *slow motion* y permite que las respuestas superpuestas del trauma se desacoplen o desasocien, que las respuestas defensivas frustradas y de orientación se completen, y se pueda salir del estado de inmovilidad traumático (Levine, 1999, 2012).

La superposición (*overcoupling*) es un término utilizado por Levine (1999) para referirse a la sobre-asociación de sensaciones, emociones, pensamientos y comportamientos relacionados con la experiencia traumática. “Todos los caminos conducen al trauma”: por ejemplo, en un clásico ataque de pánico una sensación se superpone vertiginosa e intempestivamente con otra, luego con un pensamiento, después con una emoción, etc., etc. Descomponer esta cadena de eventos experimentados en una rápida sucesión requiere enlentecer el proceso; haciendo lo que Levine llama “*the taffey pull*”: focalizar durante un largo rato en un sólo aspecto de la superposición (por ejemplo, en una sensación), creando espacio para que ingrese nueva información. Se le puede pedir al paciente, por ejemplo, que lentamente vaya hacia atrás y hacia delante entre una sensación y otra, o entre una sensación y una emoción, o entre una sensación y una imagen.

En la etapa de renegociación, memorización, reorganización e integración del material traumático el paciente debe ser capaz de valerse de experiencias positivas reconfortantes, y de sus propios recursos internos vitales.

Levine (1999) agrega en su dispositivo dos conceptos adicionales: el vórtice del trauma (*trauma vortex*) y el vórtice curativo (*healing vortex*). El vórtice del trauma incluye todas las reacciones traumáticas involucradas en el trauma original. En los pacientes con TEPT inicialmente hay mucha



más energía en el vórtice del trauma que en el vórtice curativo. La sintomatología familiar del TEPT, descrita líneas arriba, deriva en gran medida del vórtice traumático, que chupa en forma permanente la energía del paciente y lo empuja para entrar en el pozo de experiencias, no integradas y no digeridas, relacionadas con el trauma.

El efecto pendular de moverse entre el material traumático (vórtice del trauma), las respuestas parasimpáticas y las imágenes curativas (vórtice curativo) se logra con más facilidad cuando el evento traumático es un único incidente. Cuando el trauma es más complejo, por ejemplo, en pacientes en donde se superponen traumas de desarrollo y traumas por shock, establecer un vórtice curativo requiere de intervenciones activas por parte del terapeuta.

Según Levine (2012), hay una tendencia a moverse desde la periferia de uno de los vórtices a la periferia del otro, o desde el núcleo de uno al núcleo del otro. En el proceso de renegociación, cuando la experiencia permanece asentada en la sensación, el paciente con TEPT generalmente comienza trabajando en la periferia del contenido traumático, trayendo componentes curativos periféricos. La tendencia será a moverse cada vez más cerca del núcleo del evento traumático, mientras que comienzan a aparecer las imágenes curativas asociadas a experiencias corporales (en algunos casos las mismas tienen claramente contenidos espirituales, arquetípicos y/o artísticos).

Varias veces hemos quedado felizmente asombrados con la capacidad que el inconciente de los pacientes provee para equilibrar los eventos y las escenas traumáticas que se están renegociando en sesiones “difíciles”.

De todas formas, en esta etapa de renegociación, memorización, reorganización e integración es conveniente tomar en cuenta algunos detalles. A veces un evento que se ve como insignificante (una expresión particular en el rostro del psicoterapeuta; una sesión que debió ser cancelada por viaje del psicoterapeuta; un “mal ritmo” con un ejercicio) puede disparar una crisis, puede provocar tristeza, rabia o pánico, respectivamente. A través de estas situaciones de crisis, muchas veces la historia traumática del paciente está siendo recontada.

Si bien el trabajo energético con el trauma es realizado poco a poco (con contacto, enraizando), al brindar mayor energía a las zonas bloqueadas, escindidas o disociadas el trabajo de reconexión e integración no siempre es fácil. Idealmente deberíamos ayudar a los pacientes a tomar contacto con su memoria traumática de un modo que la experiencia sea manejable psicoterapéuticamente. No obstante, muchas veces pueden darse situaciones de emergencia cuando el yo de los pacientes no es lo

suficientemente fuerte como para contener la intensidad de dichas experiencias. En esos casos, los pacientes pueden verse repentinamente desbordados por memorias y sentimientos intensos que pueden llevarlos al borde de la desorganización. En esos momentos es muy importante que el terapeuta vuelva a centrarse en la contención y en el enraizamiento. Louise Fréchette (1998) en un claro texto (*“Complex post-traumatic stress disorder: putting the pieces back together”*) señala al enraizamiento como una base segura, como un “buen padre interior”, que permite mantener bajo cuidado al “niño interno traumatizado”, una vez que la psicoterapia termine. Fréchette sugiere darle la posibilidad al paciente de enraizarse a través del cuerpo del psicoterapeuta. Cuando un proceso de recordación o de duelo se vuelve muy atemorizante o invasivo, uno de los tantos modos que le permiten al paciente enraizarse a través del cuerpo del psicoterapeuta es invitarlo a que se envuelva en posición fetal sobre la espalda del psicoterapeuta, mientras que éste, sentado, coloca una mano sobre el cuello del paciente, y otra en la parte inferior de sus piernas o sus pies.

#### **4.4 Trabajando con las emociones y con las sensaciones con el protocolo de EMDR+ET**

Los terapeutas no debemos encarar las abreacciones emocionales del paciente como algo imperativo que puede o debe suceder en las sesiones, ni por el contrario, como algo peligroso y/o innecesario.

Debemos aceptarlas como una parte integral de la respuesta subjetiva del paciente durante el procesamiento de la información disfuncional.

Los pacientes pueden vivenciar sus emociones con una intensidad que puede variar en un amplio espectro.

Debido a la estimulación de informaciones que producen los movimientos oculares, las percepciones originales no metabolizadas emocionalmente son traídas a través de la estimulación bilateral, a algún nivel de conciencia.

Cuando son vivenciadas con un alto nivel de perturbación, por lo general ocurre la abreacción.

El proceso de EB no fuerza la abreacción, ni la suprime. El mensaje continuo que transmitimos como terapeutas es: “deje venir lo que venga; deje pasar lo que tenga que pasar”.

Al trabajar con estimulación bilateral, tomamos la abreacción como una analogía de la liberación de la perturbación emocional. La misma se expresa en el contexto de un foco dual, con un paciente orientado al

evento traumático pasado, al mismo tiempo que se focaliza en el sentimiento de seguridad y confianza en el presente. En el presente representado en la seguridad del setting y del encuadre psicoterapéutico, y en la confianza en el vínculo interpersonal con el psicoterapeuta. En este sentido, la abreacción emocional se distingue distinta de la emoción proveniente de un flashback intrusivo, o de la emoción producida por una situación de hipnosis, o de la catarsis histeriforme, en donde el paciente gasta energía en gritar, moverse o patear sin funcionalidad y sin procesar el material traumático subyacente.

El procesamiento acelerado de EMDR+ET permite resolver situaciones traumáticas en un tiempo comparativamente menor a otros tratamientos convencionales. El protocolo de EMDR+ET posibilita que las abreacciones emocionales se desarrollen en temporalidades comparativamente más rápidas.

La necesidad del paciente de aceptación, soporte y cuidado se hace especialmente visible durante los momentos en que se producen las abreacciones emocionales. Por lo tanto, es importante en estos momentos, mantener el sentimiento de seguridad de los pacientes.

El psicoterapeuta debe estar centrado y enraizado frente a reacciones de intensa emoción que puedan emerger en el paciente durante el procesamiento de la escena traumática. Esto implica, por ejemplo, que cualquier temor que el psicoterapeuta pueda sentir en relación a las respuestas del paciente, será probablemente comunicado en el tono de voz o en pistas no verbales.

La estimulación de blancos de memoria posibilita que las emociones que estaban bloqueadas en el momento del evento aparezcan actualmente.

Es importante tener en cuenta que aun cuando el paciente tenga 50 años al momento del tratamiento, puede sentir emociones de un niño. Así, el terror o el desamparo de un niño de 5 años, atacado físicamente, puede ser revivido en toda su intensidad original. Y si un paciente negó durante 45 años esas emociones, es necesario hacerle sentir que está seguro, para vivenciarlas ahora en la presencia del terapeuta. Este punto es especialmente importante en casos en donde hay un alto nivel de auto-denigración y culpabilización, inherentes a la experiencia remota. En este sentido, es sumamente importante que el paciente pueda procesar el viejo material traumático sin miedo a ser rechazado o juzgado negativamente.

Si el terapeuta no está preparado para trabajar con altas cantidades de energía y considera las respuestas emocionales como “desagradables”, el paciente puede intentar suprimir su respuesta emocional, lo que puede generar una retraumatización.

## ¿Cómo facilitar la abreacción emocional?

Debemos tomar en cuenta que el evento elegido como blanco a procesar ha sido, en realidad, una fuente de continua disfunción en la vida del paciente.

Por lo tanto, EMDR+ET no está causando la emoción perturbadora del paciente, sino que está liberándola, desbloqueándola.

La abreacción durante el procesamiento es indicador de que el material disfuncional está siendo metabolizado. Generalmente, la abreacción ocurre cuando la información está siendo procesada. Por lo tanto, cuando la abreacción concluye de manera satisfactoria, es un indicador de que la fuente de insatisfacción es simultáneamente resuelta. La abreacción emocional es entonces señal de transformación del material perturbador; es un indicador de salud emergente, de autorregulación emocional. Esto no significa que una sesión altamente abreactiva irá necesariamente a resolver por completo el trauma del paciente.

Es útil tener en cuenta que una abreacción tiene inicio, desarrollo y fin. EMDR+ET posibilita el procesamiento de las abreacciones en un ritmo acelerado y en un tiempo más acotado.

En la mayoría de los casos, la memoria traumática será sustancialmente procesada en sesiones de 60 a 90 minutos.

El psicoterapeuta debe mantener una posición de involucramiento equilibrado y de distanciamiento compasivo en relación al paciente.

El paciente necesita que el psicoterapeuta le proporcione estabilidad emocional y un sentido presente de seguridad durante la abreacción. Pero también necesita comprensión y compasión, no una fría indiferencia (hiper-distanciamiento) a su visible nivel de sufrimiento, ni por el contrario un hiper-involucramiento temeroso del terapeuta.

Encontrar un equilibrio es difícil en psicoterapeutas que trabajan sin prestar atención a la propia contratransferencia, sobre todo a la contratransferencia corporal y energética.

Recomendamos que el psicoterapeuta pueda preguntarse qué tipo de soporte le gustaría tener en caso de ser inundado con emociones o sensaciones físicas de terror o desamparo en la infancia.

Un psicoterapeuta calmado, atento, no sorprendido por el contenido de las abreacciones, amparando y asumiendo la responsabilidad por la seguridad de la situación, va a generar la confianza necesaria para que el paciente pueda sentirse seguro para continuar con el procesamiento.

“Deje venir lo que tenga que venir. Deje aparecer lo que aparezca, sin

juzgarlo, ni criticarlo”, son palabras que alientan al paciente a seguir con el procesamiento.

Tranquilizar al paciente con un tono de voz que transmita al mismo tiempo calma y apoyo (“eso, bien, lo estás haciendo muy bien”) reafirma que lo que está vivenciando se está desarrollando conforme a lo esperado.

Como el paciente puede observar al psicoterapeuta con la visión periférica, al mismo tiempo que está moviendo los ojos, el terapeuta debe mantener una expresión calma y de apoyo a lo largo del procesamiento. Cualquier indicador no verbal de miedo, repulsión o displacer por parte del psicoterapeuta, puede afectar negativamente el sentido de seguridad del paciente, pudiendo limitar la capacidad del paciente para completar el procesamiento. Antes de comenzar el mismo, es importante recordarle a los pacientes que están en seguridad en el presente, y que cualquier perturbación que sientan está siendo causada por las cosas viejas y que ahora no están en peligro. Esto implica que el paciente pueda sentir el procesamiento de la experiencia traumática de forma plena, pero sin dejar de mantener un sentido de control, en la seguridad del presente.

Al convenir previamente una señal de *stop*, si el paciente levanta la mano (por ejemplo) el psicoterapeuta interrumpe la estimulación.

Generalmente informamos a los pacientes que aun cuando empiecen a llorar, es importante dejar los ojos abiertos, para que el procesamiento pueda seguir. Si no consigue mantener los ojos abiertos, sustituimos la estimulación bilateral de movimientos oculares por una estimulación bilateral táctil o auditiva. Aun así, el paciente puede parar el procesamiento haciendo una señal (levantando la mano, por ejemplo) y el psicoterapeuta debe respetar las señales inmediatamente.

Se sugiere no retomar los movimientos oculares si el paciente necesita todavía ser tranquilizado y/o estabilizado.

Es importante leer las señales no verbales, para determinar si la información perturbadora alcanzó una nueva meseta y la serie puede ser terminada.

Se debe continuar la serie 5-10 segundos después de haber notado el cambio, para que la información sea integrada.

El tiempo en que realizamos una pausa de la estimulación bilateral entre serie y serie es de gran importancia.

Según F. Shapiro (2001) los motivos por los cuales se hace una interrupción de la estimulación entre series (en vez de administrar una secuencia continua) son los siguientes:

- a) Para proporcionar al paciente la oportunidad de darle un feedback al psicoterapeuta. Por ejemplo: evaluar si ocurrió el procesamiento deseado.
- b) Permitir que el paciente integre las nuevas informaciones en un nivel verbal y consciente.
- c) Posibilitar que el paciente integre señalamientos del psicoterapeuta.
- d) Para reorientar al paciente en el sentido del tiempo y seguridad del presente.
- e) Para proporcionar un descanso.
- f) Para reforzar la noción de que el paciente está en control y puede entrar y salir de la perturbación, de acuerdo a su voluntad.
- g) Para permitir al psicoterapeuta evaluar la necesidad de intervenciones clínicas adicionales.

La duración del período de descanso varía entre serie y serie. Esta duración oscila además en función de las necesidades específicas de cada paciente.

Es importante saber que el procesamiento continúa también en las pausas (así como lo mismo ocurre entre sesión y sesión) aunque en un ritmo menor y en forma más leve.

Bajo ningún concepto debemos permitir a un paciente irse desestabilizado, o con un alto nivel de perturbación, luego de una sesión de EMDR+ET.

Si bien en general evitamos los procesamientos catárticos para prevenir el riesgo de que el paciente quede inundado por emociones o sensaciones excesivamente perturbadoras, los procesamientos exclusivamente realizados con EMDR aumentan esta posibilidad.

Por el contrario, cuando la expresión emocional del paciente está casi o completamente apagada (alexitimia), no empujamos al paciente a sentir una respuesta emocional. Como alternativa podemos acelerar el procesamiento o intentar conectar con sensaciones, rastreando los cambios fisiológicos que ocurren cuando surge o emerge una emoción.

Si una abreacción persiste sobre el final de la sesión debemos utilizar TE para desacelerar el procesamiento (TFT, EFT, Havening) o eventualmente técnicas empleadas en EMDR (Lugar Seguro, Visualizaciones, Técnica de Flujo de Luz, movimientos oculares verticales -segundo acting neurovegetativo del Análisis Reichiano-, o entretejidos cognitivos), utilizándolas como procedimientos de auto-control que permitan una estabilización del paciente, previo a su salida del consultorio. Haciendo

énfasis en desarrollar la capacidad del paciente para contener las emociones y no necesariamente expresarlas.

### ¿Cómo trabajar con las sensaciones?

Parafraseando a S. Freud, las sensaciones son una vía regia de acceso al inconciente. Para acceder a este contenido, más o menos conciente, el psicoterapeuta se focaliza junto al paciente en hablar “el lenguaje de las sensaciones”, permitiéndonos así acercarnos al funcionamiento involuntario del cerebro reptiliano. La idea central de este trabajo sería hacer la sensación conciente y sentida. Una sensación-sentida no es una experiencia mental sino física que permite focalizarnos desde la conciencia corporal a una situación, a una persona, a un evento, etc.

En el trabajo de resolución del trauma, la sensación es la organizadora central luego del daño y la desconexión causados por las dinámicas de sub y sobreacoplamiento del trauma (Levine, 2012).

Siguiendo lo sugerido por P. Levine (1999, 2012) para focalizarse en las sensaciones:

a) El psicoterapeuta usa preguntas abiertas:

- ¿Qué siente, qué nota en su cuerpo?
- ¿Qué está experimentando en ese momento en su cuerpo?
- ¿Dónde se encuentra esa sensación en el cuerpo? ¿En qué parte del cuerpo la siente?

b) El psicoterapeuta invita curiosamente al paciente a tomar contacto con el lenguaje de las sensaciones:

- ¿Está dispuesto a tomar contacto con esa sensación y focalizarse en ella?
- ¿Qué viene, qué aparece al focalizarse en esa sensación?
- ¿Hay algo más que note con respecto a esta sensación?

c) Para ayudar a dirigir la atención en la sensación, el psicoterapeuta le pide que la explore con preguntas que inviten a focalizarse en ella, obteniendo la mayor cantidad de detalles posibles:

- ¿Cuáles son las características de esta sensación?

- ¿Cómo es? ¿Cómo la describiría?
- ¿Dónde comienza esa sensación?
- ¿Dónde termina?
- ¿Percibe algún punto central en esa sensación?
- ¿Qué cualidades tiene esa sensación?
- ¿Tiene color?
- ¿Tiene forma?
- ¿Tiene tamaño?
- ¿Es grande o pequeña?
- ¿Tiene temperatura?
- Si fuera una cosa, ¿qué sería?
- ¿Esa sensación tiene movimiento o está quieta?
- Si la sensación tiene movimiento, ¿se dirige a alguna dirección?
- ¿Va de afuera hacia adentro o de adentro hacia fuera?
- Si la sensación está detenida, ¿cómo se movería si pudiese y hacia dónde?
- Cuando se focaliza en esa sensación, ¿qué sucede en el resto del cuerpo?
- ¿Qué más percibe?

d) El psicoterapeuta ayuda al paciente a vivenciar y ampliar sus sensaciones, dirigiendo su atención a la dimensión temporal, con instrucciones como:

- *(Si es placentera)* Focalícese en ella y permítase disfrutar de esa sensación...
- *(Si es displacentera)* Dirija toda su atención a la intención de soltar y dejar pasar esa tensión...
- Tómese todo el tiempo que necesite.
- ¿Hay algo que note alrededor de esta sensación?
- ¿Se intensifica o no cambia nada?
- ¿Se hace más leve o se hace más pesada?
- Cuando Ud. se permite explorar esa sensación, ¿qué sucede luego?
- Rastree como cambia y se libera.
- Si se vuelve más intensa buscamos un recurso interno o externo (por ejemplo: buscar una zona del cuerpo que esté menos oprimida).



- Expandimos la conciencia al resto del cuerpo. Por ejemplo: llevando la conciencia a las extremidades ayudando al paciente a advertir que están sucediendo otras cosas en su cuerpo.

Luego de este trabajo con las sensaciones, en donde buscamos que el paciente advierta y dirija su atención a la sensación perturbadora hasta que cambie, lo ayudamos a orientarse hacia la habitación (el consultorio), hacia nosotros (el terapeuta) y hacia el tiempo presente. Este movimiento espacio-temporal ayuda a que las sensaciones se vuelvan manejables, y desarrolla progresiva y gradualmente, la conciencia focalizada, el enraizamiento y centramiento internos.

El objetivo psicoterapéutico es que el paciente pueda aumentar su capacidad para tolerar las sensaciones perturbadoras sin desbordarse. Saber que el paciente puede regresar de un lugar interno al aquí y ahora, construye una sensación de confianza, en su propio ritmo interno (Gonçalves Boggio, 1999).

#### **4.5 Reconexión con la vida cotidiana: restablecimiento de la expansión, de la capacidad para el placer y de las experiencias positivas**

Esta fase es clave para revertir el axioma clínico postraumático de que “todos los caminos conducen al trauma”.

La sobre-estimulación del sistema nervioso de los pacientes con TEPT les dificulta entrar en un estado de relajación parasimpático, necesario para las actividades placenteras. La superposición descrita anteriormente también contribuye a una existencia sin placer. Tenemos que tomar en cuenta que la experiencia de sentimientos extraordinariamente dolorosos y terribles del pasado traumático (abuso sexual infantil, violencia familiar, tortura, etc.) en muchos casos bloquea cualquier acceso a recuerdos o experiencias positivas, determinando una disminución en la capacidad para experimentar placer.

Usando intervenciones bioenergéticas de centramiento (respiración), enraizamiento (arraigo, toma de tierra) y conciencia sensorial (Gimnasia Conciente, Eutonía, Feldenkrais, visualizaciones de recuerdos positivos) frecuentemente facilitamos a los pacientes la entrada a estados parasimpáticos más relajados, de manera de que puedan reconectarse con las experiencias de placer.

En esta tercera etapa, habiendo enfrentado y superado el pasado traumático, el paciente aprende a recuperar su poder cotidiano, su potencia expansiva y encara la tarea de crear un futuro. En términos de la

Psicología del Yo el paciente con TEPT ha hecho un duelo por el viejo yo que el trauma destruyó, y ahora debe desarrollar un nuevo yo. Con los pacientes retornados esta analogía adquiere mucho más sentido, en esta tercera fase del proceso psicoterapéutico, ya que nos focalizamos en darle sentido a la experiencia de retorno, debiendo invertir toda su energía en construir una nueva vida en una cultura quizás diferente a la que dejaron atrás.

Si la contención fue el objetivo de las primeras etapas de la recuperación, la movilidad debe ser el objetivo de la tercera y última fase. En la segunda etapa, con la renegociación del material traumático, se comienza a restablecer la movilidad en todo el cuerpo. El trabajo expresivo no está ya centrado en la liberación de las explosivas emociones reprimidas o disociadas del pasado, sino en profundizar y ampliar el rango de expresión en la vida presente del paciente, lo que vuelve al trabajo psicoterapéutico menos dramático y más placentero.

Si bien en el proceso de investigación-asistencia que realizamos con los retornados intentamos trabajar con un buen grado de transversalidad entre la rigurosidad metodológica y la creatividad inventiva, en los dos primeros años de trabajo (2011-2012) vimos en el curso de los tratamientos que los mismos pueden derivar en resultados impredecibles, ya que encontramos un alto porcentaje de pacientes hiper-responsivos al protocolo del GE (24%), así como un porcentaje importante de pacientes hipo-responsivos (16%).

El curso de recuperación en pacientes con TEPT no sigue siempre una progresión simple. A menudo se detiene y se repliega. Por momentos sentimos que damos un paso adelante, y a la siguiente sesión estamos dando dos pasos para atrás, obligándonos a rever puntos que ya creíamos suficientemente trabajados.

Tenemos que aprender que los pacientes irán pasando por estas etapas de recuperación siguiendo un movimiento en espiral, en donde, en cualquier momento, se puede regresar a etapas más tempranas del proceso. Al igual que en la vida, el proceso psicoterapéutico no sigue un camino lineal predeterminado.

¿Cómo saber entonces cuando el paciente va hacia una resolución del estrés postraumático?

Aunque la resolución no esté completa, uno de los mejores indicios de resolución consiste en el restablecimiento en los pacientes de la capacidad para experimentar placer en su vida cotidiana y para restablecer relaciones con los demás.

**Podríamos definir siete criterios que serían buenos indicadores para la resolución del trauma:**

**-Los síntomas psicológicos del TEPT han sido trabajados y elaborados dentro de límites manejables.**

**-Los síntomas vegetativos del TEPT revirtieron completamente.**

**-La persona tiene autoridad sobre su memoria. Puede elegir recordar el trauma o poner la memoria traumática a un lado. En el caso de recordar, la persona puede soportar los sentimientos asociados con las memorias traumáticas.**

**-La memoria del evento traumático es una narrativa coherente, asociada con sentimientos en donde el nivel de perturbación es mínimo o inexistente (relevar a través del SUDS).**

**-Desde el punto de vista cognitivo, el daño en la autoestima de la persona ha sido revertido, recuperando niveles altos de auto-valorización (relevar a través del VOC).**

**-La persona ha reconstruido un sistema coherente de significados y creencias que abarcan la historia del trauma, lo que permite desintensificarla y trascender las creencias limitantes derivadas de la misma.**

**-Las relaciones y vínculos importantes de la persona han sido restablecidos, generándose la posibilidad de construir además nuevos territorios existenciales dándole sentido a la experiencia de retorno (Gonçalvez Boggio, 2010).**

## **CAPÍTULO 5 Las técnicas de estimulación bilateral y las técnicas energéticas**

Una de las técnicas con más aceptación a nivel internacional para el tratamiento del TEPT es el EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). La terapia EMDR se recomienda como un tratamiento efectivo para TEPT en los lineamientos de práctica de un amplio rango de organizaciones, como la Asociación Psiquiátrica Americana (2004), el Departamento de Asuntos de Veteranos y el Departamento de Defensa (2010), la Sociedad Internacional de Estudios en Estrés Traumático (2009) y otras organizaciones en todo el mundo, incluidas Francia, Gran Bretaña, Holanda e Israel. La efectividad de la terapia EMDR ha sido bien establecida como resultado de cerca de 20 estudios aleatorios controlados.

Esta técnica se basa en el modelo de procesamiento adaptativo y acelerado de la información creado por Francine Shapiro (2001). Esta noción alude a una tendencia innata del cerebro para procesar las experiencias perturbadoras, y conducir las a una resolución adaptativa para el sujeto. El procesamiento de la información produce respuestas homeostáticas, ecológicas para el sujeto, que modulan el aprendizaje y el alivio de los malestares emocionales, y se almacenan, en sus componentes sensoriales, emocionales y cognitivos, en las redes de memoria (Zirlinger, 2013). Para ello utiliza un protocolo altamente sistematizado en donde se le pide al consultante que mantenga en su mente una imagen visual o auditiva de un recuerdo traumático o una creencia limitante; una evaluación negativa de sí en ese hecho; la emoción y/o sensaciones que emergen en el presente referida al hecho; y la respuesta sensorial.

El proceso incluye la medición de las emociones perturbadoras y una evaluación cognitiva del paciente. La escena traumática es trabajada por medio de movimientos oculares bilaterales. Dichos movimientos fueron utilizados originariamente por W. Reich (1958) dentro de sus dispositivos de abordajes de la coraza muscular y posteriormente utilizados en dispositivos neo y posreichianos por distintos psicoterapeutas corporales -v.g.: E. Baker (1980), J. Stolkiner (2008)-. Los movimientos oculares rítmicos bilaterales son un proceso natural del cuerpo (presentes en la fase REM del sueño) que permiten restablecer el equilibrio del organismo que quedó alterado en el incidente traumático.

Se supone que los movimientos oculares bilaterales producen un efecto directo sobre el cerebro, destrabando el sistema nervioso y permitiendo al cerebro procesar las experiencias traumáticas a través de la

desintensificación de las mismas. Este dispositivo de desensibilización y reprocesamiento permite restablecer el procesamiento de las informaciones de forma tal que las imágenes, sonidos, olores, sentimientos y/o sensaciones desagradables, asociados a la situación traumática pueden ya no ser revividos cuando el evento traumático es traído a la memoria. Es decir, aun cuando una imagen traumática pueda ser recordada, su efecto perturbador disminuye sensiblemente o literalmente desaparece.

Los movimientos oculares bilaterales funcionan, en primera instancia, como un buscador de recuerdos, y en segunda instancia, reducen la intensidad de los pensamientos perturbadores procesando el material inconsciente, a través de la reconexión funcional entre diferentes áreas de los dos hemisferios cerebrales. Junto a los movimientos oculares, se pueden ir alternando una intervención verbal mínimamente sistematizada. Se plantea la hipótesis que la estimulación bilateral realizada a través de EMDR y combinada con técnicas energéticas (protocolo EMDR+ET) hace que los materiales perturbadores pierdan su fuerza dentro del organismo, siendo sus efectos profundos y de larga duración, sin producirse desplazamientos sintomáticos.

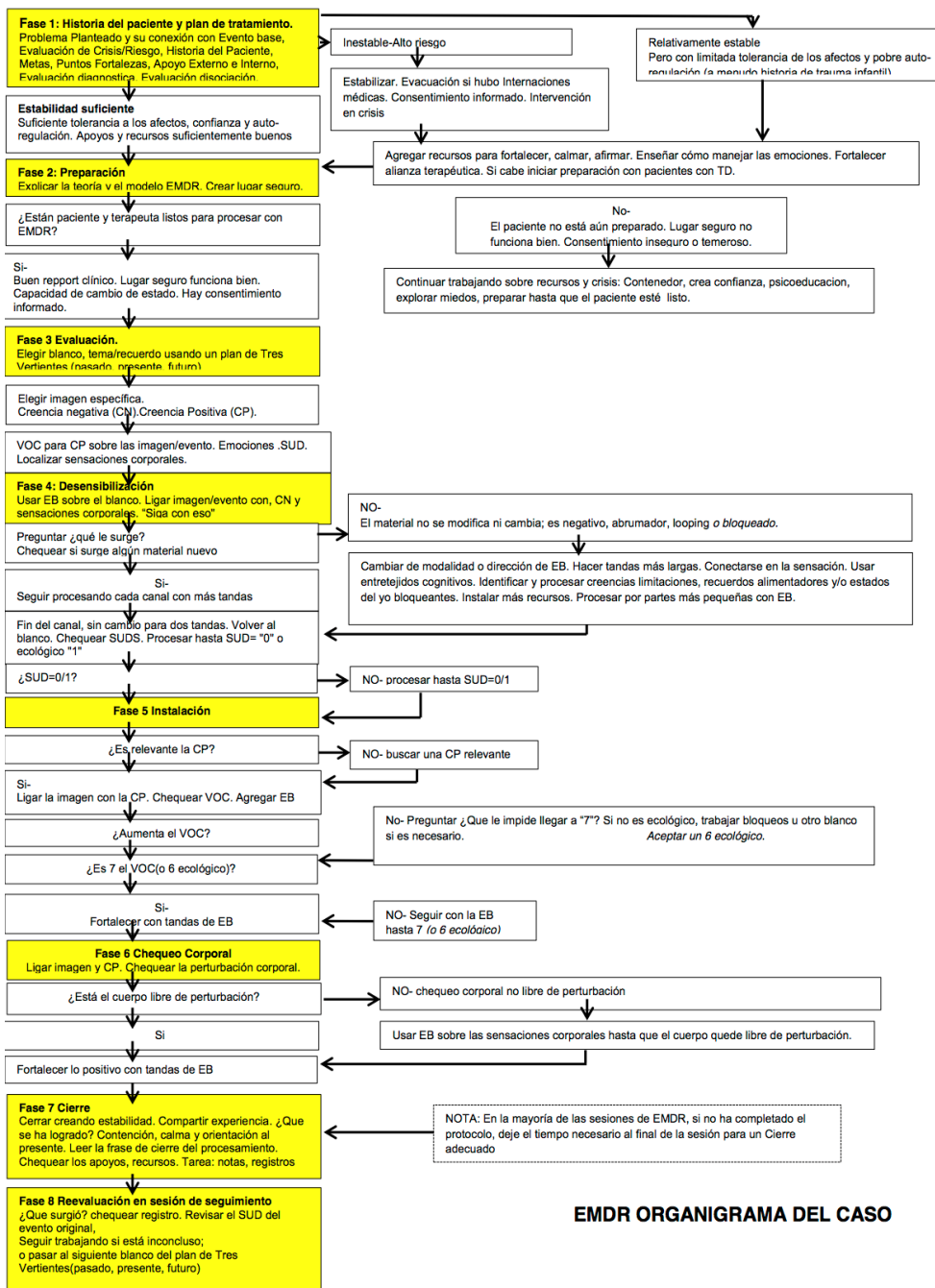
EMDR hace tiempo ya no es pensada como una técnica o como un método, sino como un proceso psicoterapéutico, basado en un modelo complejo. Esta terapia integrativa validada científicamente (Shapiro, 2001) se apoya en conceptos de la neurociencia y en la interfaz entre psicología y neurobiología, al igual que la Psicoterapia Corporal Bioenergética. Fue creada en 1987 por Francine Shapiro en los EEUU y se emplea para tratar las perturbaciones emocionales que se generan a partir de experiencias traumáticas. El procedimiento de EMDR incluye un protocolo único combinado que se sugiere se desarrolle en ocho fases (Shapiro, 2001):

1. Historia clínica.
2. Preparación.
3. Evaluación.
4. Desensibilización.
5. Instalación.
6. Chequeo corporal.
7. Cierre.
8. Reevaluación.

Se le propone al paciente que preste un foco de atención dual tanto a lo evocado internamente como a los estímulos externos que se le brindan en

el setting y en el vínculo psicoterapéutico. Lo que se evoca está constituido por la escena de un acontecimiento vivido como real, disparador de las perturbaciones o de los síntomas, la(s) emoción(es) y la(s) sensación(es) registradas al evocar la escena en el presente, su ubicación corporal, y las creencias sobre sí (interpretativas, no descriptivas) al pensar en la peor parte de la situación. Una vez relevados y unidos todos estos elementos, comienza el reprocesamiento y la desensibilización por medio de movimientos oculares bilaterales u otro tipo de EB (auditiva, toques). Lo que es procesado son imágenes, cogniciones, sensaciones corporales, emociones, creencias limitantes y la emergencia de nuevos recuerdos. Los procesamientos pueden seguir distintos diseños: estándar, polar (con un brusco pasaje a un estado opuesto), con altos contenidos de abreacción emocional, o permaneciendo y girando en el mismo lugar –*looping*– (Zirlinger, 2013). De no producirse el *looping*, situación en la que tenemos que utilizar estrategias de desbloqueo (en nuestro caso todas protocolizadas), podemos vernos sorprendidos por la rapidez con que el paciente obtiene alivio y mejoría de su padecimiento, al mismo tiempo que logra estabilizarse emocionalmente. Este procesamiento acelerado de la información, como consecuencia de la aplicación de la EB, sensorial y alternada, posibilita que aparezcan los elementos que estaban encapsulados y sepultados en la coraza cerebral. A través de la estimulación de los órganos sensoriales externos (visión, tacto y oído, según el tipo de EB utilizado), junto a un contexto de relajación vagotónica aferente a la situación psicoterapéutica, la evocación del recuerdo traumático reactiva varios registros a la vez: sensoriales, cognitivos, emocionales y corporales. Esta reactivación vinculante de emociones, sensaciones y pensamientos produce rápidamente asociaciones, *insights* y cambios psico-corporales (Roques, 2009). Tenemos que tomar en cuenta, que cuanto mayor es el monto de carga reprimida, es mayor también su forma de expresión, por lo cual el trabajo con el modelo EMDR requiere de “espaldas psicoterapéuticas” como para soportar, contener y dar pasaje a la expresión emocional, en el momento correspondiente. Al cerrar el proceso se realiza una evaluación para justamente verificar qué cambios se produjeron y qué puede quedar todavía inconcluso para trabajarlo en una próxima sesión.

Veamos el F de caso que propone Natalie S. Robinson (2008), entrenadora y supervisora de EMDRIA, sobre cómo funcionaría el modelo EMDR en un proceso terapéutico:



EMDR ORGANIGRAMA DEL CASO

Fig. 3

Si bien el protocolo es en sí estructurado, esta estructuración sirve de base para una exploración flexible y creativa. En nuestro caso, optamos por la integración de técnicas para el momento del reprocesamiento y la desensibilización siguiendo la línea desarrollada por distintos colegas y autores (Hartung, 2008; Solvey y Solvey 2006).

Las ET creadas originariamente por Wilhelm Reich y desarrolladas posteriormente por A. Lowen, D. Boadella, S. Keleman, G. Boyesen, F. Navarro, P. Levine, R. Callahan, G. Craig, entre otros clínicos, parten del presupuesto básico de que las emociones y los síntomas perturbadores pueden tener un evento traumático en su raíz, que puede ser abordado energéticamente desde procedimientos que activen el SNA parasimpático. Cuando el episodio traumático es conocido, el procedimiento consiste en que el consultante recorra mentalmente el episodio traumático repetidamente, al mismo tiempo que se le proponen realizar distintas TE que activan el SNA parasimpático. Estas técnicas son una alternativa a intentar confrontar los pensamientos perturbadores y la perturbación emocional por medio de intervenciones verbales.

Utilizando movimientos oculares, EB con técnicas de auto-tapping, acupresiones en puntos específicos y técnicas respiratorias dirigidas y protocolizadas, se interviene directamente, en un nivel profundo, en el desequilibrio del sistema bioenergético corporal. Por medio de estos movimientos oculares, combinados con toques rítmicos y presiones controladas (se procede a golpearse suavemente con la yema de los dedos, varias veces y en forma rítmica, siguiendo una secuencia específica de puntos de acupresión), y otras técnicas de EB auditivas, se busca intervenir en el campo energético corporal generando efectos en el campo del pensamiento. El procedimiento es muy simple, no requiere de verbalización y puede ser, luego de aprendido en las primeras sesiones, auto-aplicado.

A partir de los años 80 las técnicas psicoterapéuticas dentro de la psicoterapia corporal fueron consecuentemente modificadas hacia intervenciones no invasivas, en donde lo maternal, lo empático y lo suave comenzaron a instituirse en estrategias de intervención para la compensación y la reparación del déficit, predominando sobre las estrategias de análisis de conflictos. De la misma manera la urgencia y la intensidad de los traumas contemporáneos, difícilmente metabolizables y dosificables, fueron desplazando del foco psicoterapéutico a los traumas de desarrollo.



Una de las conclusiones que sacamos en la Práctica Trauma y Trastornos de Ansiedad en uruguayos retornados, es que en este contexto social histórico invertir las energías en el desarrollo de nuevas estrategias clínicas de intervención y en la creación de dispositivos de solidaridad operantes, debería ser una prioridad de todo colectivo psicológico que tenga como objetivos intentar desarrollar acciones más efectivas en el campo social.

Desde el año 1999 con la edición del libro Arqueología del Cuerpo, nuestra mayor preocupación académica y científica consistió en desarrollar protocolos de atención breves y focales para las distintas situaciones traumáticas que encontrásemos a la hora de trabajar en programas temáticos integrales de docencia, investigación y extensión en la Facultad de Psicología de la UdelaR.

Desde el punto de vista reichiano sabemos que nuestro organismo tiene una capacidad innata para auto-regularse, aun en situaciones adversas. Esta es una de las causas que nos llevó a tomar contacto con los últimos descubrimientos realizados por las neurociencias y con los procedimientos terapéuticos de la psicotraumatología contemporánea (EMDR, TFT, TIR, TIC, AMSB, PET, VKD, SE, EFT, etc.) que posibilitan activar los mecanismos naturales de cura que se encuentran en nuestro cuerpo.

Los psicoterapeutas corporales hemos trabajado desde los comienzos de nuestra práctica clínica con técnicas de estimulación bilateral que utilizan la capacidad innata de nuestro cerebro para el desbloqueo, la desintensificación y el procesamiento de las situaciones traumáticas. El Análisis Bioenergético y el Análisis Reichiano han desarrollado dichas técnicas apoyándose en el concepto reichiano de auto-regulación orgánsmica. A través de movimientos oculares con o sin estimulación luminosa, a través del toque terapéutico y a través de la realización de actings neurovegetativos reichianos y de ejercicios estándar de la bioenergética loweniana, la clínica psicocorporal desarrolló una amplia gama de intervenciones somáticas y verbales que tienen una gran convergencia con las herramientas de la psicotraumatología contemporánea.

Desde nuestro abordaje bioenergético y reichiano subrayamos la importancia de ubicar la emoción en el cuerpo sosteniendo la conexión mente/cuerpo a través de los procesos energéticos. La identidad funcional (entre procesos energéticos, procesos emocionales y procesos somáticos) es uno de los conceptos que rige dicha práctica clínica. Lo que permite trabajar simultánea o alternativamente con las sensaciones, las emociones, los pensamientos y las cogniciones, sin caer en ningún dualismo sobrecodificador.

La hipótesis que maneja la PCB es que la estimulación de los mecanismos naturales de auto-regulación (inherentes a cada sujeto y a la especie en general), pone en marcha el sistema de procesamiento de información del cerebro, desbloqueando la coraza cerebral y permitiendo movilizar la energía ligada al trauma. Esta energía queda libre, fortaleciendo el yo, devolviendo solidez al cuerpo, que pasa a ser un lugar más confiable y consistente, potencializado por la nueva circulación de flujos, antes bloqueados, en el marco de una nueva dinámica de funcionamiento energético.

La duración de los tratamientos varía de acuerdo a cada situación, pero se ha visto que algunos procesos que han llevado años y se encontraban estancados, logran dinamizarse de manera sorprendente al usar combinadamente herramientas de la PCB y de la psicotraumatología contemporánea. El objetivo de esta investigación fue crear un protocolo de atención de los trastornos de ansiedad que permitiese remitir la sintomatología del TEPT en menos 8 sesiones.

En los procedimientos breves y focales, el psicoterapeuta trabaja en un primer momento sobre la identificación del incidente traumático, partiendo de la base de que en el fondo de toda patología hay una situación traumática con un miedo básico que le dio origen. Posteriormente utiliza un protocolo estructurado que ayuda al paciente a seleccionar los aspectos que le generan mayor monto de angustia. Durante la EB aparecen partes de la memoria traumática junto con otros recuerdos olvidados, bloqueados o escindidos. El proceso es guiado por el profesional tomando decisiones clínicas de intervención que llevan al paciente a procesar la información, reduciendo la sintomatología (desensibilización), produciendo un cambio en sus creencias (reprocesamiento) y posibilitando un desaceleramiento y desintensificación de los incidentes traumáticos, desbloqueando la energía que permanecía ligada. Los desbloques de flujos energéticos se producen más rápidamente, liberando a los pacientes de prisiones históricas (traumas). La energía liberada de la fijación traumática se torna así disponible para el placer de vivir y para la producción deseante, mejorando considerablemente la calidad de vida, la autoestima y los vínculos, tanto en calidad como en intensidad.

El gran aporte de estas nuevas prácticas clínicas de El Campo del Trauma es que han logrado investigar, y enunciar algo que “estaba allí”, sistematizándolo en una estrategia y en una tecnología que subvierte viejos principios de la clínica. De aquí en más lo breve y focal puede ser a la vez profundo y altamente efectivo, aun desde la primera sesión, siendo además un

método de sencilla transmisión, económico y fácilmente incorporable a todas las culturas, idiomas y niveles intelectuales.

De esta manera podemos romper con el viejo paradigma consumista de que lo más efectivo es lo más costoso, o de que lo más profundo debe ser prolongado en el tiempo, y de que sólo desde la medicina de orientación tecnológica o psicofarmacológica se pueden obtener resultados confiables.

Desde hace años que la práctica clínica cotidiana nos pone en contacto con el reconocimiento de nuestros propios límites en el ejercicio de tratamientos establecidos como válidos en otras épocas, creando la necesidad inmanente de desarrollar nuevas estrategias clínicas de intervención para los síntomas contemporáneos.

Es cada vez mayor el número de personas interesados en ampliar sus posibilidades de experiencia, en desarrollar nuevos sentidos para sus vidas, en aumentar su capacidad de contacto consigo mismas, con los otros y con los acontecimientos sociales. Desde hace ya bastante tiempo que los pacientes comenzaron a querer ser, entre otras cosas, escuchados de otro modo. Estas nuevas demandas fueron surgiendo de la mano de las frustraciones impuestas por las limitaciones del trabajo científico tradicional. La ortodoxia de la atención psicológica (en nuestro medio tradicional y hegemoníicamente psicoanalítica), se ha visto interpelada por nuevos dispositivos. Es así que, en los últimos 20 años de nuestro país, la comunidad psicoterapéutica se ha visto constantemente bombardeada con una gran cantidad de ofertas de técnicas y corrientes psicológicas. Estas terapias que ofician a veces de “alternativas”, “convergentes” o “complementarias” se irán decantando a corto plazo, dando lugar sólo a aquellas que se afirmen en su madurez conceptual y técnica, en su potencia instituyente discursiva, en su producción académico-científica, en su inserción institucional, en resultados positivos clínicamente comprobables, y fundamentalmente en la consistencia ética entre pensamiento y práctica. Capacidad que les posibilitará continuar su desarrollo, a pesar de las adversidades circunstanciales o estructurales que debiesen enfrentar.

En la medida en que estas técnicas neotéricas posibilitan desarrollar una práctica de intervención profunda, no invasiva, autorreguladora, no directiva y centrada en la persona, desde una perspectiva estratégica, podemos pensar que permiten revertir la mayor enfermedad que padecemos al entregarnos, dependiente y pasivamente, a un sistema de salud mecanicista: la ignorancia sobre nuestro propio potencial curativo.

Probablemente las herramientas de la psicotraumatología contemporánea

sean, en este sentido, los métodos más importantes desarrollados en la psicoterapia en los últimos 50 años. Si bien es importante agregar que hemos constatado una sistematizada tendencia (tanto en su transmisión didáctica como en la intervención clínica) a que estas técnicas sean utilizadas generalizadamente, en el marco de dispositivos de neo-programación lingüística y cognitivo-conductual excesivamente simplistas que, entre otros efectos, producen una homogeneización desingularizante de los pacientes, eliminando además peligrosamente el inconciente político y las dimensiones socio-históricas de las demandas.

Es por ello que desde la coordinación del programa Psicoterapias: Teorías y Técnicas del Instituto de Psicología Clínica hemos considerado de central importancia redefinir la clínica desde una perspectiva polisémica de la multiplicidad, profundizando en la integración de nuevos abordajes terapéuticos y en la creación de dispositivos creativos de intervención que permitan trabajar con una población cada vez más traumatizada. Redefinición de la clínica que implica un ida y vuelta permanente entre lo social y lo individual, entre lo singular y lo colectivo, para intensificar las líneas de vida, desde estrategias vitales de solidaridad y apoyo mutuo.

## **CAPÍTULO 6 La investigación**

### **6.1 Objetivos del estudio**

El objetivo principal del proyecto de investigación fue el estudio de la eficacia de un protocolo de TE y de EB, en el tratamiento del TEPT, en emigrantes retornados al Uruguay vía deportación, repatrio o retorno voluntario, en un proceso terapéutico breve y focal.

El objetivo general de la investigación fue comprobar, a través de un protocolo clínico estandarizado, sistematizado por Francine Shapiro (2001) y revisado por Luis Gonçalvez Boggio (2014a) la eficacia de las TE y de EB, y que las mismas puedan estar orientadas al tratamiento del TEPT en un grupo de emigrantes retornados al Uruguay bajo la vía de deportación, del repatrio o del retorno voluntario.

Como objetivos específicos la investigación realizó un estudio descriptivo y un cuadro comparativo sobre la sintomatología que presenta un grupo de emigrantes que retornaron al Uruguay en calidad de deportados, repatriados o retorno voluntario, comprobando además la efectividad de las técnicas psicoterapéuticas estudiadas en el tratamiento del TEPT asociado a la situación de migración.

### **6.2 Preguntas que buscó responder la investigación**

¿Qué impacto y beneficios tiene el protocolo EMDR+ET diseñado para trabajar con esta población?

¿Qué impacto y beneficios tienen las psicoterapias breves y focales para el tratamiento del TEPT en esta población?

¿Es constatable a través de la escala de impacto de eventos la remisión de la sintomatología del TEPT luego de las sesiones de tratamiento?

¿Qué beneficio podría suponer para el Estado invertir en este tipo de psicoterapias en el SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud)?

### **6.3 Hipótesis**

Las TE y de EB han demostrado, a nivel de la praxis clínica, una alta eficacia en la resolución del trauma psicológico. La intención de la presente investigación es demostrar esta eficacia a nivel metodológico, a través de un protocolo sistematizado de EMDR+ET para el tratamiento del TEPT, asociado a la situación de migración en calidad de deportación, repatrio o retorno voluntario, utilizando procedimientos estandarizados y

midiendo el malestar mediante escalas subjetivas y escalas auto-aplicadas.

#### **6.4 Diseño metodológico (estrategias y procedimiento)**

El tipo de investigación que se realizó es de tipo experimental ya que se utilizaron dos grupos, uno control y uno experimental.

Se realizó una medición pre-test y otra medición pos-test, efectuándose la medición antes y después de la aplicación de la variable independiente: en este caso las TE y de EB en el GE, y las TE y de acomodación y convergencia en el GC.

Partiendo del protocolo básico de EMDR para el trabajo con trauma he realizado las siguientes modificaciones, para el trabajo con ambos grupos:

- a) Simplifiqué el modelo terapéutico de EMDR de 8 fases, a 3 etapas en donde los aspectos cognitivos del modelo inicial se trabajan finalmente en la 3ra. etapa. Haciéndose especial hincapié en las primeras dos etapas, en hacer contacto con las emociones y con las sensaciones que aparecen al recordar el evento traumogénico.
- b) Creé un protocolo de preparación de los pacientes para el trabajo con las escenas traumogénicas, antes de aplicar las TE y de EB para poder focalizarse con mayor facilidad en las escenas.
- c) Sistemalicé una metodología de aceleración y desaceleración de los procesos terapéuticos, para lidiar con aquellos pacientes hipo-responsivos e hiper-responsivos (respectivamente), y como forma de desbloquear los procesamientos estancados utilizando técnicas de la PCB y de la Psicotraumatología.
- d) Se sistematizó el trabajo con las emociones y con las sensaciones emergentes del procesamiento y de la desensibilización.
- e) Se le indicó a los pacientes un protocolo de ejercicios bioenergéticos y de EB combinados, para la auto-aplicación fuera del *setting* terapéutico.

En el GE se trabajó con el protocolo de EMDR+ET (que desarrollaremos en capítulo 8.1) y en el GC se trabajó sustituyendo los movimientos de EB por movimientos de acomodación y convergencia oculares verticales.

#### **6.5 Estrategia de investigación y actividades específicas**

El proyecto tuvo como objetivo desarrollar las siguientes actividades en 4 etapas:

#### Etapa 1

- a) Revisión Bibliográfica: en red de bibliotecas de la UdelaR (BIUR) y base de datos digitales (SCIELO, EBSCO, Timbó, JSTOR, Science Direct, SCOPUS, etc.).
- b) Construcción del marco teórico y metodológico de la investigación.
- c) Integración al equipo de investigación estudiantes de grado.
- d) Inclusión en el equipo de investigación de profesionales con nivel de especialización o posgrado formados en PCB, en las TE y de EB y en el método EMDR.
- e) Realización de un curso de presentación de la investigación y capacitación en los protocolos de aplicación de TE y de EB para los estudiantes, dirigido fundamentalmente a los estudiantes de grado de los cursos del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología.

#### Etapa 2

- a) Realización de una precisa caracterización y selección de la población objeto de la investigación. Se llevó a cabo un análisis de los casos documentados de emigrantes en el Uruguay. El contacto con dicha población se hizo a través de la Oficina de Retorno y Bienvenida del MRREE y de la OEI. Se inició el contacto con las personas preseleccionadas para el estudio, utilizando para esto la base de datos proporcionada por el MRREE y las derivaciones efectuadas desde del programa Ventanillas Únicas de la OEI.
- b) Se seleccionó a los participantes, a través de la realización de entrevistas iniciales en donde se aplicó un *screening* de diagnóstico de TEPT para conformar la muestra de posibles candidatos. Se les informó a los mismos los lineamientos de la investigación para que estén en conocimiento de los riesgos y beneficios de la investigación-asistencia de la que estuvieron participando.
- c) Se seleccionó la muestra que participó de la investigación, a partir del análisis de la batería de test.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: uruguayos que hayan migrado en el período 2000-2010 y que hayan regresado al país en calidad de deportados, repatriados o retorno voluntario, que deseen participar voluntariamente en la investigación y que obtengan un puntaje de 26 o más en la Escala de Impacto de Eventos.

Se excluyeron del estudio a quienes estuvieran participando en alguna psicoterapia, se encontraran en tratamiento psicofarmacológico, o estuviesen consumiendo psicofármacos (auto-medicándose).

d) A medida que se fue conformando la muestra estipulada se firmaron los consentimientos informados y se procedió al comienzo de los tratamientos.

e) Se realizó un diagnóstico inicial a partir de una entrevista diagnóstica profunda y la aplicación de auto-informes mediante la Escala de Impacto de Eventos que advierte la percepción subjetiva del participante sobre su propio estado.

El instrumento a utilizar fue la Escala de Impacto de Eventos publicado por Horowitz en el año 1979, la cual es utilizada en la medición del malestar generado por eventos traumáticos. La escala cuenta con quince ítems y tiene dos subescalas. Una subescala de intrusión, que mide los síntomas intrusivos del trauma psicológico, y otra subescala de evitación, que mide los síntomas de evitación del trauma psicológico. Los síntomas de hiperactivación se relevaron en la entrevista de anamnesis.

Las alternativas de respuesta son “nunca”, “rara vez”, “a veces” y “a menudo” con una puntuación de 0, 1, 3 y 5 para cada uno respectivamente. La Escala de Impacto de Eventos (IES) se clasifica de la siguiente forma: 0 puntos para la columna “nunca”; 1 punto para la columna “rara vez”; 3 puntos para la columna “a veces”; 5 puntos para la columna “a menudo”. Horowitz (en Solvey y Solvey, 2006) postula que la clasificación promedio para las personas expuestas a alguna situación traumática es de 44 puntos. Otros autores (Corneil; Beaton; Solomon, en Solvey y Solvey, 2006) sugieren la siguiente puntuación para esta escala. De 0 a 8 puntos un rango sub clínico, de 9 a 25 puntos un rango leve, de 26 a 43 puntos un rango moderado y de 43 a más puntos un rango severo. Es decir, a partir de 26 puntos puede considerarse una reacción clínicamente significativa.

Se efectuaron dos medidas de auto-informe a lo largo de la intervención para constatar si hubo cambios significativos en función de la asignación al tratamiento, y para medir el progreso del tratamiento psicoterapéutico.

### **Etapas 3**

a) Se constituyeron de manera aleatoria y en base a la lista de participantes dos grupos clínicos: el GE y el GC. La selección de la muestra y la posterior separación de los integrantes de la misma en los GE y GC se realizaron de manera aleatoria, considerando que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.



b) Los terapeutas fueron asignados aleatoriamente a cada caso, trabajando con participantes de los 2 grupos.

c) Se propuso un diseño de grupos independientes con dos formas de tratamiento siguiendo el protocolo EMDR+ET, haciendo hincapié en la técnica de EB en el GE, (movimientos oculares horizontales) y en la técnica de acomodación y convergencia en el GC (movimientos oculares verticales), siendo la variable independiente las condiciones de intervención.

El primer grupo (GE) fue expuesto al procedimiento estandarizado EMDR de Francine Shapiro con modificaciones realizadas por Luis Gonçalves Boggio para la focalización en la escena a trabajar, para la instalación de recursos, para el desbloqueo y la contención de los pacientes hiporresponsivos e hiperresponsivos.

El segundo grupo, que funciona como GC, estuvo expuesto a las mismas condiciones que el GE en términos de duración y número de sesiones, pero con la diferencia de que los terapeutas realizaron sesiones sin aplicar técnicas de EB integradas con TE, sino sólo TE sin EB.

Se ordenó el trabajo clínico haciendo relatar al paciente sobre su vida antes de irse del Uruguay, durante su estadía en el país del exilio, y su reterritorialización a partir del momento de la deportación, el repatrio o el retorno voluntario. Para ello se trabajó un modelo cartográfico de territorio existencial (Gonçalves Boggio, 2014).

Al momento de relevar y/o aparecer escenas traumáticas y/o traumatogénicas se le pidió al paciente que se concentrara en las mismas realizando movimientos de acomodación y convergencia con los ojos (Navarro, 1993) en el GC y movimientos horizontales de EB en el GE.

Cada sujeto recibió un máximo de 8 sesiones de 90 minutos (máximo) cada una.

#### **Etapa 4**

a) Cierre del trabajo psicoterapéutico. Diagnóstico final: entrevista diagnóstica.

b) Aplicación de auto-informes: Escala de Impacto de Eventos.

c) Luego de finalizadas las sesiones se procedió al análisis estadístico de los datos con una confección de un cuadro comparativo con los diferentes datos obtenidos al principio del tratamiento y a posteriori, con un estudio comparativo entre el grupo experimental y el grupo control.

d) Evaluación y análisis de los resultados.

e) Tras el estudio de los resultados, se sistematizaron los datos obtenidos, analizando los procedimientos y generando una discusión sobre la efectividad de las técnicas aplicadas.

d) Asimismo se prevé generar una publicación que de cuenta de los diferentes aspectos de la investigación y sobre el tratamiento del TEPT, así como los resultados de los diferentes abordajes psicoterapéuticos, así como darle continuidad a esta investigación en estudios de doctorado y posdoctorado.

e) Elaboración de informe final.

## 6.6 Cronograma de ejecución y resultados esperados

Actividades	Año					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Revisión bibliográfica. Conformación del Equipo de Investigación con estudiantes de grado y de especialización.						
Entrenamiento del equipo en el curso El Campo del Trauma.						
Entrenamiento del equipo en los protocolos de investigación.						
Caracterización y selección de la muestra de investigación. Diagnóstico inicial.						
Conformación del GE y del GC. Asignación aleatoria a los psicoterapeutas que trabajarán con los dos grupos.						
Comienzo de los tratamientos. Realización de las sesiones previstas. Supervisión.						
Cierre de los procesos psicoterapéuticos. Diagnóstico final.						
Inclusión de los datos estadísticos en la base de datos. Análisis estadístico de los datos. Confección de un cuadro comparativo con los diferentes datos obtenidos. Evaluación y análisis de los resultados. Discusión sobre la efectividad de las técnicas aplicadas.						
Preparación y elaboración de informe final. Publicación de la investigación y de los resultados de los abordajes psicoterapéuticos estudiados.						

## **6.7 Beneficios esperados de la investigación**

En función de los relevamientos realizados en el MRREE y con el Grupo de Retornados a Montevideo, se relevó que la población afectada por la sintomatología de TEPT, en uruguayos migrantes que retornan al país, actualmente no tiene acceso a servicios de asistencia psicológica especializados con equipos preparados para el abordaje del TEPT en retornados (ya sea en retorno voluntario, como en condiciones de deportación o repatrio).

La investigación logró sistematizar una propuesta de tratamiento psicológico para el ámbito sanitario que posibilita abordar situaciones de urgencia social desde dispositivos breves y focalizados, maximizando así los beneficios y reduciendo los costos de las intervenciones.

Teniendo en cuenta la bibliografía revisada, la sistematización de este protocolo clínico y la constatación empírica de su eficacia, se logró sistematizar un dispositivo breve y focal para el abordaje clínico del TEPT en la población investigada.

Por tratarse de técnicas de aplicación breve y focal, que requieren de un bajo costo económico para su aplicación, suponen una herramienta interesante para su apuesta e implementación desde las políticas sanitarias públicas, al haber demostrado su eficacia clínica.

A partir de la realización de la presente investigación se dispone de un protocolo de aplicación para la clínica concreta que presenten los uruguayos retornados. Dicho protocolo de intervención clínica está disponible para las autoridades sanitarias y para el MRREE como guía de actuación para contener a este grueso de población.

Se valora, a su vez, la posibilidad de entrenar a Psicólogos y Psicoterapeutas de dichas instituciones en el protocolo investigado.

## **6.8 Aspectos éticos de la investigación**

### **6.8.1 Del consentimiento informado**

La inclusión de los sujetos se realizó mediante un consentimiento libre e informado.

Se tuvo un primer encuentro en donde se generó una instancia individual para explicar, completa y pormenorizadamente, los objetivos y métodos de la investigación, así como los beneficios previstos, para que los sujetos pudiesen entender en qué consiste la investigación, y, al mismo tiempo, conociesen sus derechos si decidían colaborar como participantes.

Se les brindó un documento escrito, redactado en un lenguaje coloquial exento de tecnicismos, que ofreció información suficiente para garantizar la comprensión de los objetivos de la investigación, para que los sujetos pudiesen así decidir libremente su participación o no. Los mismos, no percibieron ningún tipo de compensación por formar parte de la muestra.

### **6.8.2 Del criterio de inclusión y la justificación del uso de los test**

Dado que la investigación apuntó a explorar el beneficio de diferentes técnicas integradas que abordan el tratamiento del TEPT, se hizo necesario el diagnóstico preciso de la muestra para este cuadro específico.

El uso de los distintos test estuvo justificado en tanto que arrojan una medida objetiva del perfil del sujeto, siendo un proceso que no conlleva ningún tipo de perjuicio para la persona. Los mismos fueron seleccionados en base a su pertinencia para este trastorno y por haber sido empleados por otros investigadores en trabajos consultados como referencias bibliográficas. Fue motivo de exclusión para la participación del estudio aquellos sujetos que se encontraran bajo tratamiento psicoterapéutico o psiquiátrico, o auto-medicándose.

De lo anterior, se desprende que los sujetos susceptibles de integrar la muestra presentaban una afección (específicamente, el trastorno de ansiedad definido como TEPT), constituyendo una muestra no sana. Este hito supone una situación excepcional para producir un potencial beneficio en los mismos.

### **6.8.3 De las consideraciones del GC**

La pertinencia de incluir un GC estuvo motivada por la necesidad de discriminar, en el caso de registrar cambios favorables en la sintomatología, si los mismos se deben exclusivamente al efecto de las técnicas, y no a consecuencia de prácticas de sugestión y/o expectativas auto-generadas por los sujetos. Si la investigación comprueba la eficacia del tratamiento experimental y superioridad en relación al GC se prevé que los integrantes de este grupo puedan recibir el tratamiento del GE, sin ningún tipo de coste adicional.

### **6.8.4 De la privacidad de los datos**

El resguardo de la identidad de los sujetos se garantizó a través del manejo de sus datos personales en una base de datos cifrada, a la que tuvieron acceso exclusivamente los investigadores del proyecto de investigación-asistencia.

Los resultados de la investigación dan cuenta públicamente de los eventuales cambios que se hayan producido en los sujetos, sin brindar ningún tipo de información, a partir de la cual puedan los mismos ser identificados.

### **6.8.5 De los beneficios y riesgos**

Las probabilidades de beneficios excedieron los riesgos previsibles.

Entre los riesgos contemplados, existía la posibilidad de que los sujetos no cerrasen el proceso en el número máximo de sesiones propuestas. En tales casos, se ofreció la alternativa de continuar el proceso psicoterapéutico hasta la resolución sintomática del TEPT (quedando excluidos otros aspectos no resueltos derivados de otras experiencias o rasgos instaurados en los participantes del estudio). Dicha alternativa no implicó ningún coste adicional para los sujetos.

Otro factor de riesgo estuvo constituido por la no resolución adaptativa o por un estancamiento del procesamiento de los eventos traumáticos implicados en el TEPT. Existía la posibilidad, aunque mínima, de que la aplicación del protocolo derivado del método EMDR, genere una re-exposición al trauma sin posibilidad de resolución. En los casos en lo que esto ocurrió, se aplicaron las técnicas pertinentes para proteger al sujeto en todo momento de una retraumatización iatrogénica. Así esto implicase la exclusión del sujeto como muestra de ese nivel de tratamiento, al estar introduciendo herramientas no previstas para el citado grupo.

La muestra se trató de una población afectada por una sintomatología que actualmente no tiene acceso a servicios de asistencia psicológica. De este modo, se les brindó a los sujetos un espacio de procesamiento psicoterapéutico especializado para el tratamiento del TEPT. Teniendo en cuenta la bibliografía revisada, y en función de la confirmación de las hipótesis planteadas por el equipo, se realizó una intervención de carácter breve y focal, que buscó obtener resultados favorables en un corto plazo. Son estos motivos los que justificaron, a nuestro juicio, que el proyecto se llevara a cabo con las medidas de seguridad apropiadas, protegiendo a los sujetos y minimizando y controlando los posibles efectos adversos.

### **6.8.6 De la inclusión de colaboradores**

La inclusión de psicoterapeutas colaboradores se realizó a través de instancias formativas de grado y posgrado, a cargo del investigador principal, que aseguraron el correcto desempeño en las tareas que les fueron asignadas, las cuales fueron supervisadas en forma semanal. Así se garantizó la adquisición de los conocimientos adecuados y la sistematización metodológica de los procedimientos técnicos-instrumentales por cada uno de los miembros del equipo de investigación. La sensibilización en el trabajo de investigación con Seres Humanos fue un eje transversal a todo el proyecto.

### **6.8.7 De la precaución en el *setting* e instalaciones**

A lo largo del proceso psicoterapéutico se aseguró un *setting* confiable, seguro y no invasivo para cada uno de los participantes, en condiciones ambientales pertinentes para el desarrollo de la actividad en donde tuvo lugar la intervención psicoterapéutica. Las sesiones individuales se realizaron en consultorios adecuadamente equipados.

### **6.8.8 Devolución de información a los participantes**

Las conclusiones extraídas de la investigación, así como los procedimientos efectuados, se resumieron en un informe presentado en la Jornada Académico-Científica: “Las Paradojas de la Migración. Presentación de resultados de la investigación sobre estrés postraumático en uruguayos retornados” que se realizó el jueves 24 de noviembre de 2016 en el Aula Magna de la Facultad de Psicología de la UdelaR.

En formato de mesa redonda participaron de esta Jornada el Prof. Joaquín Rodríguez Nebot, la Prof. Agda. Rosa Zytner (directora del CIC-P), la Lic. Malena Zunino Folle (investigadora asociada del CIC-P), estudiantes de la práctica Trauma y Trastornos de Ansiedad en uruguayos retornados, y por el MRREE el Subdirector General para Asuntos Consultares y de Vinculación Embajador Diego Peluffo Acosta y Lara.

Para dicha Jornada fueron invitados todos los participantes de la muestra.

## **CAPÍTULO 7 El protocolo de EMDR+ET**

## **7.1 Protocolo de desintensificación, desensibilización y reprocesamiento del TEPT a través de técnicas energéticas y de estimulación bilateral (EMDR+ET)**

El presente protocolo consta de tres etapas:

- **PRIMERA ETAPA: preparación**

-Preparar al paciente para trabajar en un foco de atención dual que contiene:

- a) la re-exposición imaginaria al evento traumático,
- b) la seguridad en el consultorio y en el presente, y la confianza en el vínculo psicoterapéutico.

-Escoger el **EVENTO TRAUMÁTICO** e identificar sus elementos:

- a) imágenes,
- b) sensaciones corporales,
- c) sentimientos,
- d) auto-percepciones negativas, cogniciones negativas y/o creencias limitantes.

- **SEGUNDA ETAPA: procesamiento y desensibilización del material traumático**

-Estimulación corporal asociada a la focalización en los elementos del target.

- **TERCERA ETAPA: instalación de lo positivo y desintensificación final del evento traumático**

-Estimulación asociada a creencias positivas y a estados seguros y relajados psico-corporales.

- Las mismas etapas, siguiendo el método EMDR, se pueden subdividir en las siguientes fases:

**Fase 1: Registro de la historia clínica.**

**Fase 2: Preparación del paciente. Explicación teórico-técnica del modelo.**



Evaluación de las habilidades del consultante para afrontar el material perturbador que pueda surgir y capacitación, si fuera necesario, mediante técnicas de instalación de recursos protocolizadas. Señal de STOP. Creación del “Lugar Seguro” (según la visualización estandarizada por F. Shapiro o según el trabajo corporal estandarizado por Luis Gonçalvez Boggio).

**Fase 3: Evaluación.** Se selecciona la situación traumática o perturbadora que se va a reprocesar y sus componentes asociados:

- Imagen representativa de la situación que va ser el foco inicial.
- Cognición negativa, una interpretación negativa de sí mismo al pensarse en el hecho traumático ahora.
- Emoción, que corresponde a la convergencia de la imagen y la cognición negativa.
- Sensación corporal, que acompaña a esa emoción.

Se aplica la Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUDS), creada por J. Wolpe y abreviada por F. Shapiro para registrar las emociones y/o sensaciones perturbadoras.

**Fase 4: Focalización y comienzo de la desintensificación.**

4a. Para concentrarse y focalizarse en la escena traumática se le pide al paciente que piense en una situación perturbadora (la última, la primera y/o la peor referida al evento traumático) y que se focalice en ella, intentando utilizar todos los sentidos. Para ello el terapeuta va a hacer indicaciones protocolizadas para que el paciente tome contacto con la escena y pueda concentrarse en todo lo que hay para ver, para escuchar y para sentir en el peor momento de la escena. En ese momento, manteniendo unidos todos los sentidos, se mide según la escala SUDS cuanta perturbación siente el paciente (escala del 0 al 10, en donde 0 es ausencia total de perturbación y 10 es la perturbación máxima) al tomar contacto con la escena perturbadora. Se le pide que observe dónde y cómo siente la perturbación en el cuerpo.

4b. Para comenzar a desensibilizar el material traumático se le propone al paciente una técnica de respiración lenta y profunda, utilizando las cuatro fases rítmicas de la respiración (inspiración, retención de aire, espiración y retención en vacío). Se le consigna al paciente sentarse cómodamente con una mano en el corazón y con la otra en el abdomen, presionando

suavemente los pies contra el suelo en la espiración, de una forma bien leve, haciendo conciente el segmento torácico y abdominal. Se le puede pedir al paciente que respire lentamente como por un tubito –como por un “sorbito”– primero inflando el vientre y a continuación el tórax. Cuando los pulmones están llenos, se le pide que pare, que retenga la respiración por unos segundos y que comience a espirar lentamente, otra vez como si soplara por un tubito. Al final de la espiración, se le consigna que largue todo el aire y que espere, haga una pequeña pausa, hasta que sienta la necesidad de inspirar nuevamente. Luego se le pide que permita a su cuerpo respirar más lento y profundo, con la ayuda de un conteo que va realizando el terapeuta en voz alta. Primero en las espiraciones “5, 4, 3, 2, 1, pausa”, luego durante las inspiraciones “1, 2, 3, 4, 5, pausa”.

4c. Para comenzar a integrar dinámicamente la mente y el cuerpo en un trabajo de desensibilización y reprocesamiento del material traumático se le indica al paciente que coloque suavemente (sin presionar) los dedos pulgar y anular al lado de los ojos, y el dedo medio en el entre cejo. Y que apoye, con la otra mano, la zona cráneo occipital, pensando en la escena perturbadora. Se le pide que repita varias veces la frase: “estoy uniendo mi cuerpo y mi mente para resolver este problema ahora”, “llegó el momento de resolver este problema ahora”.

**Fase 5: Desensibilización.** Se aplica la estimulación sensorial bilateral. Se trabaja con movimientos oculares horizontales que realiza el paciente siguiendo el desplazamiento de los dedos del terapeuta, que ejecuta un camino de ida y vuelta barriendo el campo visual. El paciente verbaliza qué es lo que va sintiendo y va pensando. Se repite el procedimiento hasta que el SUDS llega a niveles bajos de perturbación.

El terapeuta limita generalmente sus intervenciones verbales a las preguntas: “¿qué viene? ¿qué apareció?”. El terapeuta le aclara al paciente: “cuando te pregunto qué viene, qué apareció, estoy haciendo referencia a sensaciones, emociones, imágenes, pensamientos, asociaciones; te pido que verbalices lo que sea más vívido para ti, en este momento, ahora”. Cuando el paciente verbaliza algún contenido que evaluamos como interesante para el procesamiento, el terapeuta le dice: “concentrate en eso”, y procede a aplicar sets de estimulación bilateral. Si el contenido no es interesante para el procesamiento podemos pedirle al paciente que deje pasar ese contenido, vuelva a la escena original o lo que quede de ella.

Si el procesamiento del material traumático se bloquea (el SUDS no baja luego de dos pasadas seguidas) procedemos a realizar las siguientes intervenciones:

- 1) Se cambia la dirección de los movimientos oculares: se comienzan a usar rotaciones, diagonales, ocho acostado, etc.
- 2) Se cambia la velocidad de los movimientos oculares (se aceleran o desaceleran).
- 3) Se cambia el tipo de EB: se pasa de los movimientos oculares a estimulación auditiva o a EB con tapping.
- 4) Si ninguna de estas 3 opciones disminuye el SUDS pasamos a aplicar la TE de TFT:

1) Se le pide al paciente que piense nuevamente en la situación o escena perturbadora original uniendo lo que está sintiendo, y se le pide que golpee rítmicamente:

- a) Inicio de la ceja (EB<sup>13</sup>): donde el hueso detrás de la ceja se une con el de la nariz.
- b) Lado del ojo (EB): en el hueso que protege al ojo lateralmente.
- c) Bajo el ojo (EB): en el hueso que está justo debajo del ojo, en línea con la pupila mirando de frente.
- d) Bajo la nariz: entre la nariz y el labio superior.
- e) Bajo la boca: entre el labio inferior y la barbilla.
- f) Clavícula (EB): en el ángulo formado por la clavícula y el esternón.

El paciente se realiza un masaje circular suave, auto-aplicado sobre el segmento torácico.

2) Se le indica nuevamente al paciente que piense en la misma situación perturbadora (o lo que quede de ella) y que golpee rítmicamente el dorso de la mano (un poco antes de los nudillos de los dedos meñique y anular, en línea con el punto central entre éstos) y al mismo tiempo que realice con los ojos movimientos de:

- a) lateralización,
- b) diagonales,
- c) rotación en el sentido horario,

---

<sup>13</sup> EB: estimulación bilateral en donde el paciente golpea alternadamente el lado izquierdo y el lado derecho indicado.

- d) rotación en el sentido anti-horario,
- e) “ocho acostado” (símbolo de infinito).

3) El terapeuta golpea rítmicamente el dorso izquierdo de la mano del paciente en un punto ubicado un poco antes de los nudillos de los dedos meñique y anular, en línea con el punto central entre éstos, y al mismo tiempo se le pide al paciente:

- a) que tararee una melodía (sin letra), pensando en la escena perturbadora.
  - b) que cuente hasta cinco, pensando en la escena perturbadora.
- Se repite 3a alternando con 3b varias veces (durante aproximadamente 1 minuto).

4) Se repite el procedimiento 1).

5) Se repite el procedimiento total del 1) al 4) las veces que sea necesario, hasta que el SUDS llegue a los niveles más bajos posibles.

**Fase 6: Búsqueda e Instalación de una Cognición Positiva.**

Si se llega a un SUDS bajo (menor o igual a 1) se le pide al paciente que piense en una frase de autoafirmación. El terapeuta lo puede orientar en la búsqueda según un protocolo estandarizado que sirve de apoyo, pero que puede usarse creativa y singularmente.

Se le pide al paciente que se focalice nuevamente en la escena perturbadora inicial (o lo que quede de ella) y que se imagine su transformación hacia una resolución positiva de la misma, repitiendo en voz alta la frase auto-afirmadora encontrada (Cognición Positiva).

El terapeuta, al mismo tiempo, aplica en el paciente estimulación bilateral táctil o auditiva, o le pide al paciente que realice movimientos oculares bilaterales.

**Fase 7: Chequeo corporal.** Se confirma que las sensaciones físicas displacenteras hayan desaparecido. En caso de que haya una sensación física displacentera se aplica el protocolo PET (Solvey, Andrade, Ferrazzano de Solvey, 2013) focalizándose en la sensación perturbadora.

- 1) El paciente se pone en la postura de mayor dolor.
- 2) Evalúa de 0 a 10 cuánto le duele ahora.
- 3) Tapa un ojo suavemente sin cruzar la línea media con la mano

(ver. Fig. 3).

- 4) Recorre el campo del otro ojo desde afuera (lado temporal) hacia adentro (lado nasal) cruzando la línea media en forma horizontal. Se realiza 5 o 6 veces cada movimiento (esto es un set).
- 5) Tapa el otro ojo suavemente sin cruzar la línea media con la mano.
- 6) Recorre el campo del otro ojo desde afuera (lado temporal) hacia adentro (lado nasal) cruzando la línea media en forma horizontal.
- 7) Realiza varios sets con uno y otro ojo.
- 8) Si el SUDS no baja el terapeuta realiza movimientos alternativos: diagonal / en U de afuera hacia adentro / en perspectiva hacia adentro.
- 9) Si el SUDS no baja el terapeuta prueba los diferentes movimientos en distintas velocidades.
- 10) Siempre usa el movimiento y la velocidad más eficaz hasta encontrar el que baja definitivamente el SUDS.
- 11) Se chequea el dolor y se evalúa su estado y localización. El mismo puede ir cambiando de lugar, hasta desaparecer o bajar notoriamente su intensidad.
- 12) Es probable que en la primera vuelta no varíe la intensidad. Se le dice al paciente: “Está bien, eso es lo esperado”.
- 13) Se repiten tantos sets como sea necesario, hasta que baje a 0/1 o llegue a su mínima intensidad.
- 14) Se realiza la instalación con un último set de dos o tres movimientos oculares con ambos ojos.



Fig. 4

**Fase 8: Cierre.** Se trata de que al final de cada sesión, el paciente presente un estado de equilibrio emocional. Se realizan movimientos oculares junto a la imagen de Lugar Seguro u otra técnica de visualización, o se realiza un trabajo de integración con técnicas energéticas de Grounding

(Enraizamiento y Centramiento).

## **7.2 Protocolo de preparación de los pacientes para el trabajo con las escenas traumatogénicas antes de aplicar las TE y de EB -EMDR+ET- (Gonçalves Boggio, 2014a).**

Sentado, cabeza y columna apoyadas en la silla y pies apoyados en el piso, el paciente comienza a realizar una respiración conciente, lenta y profunda, y elige una escena de Lugar Seguro (técnica protocolizada), o toma contacto con Recursos (técnica protocolizada). En silencio, evoca la misma y la va pasando por la mente. Se realiza una instalación al llegar a estados psicocorporales indicadores de ausencia de perturbación y de relajación parasimpática.

Una vez instalada esta escena (Lugar Seguro o Recursos) el paciente empieza a tomar contacto con la escena traumatogénica que elige para trabajar en esa sesión. Se focaliza en esa escena perturbadora con todos los sentidos y la pasa en silencio mientras el terapeuta le pregunta y le indica:

- ¿Cuándo sucedió? (paciente evoca, no verbaliza).
- ¿Dónde sucedió? (paciente evoca, no verbaliza).
- ¿Cuánto tiempo duró la escena? (paciente evoca, no verbaliza).
- Focalícese en la peor parte de la escena con todos los sentidos. Saque una foto de aquel momento.
- ¿Qué es lo que hay para ver? ¿La ve en colores o en blanco y negro? ¿La ve nítida o borrosa? ¿Está metido adentro de la escena o la ve por fuera?
- ¿Está solo o acompañado? ¿Está en movimiento o está quieto? ¿Está tocando a alguien o está siendo tocado por alguien?
- ¿Qué es lo que hay para sentir? ¿Aparece algún olor o algún sabor al recordar la escena?
- ¿Qué es lo que hay para escuchar? ¿Hay silencio? ¿Alguien está hablando? ¿Lo está haciendo en voz alta o en voz baja? ¿Se escucha alguna música o algún sonido?
- ¿Qué es lo que Ud. se decía internamente o estaba pensando de sí en aquel momento en la escena?
- Mantenga unida la atención en todo lo que hay para ver, para escuchar o para sentir, en la peor parte de aquella escena y dirija sensiblemente la atención a observar qué es lo que siente AHORA al

evocar aquella escena, y al focalizarse en la peor parte de la misma.  
(Se le pide al paciente que verbalice qué siente).

- ¿Dónde lo siente? (Verbalizar).

Se realiza una evaluación inicial de SUDS:

- En una escala del 0 al 10, donde 0 es ausencia total de perturbación y 10 una perturbación máxima: ¿cuánta perturbación siente AHORA al focalizarse en la escena, en la peor parte de la escena? (Anotar).

### **7.3 Pacientes hiper-responsivos e hipo-responsivos**

Durante los dos primeros años de trabajo (2011-2012) con los pacientes del GE notamos que el protocolo de EMDR+ET funcionaba en una ventana de tolerancia óptima para el 60% de los pacientes, lo que acrecentaba en un 20% lo estimado por los entrenadores internacionales de EMDR (Hartung, p. 117, 2008). Pero el restante 40% respondía al protocolo de dos maneras diferentes, que denominamos hiper-responsivamente (24%) o hipo-responsivamente (16%), siguiendo la línea planteada por John Hartung (2008). Los pacientes hiper-responsivos se caracterizaban por una gran reactividad emocional con sensaciones aumentadas, imágenes intrusivas, hiper-vigilancia y procesamiento cognitivo desorganizado. Los pacientes hipo-responsivos por aplanamiento afectivo con ausencia relativa de emociones y un procesamiento cognitivo limitado.

La primera conclusión que sacamos en el equipo es que teníamos que modular la aplicación del protocolo de EMDR+ET en el GE, en la medida en que no podía ejecutarse un mismo abordaje general para aquellos pacientes que son fácilmente invadidos y desbordados por las emociones, y para aquellos pacientes que tienen poco o ningún acceso a sus sentimientos. Es así que se decide complementar las estrategias de desbloqueo para el 40% del GE que no funcionaba como ventana óptima, desacelerando los procesos en los pacientes hiper-responsivos (24%) y acelerando los procesos en los pacientes hipo-responsivos (16%). A diferencia de lo que plantea Hartung (pp 117-145, 2008), que centra la aceleración y la desaceleración de los procesamientos fundamentalmente en los cambios de velocidad y de distancia de los movimientos oculares o en el cambio de EB, decidimos trabajar integrando TE que incluyan EB e integración cerebral (para la aceleración de los procesamientos), y TE con

toques suaves acupresivos o deslizantes (para la desaceleración de los mismos).

Como técnicas de desaceleración para los pacientes hiper-responsivos se utilizaron: Tapas, TFT, EFT, Havenning, y Gentle Bioenergetics.

Como técnicas de aceleración para los pacientes hipo-responsivos se utilizaron: TIC, AMSB, TRE y actings-neurovegetativos específicos de la PCB.

### 7.3.1 Ejemplos de protocolos de desaceleración del procesamiento para pacientes hiper-responsivos

#### Protocolo Havenning (Dr. Ronald Ruden, 2011)

- 1) El paciente evoca una escena traumática y dirige sensiblemente la atención a tomar contacto con lo que siente al evocar la escena.
- 2) El paciente se auto-aplica una serie de toques deslizantes sin percutir con muchísima suavidad, al mismo tiempo que piensa en la escena perturbadora.
- 3) Se repite el procedimiento hasta que la perturbación baje.

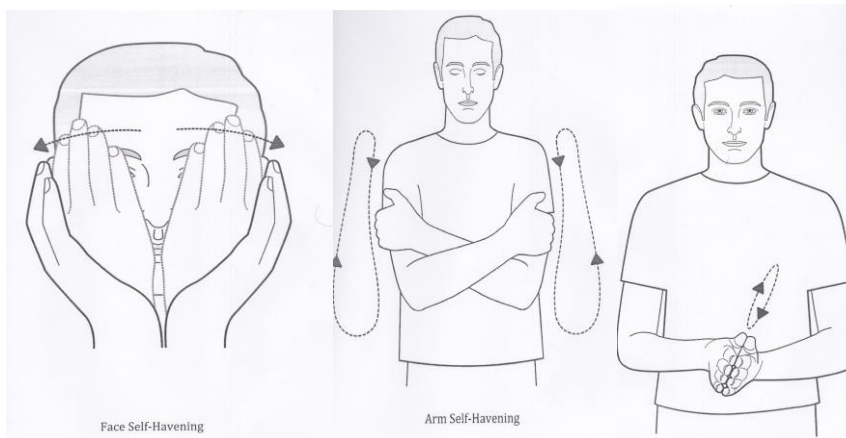


Fig. 5

- 4) En algunos casos, si la perturbación no disminuía pero el paciente estaba conciente de sensaciones perturbadoras, pasamos a aplicar la técnica de Escena Fundante. Esta técnica la aplicamos cuando veíamos indicios de un trauma de desarrollo que estaba bloqueando el procesamiento del trauma por shock y el paciente se encontraba en un estado disociativo en relación al recuerdo (generalmente infantil) pero era invadido por sensaciones perturbadoras.



### **7.3.2 Ejemplos de protocolos de aceleración del procesamiento para pacientes hipo-responsivos**

#### **Protocolo TIC: un ojo por vez (Dr. Pablo Solvey, 2006a)**

- 1) Se evalúa los grados de disociación (pueden utilizarse los tests D.E.S. y D.D.I.S.).
- 2) Se prepara al paciente con Lugar Seguro, Relajación o, en el caso de que la disociación sea muy severa con técnicas de Instalación de Recursos y Reforzamiento del Self antes de usar la técnica de 1 Ojo x Vez. Buscamos maximizar la sensación de control y seguridad del paciente.
- 3) Se elige el tema o escena a trabajar.
- 4) Se realiza la técnica de “cambio de ojos” para comparar: el terapeuta da indicaciones precisas. Es importante que el paciente se enfoque en su atención en el hecho traumático (la escena elegida). Si hay diferencias entre los ojos se exploran cuidadosamente.
- 5) Cambio de ojos para integrar: el terapeuta le pide al paciente que piense la escena y se tape un ojo y luego le indica el cambio de ojos hasta que se iguale el SUDS (las discrepancias menores a 2 pueden ser ignoradas). Con pacientes muy disociados este paso puede ser muy largo. Se puede parar y descansar si el paciente se siente perturbado. Podemos retomar técnicas de Instalación de Recursos si el paciente tiende a disociar/asociar fácilmente.
- 6) Cubriendo un ojo y con el paciente enfocado en el tema el terapeuta le pregunta al paciente “¿Podés creer que ...?” con distintas entonaciones. Se repite este procedimiento con cada ojo. Si el paciente “lo cree” con ambos ojos (raro en disociaciones) el terapeuta continúa e reprocesamiento. Si se detecta shock (el paciente lo cree con un ojo y no lo puede creer con el otro o no lo puede creer con los dos -frecuente en disociación y en TEPT-) se pasa a corregir (remover el shock).
- 7) Si “no lo cree” con un solo ojo: se sigue con cambio de ojos hasta que el paciente lo crea con los dos ojos. O removemos el shock con técnicas complementarias (gamut spot, punto K, entretejido cognitivo, toque frontal-occipital, etc.). Si “no lo cree” con ambos ojos: removemos el

shock con técnicas complementarias (gamut spot, punto K, entretejido cognitivo, toque frontal-occipital, etc.) comenzando con el ojo que tiene un menor nivel de perturbación.

8) Los lugares más comunes para “retener” emociones o sensaciones físicas en el campo visual son la Línea Media (es el punto más cercano al puente de la nariz en el campo visual -ángulo interno del ojo-, y es el lugar en donde se produce el cambio de un hemisferio a otro) y la Sombra de la Línea Media (está localizada, en el campo visual, en el ángulo o borde externo del ojo). Esto puede darse en forma de:

- Nudos: son discontinuidades en la experiencia visual en donde aumenta la perturbación (física o emocional). Se detectan cuando al hacer la exploración del campo visual (con lateralización y/o rotación de ojos) el paciente evidencia un aumento en la perturbación o una reacción intensa al pasar o al llegar a determinado punto. Estos nudos están asociados a targets de traumas.
- Saltos: son baches, detenciones temporales o reversión de la dirección cuando se realiza la exploración del campo visual.
- Stop: son detenciones súbitas y permanentes (más de 4 pases) de la exploración del campo visual.

9) Para remover los N/S/S podemos “masajearlos” en forma directa. Para ello el terapeuta un estímulo visual frente al nudo -dedos, linterna, lapicera- y realiza movimientos circulares suaves y cortos (en forma oval y corta hacia la Línea Media) mientras el paciente está concentrado en el tema. Este delicado “masaje”, se puede acompañar con las siguientes técnicas:

- cubrir y descubrir, al mismo tiempo, el otro ojo;
- hacer una pausa para tapar y destapar los ojos lenta y alternadamente y luego continuar con el masaje;
- realizar el terapeuta, con una mano, tapping en las rodillas del paciente, al mismo tiempo que se realiza el masaje con el ojo fijo en el N/S/S;
- utilizar TE complementarias (con o sin frases correctoras).

10) Una vez resueltos todos los N/S/S de cada ojo se sigue reprocesando con cambio de ojos hasta integrar.

11) Si se bloquea el reprocesamiento se explora nuevamente el campo visual chequeando todos los puntos remanentes que puedan estar

“ocultos” (N/S/S). Los puntos remanentes u ocultos (N/S/S) siguen apareciendo cuando los pacientes están severamente perturbados, o muy disociados.

12) Nuevamente se recorre el campo visual en forma muy lenta, con el paciente concentrado en el tema. Y en la medida en que aparezcan estos puntos “escondidos” se trabajan con “masaje”.

Debemos estar atentos a la aparición de síntomas físicos (tales como reflejo de vómito, dificultad respiratoria, parestesias, mareo, etc.).

Cuando las emociones y sensaciones perturbadoras disminuyeron podemos cubrir y descubrir el otro ojo para ayudar a integrar o realizar Estimulación Bilateral alternada (tapping o auditiva).

Si el paciente no tiene suficiente fortaleza yoica para soportar este trabajo debemos hacer antes Instalación de Recursos.

13) Una vez resueltos todos los N/S/S remanentes de cada ojo se sigue reprocesando con cambio de ojos hasta integrar.

14) Hacemos cambio de ojos para rechequeo final.

- Si integró y el SUDS es 0-1 en ambos ojos: fin del trabajo.
- Si integró con ambos ojos pero el SUDS está alto: seguir reprocesando hasta que baje el SUDS a 0/1.
- Si no integró y ambos ojos siguen desiguales: seguir reprocesando hasta que se igualen usando técnicas complementarias.
- Si el SUDS baja y luego vuelve a subir debemos buscar las causas del retorno de la perturbación.

Puede ser que el paciente:

- se ha movido a un nuevo trauma (relacionado al target) o
- está en un momento distinto (aun activo) del mismo trauma, para lo cual debemos identificar exactamente qué es lo que está procesando y desensibilizar secuencialmente todos los momentos relacionados con el trauma que puedan estar apareciendo.

Puede haber:

- una creencia negativa o limitante bloqueando el procesamiento.

En todos los pasos anteriores del procedimiento de 1 Ojo x Vez se pueden usar las técnicas complementarias para ayudar a desbloquear el procesamiento.

Luego de realizado los procedimientos anteriores descriptos (1 Ojo x Vez) se puede pasar a procesar nuevamente con el protocolo de EMDR+ET.

En algunas ocasiones pueden producirse en el paciente dolores de cabeza como consecuencia de la integración inter-hemisférica. Suponemos que mismos aparecen como resultado de la actividad del cerebro al tratar de integrar material traumático con la experiencia reciente y con los recursos del paciente, y al intentar resolverlo emocional, cognitiva y energéticamente (integrar el trauma no sólo alivia sino que además cansa y “duele”). Para ello “limpiamos” este dolor de cabeza con un barrido (Protocolo PET), que se hace cubriendo un ojo y pasando un estímulo visual a través del campo visual, de afuera hacia adentro, por el ojo descubierto. Se repite de 5 a 10 veces y luego se alternan los ojos. El paciente puede realizarlo además en su casa (este procedimiento es inefectivo si el dolor es por jaqueca o por tensión muscular).

#### Resumen Técnica de Un Ojo por vez:

- 1) Elegir un tema para trabajar y preparar al paciente.
- 2) Procedimiento básico:
  - a. Comparar el tema con ambos ojos.
  - b. Reprocesar el tema con cambio de ojos.Si se bloquea el reprocesamiento:
  - 3) Búsqueda de shock:
    - a. Preguntar: “¿podés creer?” con cada ojo.
    - b. Remover el shock.
    - c. Seguir reprocesando hasta integrar.Si se bloquea el reprocesamiento:
    - 4) Procedimiento avanzado
      - a. Exploración del campo visual para detectar Nudos / Saltos / Stop.
      - b. Remoción de los N/S/S con masaje.
      - c. Seguir reprocesando hasta integrar.Si se bloquea el reprocesamiento:
      - d. Nueva exploración de N/S/S para detectar puntos remanentes.
      - e. Remoción de los puntos remanentes con masaje.
      - f. Seguir reprocesando hasta integrar.
  - 5) Rechequeo final para comprobar la integración de ambos hemisferios.

Tanto en 2), 3) o 4). si se bloquea el reprocesamiento se sugiere aplicar técnicas energéticas complementarias: percusión en punto Gamut con EB,

percusión en punto K con frase de reversión psicológica, toque Frontal Occipital, etc.

En todos los casos el procedimiento se realiza repasando la escena.

#### 7.4 La búsqueda de escenas fundantes

Técnica de Escena Fundante (Dr. Pablo Solvey, 2012)

1. Identificar el síntoma o el problema. Interrogar y hablar durante breves minutos para asociar al paciente con el tema.
2. Identificar un episodio fuerte (antiguo o reciente) que contenga el problema. Es innecesario pedir detalles o descripciones.
3. El terapeuta le pide al paciente que cierre los ojos y reviva el episodio, asociándose intensamente al mismo. Le pide que lo recuerde, que lo evoque, que lo sienta. Usando un tono de voz semi hipnótico.
4. El terapeuta le pregunta al paciente qué sensaciones corporales le aparecen ahora, mientras revive y contempla lo que pasó antes. Le pide que describa las sensaciones corporales actuales. No las sensaciones que acompañan el episodio antiguo. No se focaliza en las emociones, sino en las sensaciones corporales actuales. Insistimos hasta que aparezcan.
5. Una vez registradas las sensaciones, el terapeuta le pide receptivamente y con voz y tono hipnótico que vaya al pasado con el siguiente *speech*:

“Voy a pedirle a tu mente consciente que se focalice en estas sensaciones ... (repetirlas)... mientras tu mente inconsciente, que todo lo sabe y que todo lo recuerda ... guiada por el hilo conductor de estas sensaciones, se abre paso hacia atrás en el tiempo ... pasiva pero receptivamente ... hasta encontrar la escena mas antigua, mas remota, quizás la primera vez que sentiste estas mismas sensaciones ... dejá que la escena te busque y te encuentre a ti ... la escena más antigua ... la primera vez que tuviste estas mismas sensaciones corporales, en el pasado más antiguo y remoto.

Seguramente ya apareció una escena, pues siempre aparece, y probablemente la descartes, pensando que nada tiene que ver o que no es pertinente ... dejá que venga todo lo que venga, una o varias escenas, aunque te parezcan anodinas, descabelladas, ridículas o, paradójicamente, incluso agradables o felices.

Seguramente lo que venga te parezca que nada tiene que ver, aparentemente, con tu problema actual ... bien, eso es exactamente

lo que estamos buscando... Esa escena está adentro tuyo y busca salir ... Dejá que yo lo evalúe... ¿Qué vino? ¿Qué apareció?”.

6. Una vez que se tiene la escena, se le pregunta al paciente a qué edad ocurrió, y, en todos los casos se le pide que vaya mas atrás a confirmar que la escena que obtuvimos es la más temprana con esas sensaciones corporales asociadas (“fijáte si aparece una más anti-gua”).
7. Se mantiene el foco en las sensaciones corporales (no nos focaliza-mos en las emociones).
8. Procesamos la escena metodológicamente hasta que la misma pier-da intensidad.
9. Chequeamos el síntoma inicial. La prueba acerca de si la escena era la fundante del síntoma o no, dependerá de la solución de raíz al sín-toma o problema totalmente. Buscamos una respuesta empírica. Si el síntoma se resolvió o desapareció luego de reprocesar la escena supuestamente fundante, pues esa lo era. Si el síntoma no se modifi-có o se modificó parcialmente, entonces no lo era.

**Causas por las cuales se puede fracasar en la búsqueda de la EF**

**Causas atribuibles al psicoterapeuta:**

- Explicación inadecuada o demasiado breve al paciente de lo que se le pide.
- Dudas o temores al momento de inducir el sub-trance para ayudar a la evocación de la EF (v.g.: falta de seguridad, falta de asertividad).
- Intención terapéutica débil o dudosa.
- Falta de vocabulario adecuado.
- Error en el tono de voz hipnótico a la hora de inducir el sub-trance para la búsqueda de la EF.
- No insistir sutilmente y lo suficiente, si el paciente dice que no le aparece nada.
- Quedarse con la primera escena que viene y no ir en busca de la mas antigua.
- No investigar y no tomar todas las sensaciones corporales que aparezcan (quedarse sólo con alguna similar o igual a la escena tomada como fuente).
- Mala elección de la escena que usamos como “puerta de entrada” para evocar las sensaciones corporales actuales.
- No darse cuenta o no tener presente que podría tratarse de una escena

pre-verbal o peri-natal.

-No darse cuenta que el paciente está en un plano de desconfianza, y no tomarse el tiempo necesario para trabajar y resolver esa desconfianza.

-Usar la emoción en vez de la sensación para llegar a la EF (las emociones varían en el tiempo o pueden derivarnos del objetivo que queremos conseguir).

-Usar las sensaciones corporales que se tuvieron en un evento pasado o que se recuerdan, pero no las que se tienen ahora al evocar dicho recuerdo.

-Buscar la EF como si fuera “LA” EF. Sin tomar en cuenta que la EF puede ser una escena cualquier, familiar, anodina, neutra, positiva, feliz o, por el contrario, traumática o truculenta.

#### Causas atribuibles al paciente:

-Que tenga dudas o desconfianza y no cumpla con la consigna.

-Que descarte la escena aparecida por creer que no tiene nada que ver.

-Que descarte la escena aparecida por creer que la buscó adrede y que no fue espontánea.

-Falta de inteligencia para entender lo que se le pide.

-Ocultamiento intencional de lo que viene o aparece (por el motivo que fuere).

-Descarte de la escena en el proceso de búsqueda (por ser muy conocida, familiar o cotidiana; porque no es negativa o con alta perturbación; porque cree que carece de la misma emoción del síntoma presente; porque no viene con imágenes y sólo con sensaciones –como en el caso de las EEFF preverbales-; por ser “demasiado temprana”; por pensar que les fue contada; por creer que es inventada o imaginada; etc.).

#### Axiomas Clínicos para trabajar con la técnica de EF

- No buscar la escena activamente en la memoria, sino dejar que la escena te busque y te encuentre.
- El elemento directriz para buscar la EF son las sensaciones.
- Centrarse en las sensaciones corporales que el tema/síntoma despierta y no en las emociones.
- Si la escena hallada contiene el problema o síntoma actual, no es la EF. No pueden coexistir causa y efecto simultáneamente.
- Cuánto más temprana sea la escena, más probable es que sea la EF.
- Usar escenas específicas y descartar las genéricas.

- Elegir y priorizar la escena mas vívida y vital. Mas realista e intensa. Con más fuerza, aunque no sea “la peor”. Con mas detalles, nitidez, colores, movimiento y realismo.
- Ante la duda de cual elegir, reprocesar todas las escenas que aparezcan, una por una, de la más antigua a la más reciente.
- Es indiferente si la escena es verídica o producto de una distorsión de la memoria. Es suficiente que sea real para el paciente.
- La escena no tiene que ser propia para generar o mantener una patología (v.g.: trauma vicarizante).
- En el caso de traumas el objetivo es bajar la perturbación que produce el recuerdo del mismo.
- En el caso de síntomas el objetivo no es bajar la perturbación de la escena (que incluso puede quedar relativamente alta), sino bajar la vitalidad de la misma y su intensidad. El objetivo es que se “apague”, ya que una vez “apagada” deja de perturbar, y al mismo tiempo, el síntoma desaparece.
- Descartar las emociones que aparezcan y centrarse sólo en las sensaciones físicas.
- Si se tiene una sola sensación corporal, es suficiente para hallar la EF.

## **7.5 Protocolo de TE domiciliarias.**

### **7.5.1 Respiración bioenergética para disminuir la ansiedad y para la instalación de un Lugar Seguro**

Siéntese cómodamente con su mano derecha en el corazón y su mano izquierda en la barriga, con la espalda recta y los hombros hacia atrás de modo tal que la cabeza sea sostenida por la columna como si fuese estirada hacia arriba por un hilo en la nuca. Los pies deben tener buen contacto con el suelo. Los músculos están lo más relajados posibles. Respire en forma suave, lenta y profunda, utilizando las cuatro fases rítmicas de la respiración (inspiración, retención de aire, espiración y retención en vacío). Respire lentamente como por un tubito – como por una “pajita”– inflando primero el vientre (como si fuese un globo) y luego el tórax. Cuando los pulmones están llenos pare, retenga la respiración por poco tiempo y comience a espirar lentamente, otra vez como si soplara por un sorbito, presionando suavemente sus pies en el piso. Al final de la espiración, largue todo el aire haga una pequeña pausa, hasta que sienta la necesidad de inspirar nuevamente. Permítale a su cuerpo respirar más



lento y profundo. Acompañe esta respiración imaginando que está en un lugar seguro con una persona que le dé seguridad (si la hubiera), dirigiendo sensiblemente la atención a imaginar las sensaciones visuales, auditivas, kinestésicas, olfativas, etc. que formarían parte de dicha escena. Al notar en Ud. señales fisiológicas de relajación parasimpática mueva los ojos lateralmente, dirigiendo sensiblemente la atención a concentrarse en lo que está sintiendo y evocando la escena de Lugar Seguro.

### 7.5.2 Meditación preparatoria trabajar con foco e intención la activación del vórtice curativo

a) Piense en una situación perturbadora y mida cuanta perturbación siente, en una escala del 0 al 10, en donde 0 es ausencia total de perturbación y 10 es la perturbación máxima. Observar dónde y cómo siente la perturbación en el cuerpo.

b) Coloque suavemente (sin presionar) los dedos pulgar y anular al lado de los ojos, y el dedo medio en el entre cejo. Con la otra mano apóyela en la zona cráneo occipital. Piense en la escena perturbadora y repita, durante aproximadamente 3 minutos, la(s) frase(s): “llegó el momento de resolver este problema ahora”, “estoy uniendo mi cuerpo y mi mente para resolver este problema ahora”.



Fig. 6

### 7.5.3 Activación energética de puntos de acupresión (tapping)

**combinados con movimientos oculares de estimulación bilateral.**

Piense en una situación o escena perturbadora (puede ser pasada, presente o futura) y golpee rítmicamente:

- 1) Inicio de la ceja (EB): donde el hueso detrás de la ceja se une con el de la nariz
- 2) Lado del ojo (EB): en el hueso que protege al ojo lateralmente.
- 3) Bajo el ojo (EB): en el hueso que está justo debajo del ojo, en línea con la pupila, si miras de frente.
- 4) Bajo la nariz (C): entre la nariz y el labio superior.
- 5) Bajo la boca (C): entre el labio inferior y la barbilla.
- 6) Bajo el brazo (L): a la altura del pezón.
- 7) Clavícula (EB): en el ángulo formado por la clavícula y el esternón.

Pase la mano circularmente por el segmento torácico, en forma suave, siguiendo la dirección horaria.

- 8) Piense en la misma situación perturbadora y golpee repetidamente el canto de la mano (en el borde de la mano, en el punto que usaría para dar un golpe de karate) e induzca a la reversión psicológica mediante una frase correctiva (por ejemplo: “a pesar de lo difícil de aquella situación, me acepto total y completamente y ahora puedo estar tranquilo y en paz”). Si la perturbación disminuye golpee repetidamente el canto de la mano y al mismo tiempo repita una frase auto-afirmativa (por ejemplo: “estoy tranquilo” o “estoy en paz”).

## **CAPÍTULO 8 Ejemplo de una sesión**

Catalina (47 años, retornada de Europa, vivió en varios países ya que trabaja profesionalmente para un organismo internacional) decide consultar luego de escuchar una entrevista radial que me realizan en el programa Vaivén, en la que hablé sobre el convenio interinstitucional entre la Facultad de Psicología UdelaR y el MRREE, y sobre el proyecto de investigación y de asistencia gratuitos para retornados.

El desencadenante de la consulta fue el quinto robo sufrido desde que llegó a Uruguay; tres de ellos en presencia de sus hijos. El último en una situación de “copamiento” de su casa (ubicada en el Departamento de Canelones, en una zona balnearia). La aplicación de la Escala de Impacto de Eventos da TEPT severo.

Luego de realizada la anamnesis en la primera sesión, en donde se confecciona la historia clínica, se le informa sobre el protocolo EMDR+ET mediante una explicación sencilla y por medio de una micro-demostración. Posteriormente se planifica en el equipo el tratamiento de las restantes sesiones, pasando Catalina al GE.

Al comienzo de la segunda sesión se escoge una de las escenas más perturbadoras para trabajar. La paciente elige la escena del copamiento de su casa que había acontecido tres meses atrás. La peor parte de la escena es cuando ella llega a su casa de trabajar y ve una persona bajar de una moto del lugar de acompañante y trepar las rejas de su casa. Sus hijos de 11 y 16 años estaban dentro de la casa. Ella recién había hablado por teléfono con ellos y les había avisado que estaba llegando. Sin pensarlo y casi automáticamente estaciona frente a su casa y corre hacia la esquina para pedir ayuda en la caseta de seguridad. Pero sin esperar por ningún tipo de ayuda, ante la negativa del guardia, sale corriendo a su casa, y entra al porsche desesperadamente. El hombre de la moto que estaba haciendo de “campana” saca un arma y le dice: “quedáte tranquila, dejálo salir o te quemo”. Catalina abre la puerta con la mano temblando y es empujada por el otro hombre, que sale corriendo con un bolso lleno de cuestiones de poco valor, salvo una laptop nueva. Sus hijos estaban en el piso de arriba, asustados pero a salvo.

Previo a la identificación de la escena target (blanco) con todos los componentes asociados (la peor imagen, las emociones y sensaciones que se reactivan en su cuerpo al recordarla, la auto-apreciación negativa que tiene de sí al verse en el peor momento del hecho, la medición subjetiva de la perturbación) procedimos a instalar un Lugar Seguro (LS).

T: Te voy a pedir que elijas una escena en donde recuerdes la última vez que te sentiste segura...

*Llevamos al paciente a una escena de LS que el paciente pueda evocar fácilmente y que genere en él un sentimiento de calma y seguridad.*

P: ¿En Uruguay o en Europa?

T: Puede ser en cualquier lugar, lo importante es que ahora sea sentida y vívida...

P: Ok...

T: Te voy a pedir que la evoques en silencio, dirigiendo tu atención a recordar cuándo sucedió, dónde sucedió, si estabas sola o acompañada, si estabas quieta o en movimiento... y quiero que dirijas sensiblemente la atención a todo lo que hay para ver, para escuchar y para sentir en esa escena de LS. ¿Qué es lo que hay para ver en esa escena? ¿Es en blanco y negro o en colores? ¿Hay movimiento o es fija? ¿Está focalizada o borrosa? ¿Hay profundidad o es bidimensional? ¿Es panorámica o en cuadro? ¿Hay luces o sombras? ¿Hay ruidos o silencios? ¿Hay música? ¿Hay personas hablando, gritando o en silencio? ¿De dónde vienen esos sonidos, de atrás, de adelante, los sentís cerca o lejos? Mientras escuchás todo lo que hay para oír, podés escuchar también tu propia voz? ¿Qué comentario interior te hacés? ¿Qué te estás diciendo internamente? ¿De donde viene esa voz? ¿De qué parte de tu cuerpo? ¿Podés darte cuenta quizás que hay un olor o un perfume? ¿O quizás es simplemente el aire que entra y que sale? ...

*No estamos buscando un recurso excesivamente relajado, por lo tanto la escena no debe ser "hipotónica". El paciente elige si lo hace con ojos abiertos o cerrados. Cada sentido implica una modalidad sensible de percibir el mundo; por lo tanto, cada una de estas modalidades tiene estructuras perceptivas distintas que es necesario cartografiar con preguntas específicas. Hacemos una pausa entre las mismas.*

P: Siento el olor del otoño de un parque de Estocolmo, veo colores verdes, ocre y beige. Estoy sola sentada en el pasto, apoyada a un árbol de algarrobo, leyendo un libro. El viento y el sol me acarician el rostro. Me siento en paz.

T: Te voy a pedir que te concentres en esas imágenes que estás describiendo y al mismo tiempo en esa sensación de paz. ¿Dónde la sentís?

*El terapeuta utiliza un tono calmado para intensificar la imagen y las emociones/sensaciones. Debe asegurarse el poder transmitir al paciente resguardo y seguridad. Se le solicita que verbalice cuándo y dónde siente esas emociones/sensaciones*

P: En todo el cuerpo... sobre todo en la parte anterior del cuerpo...

T: Ahora te voy a pedir que vuelvas a la imagen del LS en donde te sentís tranquila y en paz. Concéntrate en el lugar del cuerpo en donde sentís las sensaciones placenteras y permítete dirigir toda tu atención a ellas. Concéntrate en esas sensaciones y seguí mi dedos con tus ojos.

*El terapeuta deberá utilizar la dirección y velocidad de movimiento que el paciente haya identificado como más cómoda. Si el paciente permanece de ojos cerrados el terapeuta realiza la EB con toques o sonidos. Se realizan aproximadamente entre 4 y 6 series de movimientos oculares.*

T: ¿Cómo te sentís ahora?

P: Relajada, tranquila, en paz.

T: Te pido ahora que asocies a esa imagen, a esa emoción y a esas sensaciones una sola palabra, y que la repitas mentalmente, mientras movés los ojos siguiendo mis dedos.

*Se repite el procedimiento entre 4 y 6 series de movimientos oculares.*

T: ¿Cómo te sentís?

P: Muy bien

T: Ahora vas a tomar contacto con la escena perturbadora que elegiste para trabajar hoy. Te voy a pedir que la evoques asociando a ella todo lo que hay para ver, para escuchar y para sentir en el peor momento de la escena. Y al mismo tiempo vas a dirigir tu atención a la seguridad que sientas en este consultorio y a la confianza que tengas en nuestro vínculo. La escena no va a estar sucediendo aquí y ahora, simplemente la vas a estar evocando en silencio, pero dejando venir lo que venga sin juzgarlo o sin criticarlo. ¿De acuerdo?

P: Ok.

T: Si la escena es muy abrumadora para vos, podés finalizar la evocación levantando la mano, por ejemplo, o verbalizando la frase “suficiente Luis”. Yo te voy a pedir permiso para que me permitas evaluar si parar en ese momento es lo mejor para vos. Pero la última palabra la vas a tener siempre tu.

P: Ok.

T: Comenzá a pasar la escena en silencio. ¿Cuándo sucedió? ¿Dónde sucedió? ¿Cuánto tiempo dura la escena? Cuando llegues a la peor parte de la escena, te voy a pedir que saques una foto en blanco y negro de esa imagen. Y que luego la pongas en movimiento nuevamente. ¿Qué es lo que hay para ver en la peor parte de esa escena? ¿La ves en colores o en blanco y negro? ¿La ves nítida o borrosa? ¿Estás metida adentro de la escena o la ves por fuera? ¿Estás sola o acompañada? ¿Estás quieta o en movimiento? ¿Aparece alguna sensación olfativa o gustativa al recordarla? ¿Qué hay para escuchar en esa escena, en la peor parte de la escena? ¿Hay ruidos, sonidos, música o silencio? ¿Alguien está hablando? ¿Lo está haciendo en voz alta o en voz baja? ¿Qué es lo que pensabas, en aquel momento, en la peor parte de la escena? ¿Y qué es lo que pensás ahora de ti al recordar aquel evento? ¿Hay alguna auto-apreciación negativa de ti, que venga a tu mente, al verte en la peor parte de la escena ahora?

P: ¿Te respondo?

T: Sí.

P: Estoy con mucho miedo ...

T: Eso es descriptivo. Contáme qué interpretás de ti al verte en aquella escena ahora.

P: No entiendo...

T: ¿Qué interpretás ahora al verte con miedo en aquella escena? Yo soy, o yo estoy...

P: Estoy desamparada.

T: Ok. ¿Qué es lo que te gustaría pensar ahora, en vez de “estoy desamparada”?

P: Estoy protegida.

T: Bien. Te voy a pedir que te focalices nuevamente en la escena y que le unas las palabras “estoy protegida”. ¿Cuán verdaderas sentís estas palabras ahora, al verte en la escena, en la peor parte de la escena? Te voy a dar una escala del 1 al 7 en donde 1 sería completamente falso y 7 completamente verdadero. ¿Cuán verdaderas sentís las ahora las palabras “estoy protegida”, al verte en aquella escena?

*Con la mayoría de los pacientes dejamos que la cognición positiva decante sola y no la buscamos al comienzo. Con Catalina evaluamos que rápidamente iba a poder acceder a una cognición positiva y poder realizar sin complicaciones la validez de la cognición (Escala VOC).*

P: ¿1 es completamente falso y 7 completamente verdadero?

T: Sí.

P: 2.

T: Te voy a pedir que evoques nuevamente la escena y te focalices en la peor parte. ¿Qué sensaciones o qué emociones sentís ahora, al focalizarte en la peor parte de la escena y al unirle las palabras “estoy desamparada”?

P: Miedo, angustia.

T: ¿Dónde las sentís?

P: La angustia en la garganta y en el pecho, el miedo en la boca del estómago.

T: ¿Aparece alguna emoción o sensación más?

P: No...

T: ¿Cuánta perturbación sentís en una escala del 0 al 10, en donde 0 es ausencia total de perturbación y 10 una perturbación máxima?

P: 10.

T: ¿sentís con la misma intensidad el miedo que la angustia?

P: Los dos son 10, o más...

T: Bien. Te voy a pedir que evoques la escena nuevamente y durante una pasada de la misma que muevas los ojos siguiendo mis dedos. Al mismo tiempo te pido que repitas las palabras “estoy desamparada” y que dirijas sensiblemente la atención a observar qué sentís ahora.

### *Realizamos una pasada de la escena con EB<sup>14</sup>*

T: Te pido que me avises cuando termines de evocar la escena.

P: Ya.

T: Ahora te voy a pedir que la evoques nuevamente y que te permitas asociar lo que venga, sin juzgar lo que viene o aparece. Ya sea en el plano de las emociones o de las sensaciones, de los pensamientos o de las imágenes. Pasá nuevamente las escenas y seguí mis dedos con tus ojos.

### *Realizamos varios sets de EB.*

T: ¿Qué viene? ¿Qué aparece? Cada vez que te pregunte “qué viene, qué aparece”, estoy haciendo referencia a pensamientos, imágenes,

---

<sup>14</sup> A diferencia de los pacientes del GE, en los pacientes del GC en vez de aplicarse la EB se les pedía que realizasen movimientos oculares verticales (de acomodación y convergencia) siguiendo el dedo del terapeuta.

asociaciones, insights, emociones o sensaciones. Lo que sea más vívido para vos, te pido que lo verbalices...

P: Siento mucha desprotección. Una sensación de desamparo en todo el cuerpo. Me siento desprotegida en Uruguay ante situaciones de violencia... La complicidad de la gente mirando los hechos que se sucedían y no interviniendo...

T: Concéntrate en eso...

*Aplicamos EB.*

P: ¡Pará! Se me mezclan imágenes y sentimientos que sentía de niña acá en Uruguay... esa desprotección ... Me duele más que los robos y el copamiento la actitud del personal de seguridad de la empresa que cubre la cuadra... "No podemos intervenir".

T: Concéntrate en ello.

*Estimulamos bilateralmente.*

P: Siento miedo y mareo... uff, me vino una imagen muy fuerte... de cuando venían los milicos a allanar mi casa, yo era una niña... ¡qué desprotección que sentía! Me corre mucho frío por la espalda. ¡No quiero volver a sentir el miedo que viví en aquella época por volver a Uruguay!

*Aplicamos EB*

T: Concéntrate en eso ... ¿Qué viene? ¿Qué aparece?

P: En Uruguay, de una forma u otra, siempre siento temor. Nunca sentí a Uruguay como una "madre patria". Para ser madre es bastante hija de puta. Ahora entiendo por qué elegí un trabajo que me hiciese viajar tanto...

*Estimulamos bilateralmente*

T: ¿Qué sentís ahora?

P: Estoy empezando a sentir alivio. Lo siento desde la cabeza a los pies. Es muy loco...

T: Concéntrate en eso.

*Aplicamos EB*

P: El poder entender un montón de cosas que intuía me da mucha tranquilidad, es como si se deshicieran los nudos de la panza y de la



garganta... Ahora puedo ver la conexión entre los acontecimientos de la represión en la dictadura y los robos. Desde que volvimos yo sentía mucho miedo y desconfianza de cosas que antes eran tabú hablarlas en casa, por ser de izquierda. Pero a partir de todos estos robos, en casa, hemos perdido el miedo a hablarlas. ¿Sabés que creo que hay una conexión con que los hechos de la dictadura sigan impunes, y los robos y los asaltos de ahora?

T: ¿Querés hablar de ello?

*Hacemos una pausa en la EB.*

P: Sí. Creo que la dictadura y la impunidad dejaron muchas marcas en la generación de mis viejos, en la de mis abuelos, en la mía, y de no resolverse el tema, ese tema lo van a tener que resolver las generaciones posteriores. Esto va a ser una caja de resonancia. En mi familia se tuvo que exiliar la mitad, y la otra mitad que nos quedamos la pasamos muy mal. Ahora puedo ver con claridad, como fuimos alcanzados como familia, por aquellas situaciones de destrucción, de muerte y de pérdidas. Yo intenté zafar de todo lugar culpabilizante o auto-victimizante. Intenté con mi trabajo, que amo, deshacerme de todos los traumas que provocaron los perseguidores con su prisión y su tortura. Pero hoy acá me di cuenta de algo ... Las marcas dejadas por la dictadura militar y la impunidad de esta democracia progresista, van mucho más allá de los que fueron directamente alcanzados por la dictadura ... Aquella violencia está diseminada por todo el cuerpo social. Se engendra adentro nuestro, adentro de cada uruguayo. La delincuencia es una alegoría dictatorial, es una encarnación de esa violencia fáctica que todavía está viva y se encarna en los vínculos. Yo puedo con mi cuerpo hacer del tuyo lo que quiera con total impunidad. Te puedo arrastrar con una moto porque yo tengo el chumbo y vos sos mujer. Puedo entrar a tu casa de día, porque los guardias están amenazados o comprados y miran para otro lado. Me siento mutilada en mis derechos ciudadanos *(se ríe de su frase)*.

T: ¿Qué sentís?

P: Me imagino volviendo a mi casa y siento miedo de nuevo... Me da mucha rabia. ¡Rabia siento!

T: Concentrate en eso. ¿Qué viene? ¿Qué aparece?

P: Siento desconfianza. Es como si estuviera reviviendo muchas situaciones de mi infancia. Mirar con extrañeza a la gente, con mucha desconfianza... ¿Por qué se está volviendo no sólo tan violenta, sino tan indiferente nuestra sociedad? No encuentro una respuesta. Si alguien me

roba para comer, es justificable. Si alguien elige no intervenir porque pone en riesgo su vida, también lo entiendo. Pero no es lo que nos pasó a nosotros... ¿Cómo poner el cuerpo a esta realidad que estamos viviendo? Yo ya no sé leer la sociedad, desde dónde y hacia dónde moverme. ¿Será que cada generación tiene su límite? ¿Y el límite de la nuestra fue recuperar esta democracia de mierda? ¿Estoy un poco resentida, no? ¿Será que ya no tengo herramientas para leer esta sociedad y me expongo a la violencia sin darme cuenta? ¡Qué confusión! Quiero entender...

*Aplicamos EB.*

T: ¿Qué viene? ¿Qué aparece ahora? Dejé venir lo que venga, sin juzgar lo que viene o aparece...

P: Siento mucho alivio de la presión en el pecho. Me veo como aquella niña desamparada y siento aquella violencia (llora profundamente). ¡Qué desamparo, por Dios! Siempre sentí al Uruguay como amenazante. No lo identificaba así tan claro, pero ahora vino con mucha intensidad...

T: Concéntrate en ello.

*Estimulamos bilateralmente.*

P: Ahora la adulta soy yo, y la que tengo que dar amparo soy yo, pero me siento como una niña de 7 años asustada (llora profundamente).

*Aplicamos EB.*

P: Mis hijos quieren irse a Suecia. Por primera vez estamos los tres de acuerdo. Estamos tramitando todo para volver a Suecia. Es una decisión compartida a nivel del núcleo familiar. Necesitamos buscar calma. Sentirnos más libres. Si nos quedamos acá vamos a sentirnos cada vez más presos. ¡Qué fuerte que diga esto, la puta madre! (llora profundamente).

*Estimulamos bilateralmente.*

T: ¿Qué sentís?

P: Siento angustia y se me acelera el corazón. Me vienen unas imágenes borrosas de la dictadura. Siento mucho miedo. La sensación de que nos iban a matar a todos. Cuando mis padres se fueron clandestinos de

Uruguay con mis hermanos nos quedamos con nuestros abuelos. No se podía hablar. No se podía preguntar. No se sabía. ¡Qué incertidumbre!

*Estimulamos bilateralmente.*

P: Me siento como en un naufragio. Pero que llegamos a un lugar seguro y estamos todos bien... Siento alivio ... Unión ... Relajación ... Tranquilidad...

T: ¿Cómo sabés que estás tranquila y relajada? Describíme qué estás sintiendo.

P: Siento todo el cuerpo flojo, leve, como si me hubiese sacado un ancla de encima. Siento la respiración más profunda. Es como que el aire entra y pasa fluidamente por mis tubos internos. Ya no siento ninguna presión, ni opresión, ni en la garganta, ni en el pecho, ni en el estómago...

T: Concéntrate en ello.

*Aplicamos EB.*

T: Te voy a pedir que vuelvas nuevamente a la escena original, o a lo que quede de ella. ¿Qué viene? ¿Qué aparece ahora?

P: Alivio, mucho alivio. Lo que antes veía como un acto de total inconciencia (entrar a mi casa copada por los chorros con mis hijos adentro) ahora lo veo como un acto de rebeldía. Pero la escena la veo lejana. Me veo como espectadora. Como si me estuviese viendo en una película, o como si me lo hubiesen contado. Veo las imágenes con mucha distancia. Ahora veo todo estático, me produce una sensación neutra.

*Estimulamos bilateralmente.*

T: En una escala del 0 al 10 donde 0 es ausencia total de perturbación y 10 una perturbación máxima, ¿cuánta perturbación sentís ahora?

P: 2. Siento un poco de rabia. Rabia de tener que volver a ver a los de la caseta de seguridad y tener que convivir a diario con su complicidad con los chorros.

T: Concéntrate en eso. Es entendible que sientas esa rabia. Probablemente la EB no la pueda sacar porque es esperable y quizás necesaria.

*Estimulamos bilateralmente.*

T: ¿Qué sentís?

P: Fuerza. Me siento con mucha fuerza. Como si se hubiese liberado esa energía bien de dentro.

T: Concentrate en eso.

*Aplicamos EB.*

T: ¿Las palabras “estoy protegida” siguen teniendo sentido para vos, o aparecieron nuevas palabras, en oposición a “estoy desamparada”?

P: Tiene sentido sí. Me gustaría unir las a “soy capaz de rebelarme”.

T: Ok. Vamos a volver a la escena original, o lo que quede de ella y vamos a unirle la frase “puedo protegerme y soy capaz de rebelarme”. En una escala del 1 al 7 en donde 1 es completamente falso y 7 es completamente verdadero. ¿Cuán verdaderas sentís esas palabras?

P: 6, casi 7.

T: Y en contacto con la escena, ¿cuánta perturbación sentís ahora? Siendo 0 ausencia total de perturbación y ...

P: ¡0!

T: Bien. Te voy a pedir entonces que vuelvas a tomar contacto con la escena original, que la pases de principio a fin, al mismo tiempo que dirigís sensiblemente la atención a tomar contacto con la ausencia total de perturbación que sentís ahora. Junto con ello te voy a pedir que muevas los ojos bilateralmente y que pienses y repitas la frase: “estoy protegida o puedo protegerme” y “soy capaz de rebelarme”.

*Estimulamos bilateralmente.*

T: ¿Qué viene? ¿Qué aparece?

P: Mucha paz, fuerza. Siento una sensación de unidad. Siento que soy yo. Cuando entré la primera vez por esa puerta hace una semana, sentía que no era yo. Estaba partida al medio. Ahora siento todo unido. Siento calorcito y cosquillas. Es como una sensación interna del ronroneo de un gato. ¿Te lo dijeron alguna vez? ¡Es una sensación muy agradable!

T: Cerrá los ojos y concentrá en esas sensaciones.

*Aplicamos EB.*

T: ¿Qué ves?

P: ¡Luz! Veo luz. Être bien dans sa peau.

T: En español, por favor (risas).

**P: Estar bien dentro de tu piel ... así me siento, unida dentro de mi piel.**

***Estimulamos bilateralmente.***

**T: Bien, si te parece, finalizamos la sesión de hoy por acá.**

**P: Sí, muchísimas gracias. Nos vemos la semana que viene.**

## **CAPÍTULO 9 Los retornados**

### **9.1 Informe de uruguayos retornados en el período 2011-2016**

El siguiente informe se realizó en base a los datos recabados por el MRREE en las respectivas oficinas de atención a la ciudadanía y dando cuenta exclusivamente de uruguayos y uruguayas en situación de retorno o repatrio que han contactado con dicho Ministerio. Por tanto el informe no corresponde a la totalidad de los compatriotas retornados, si bien representa una muestra importante de los mismos. En la medida en que las repatriaciones son gestionadas por los organismos estatales competentes se describe aquí la totalidad de las mismas.

El período temporal en el cual está enmarcado este informe corresponde con el período en el que se realizó la investigación y la asistencia de los uruguayos retornados, a partir del convenio interinstitucional firmado entre el MRREE y la Facultad de Psicología de la UdelaR. Dicho convenio se operativizó a partir de una comunicación permanente entre la Oficina de Retorno y Bienvenida del MRREE y el programa Psicoterapias; Teorías y Técnicas del Instituto de Psicología Clínica, en particular con la Práctica: Trauma y Trastornos de Ansiedad en uruguayos retornados.

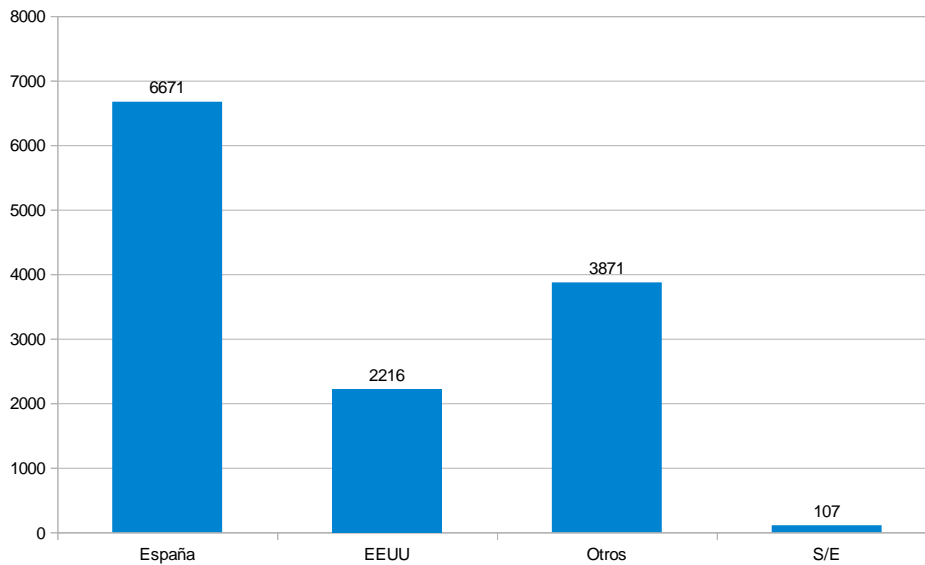
Este informe corresponde a los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015 en su totalidad y al año 2016 a los primeros dos cuatrimestres, abarcando el período enero-agosto.

### **9.2 Descripción de los datos**

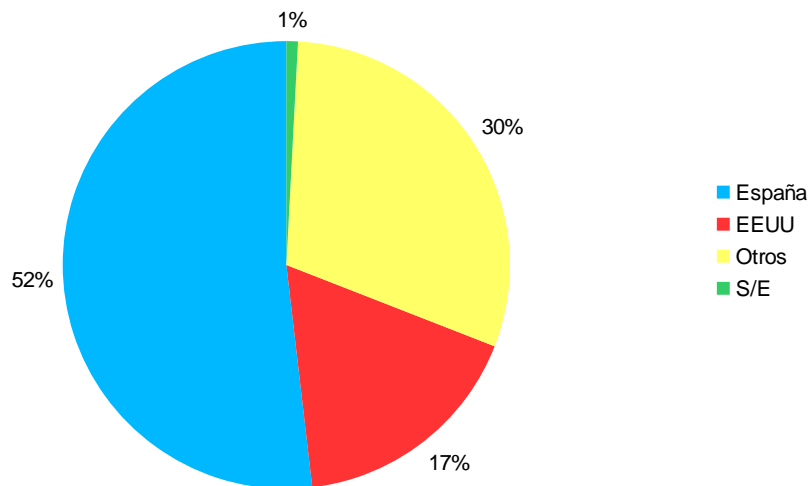
La totalidad de la muestra marco temporal enero 2011- agosto 2016 asciende a 12865, de los cuales 12429 corresponde a retornados y los restantes 436 son personas repatriadas.

#### **9.2.1 País de procedencia**

Un 52% del total procede de España, un 17% de Estados Unidos, un 30% de los otros países y el 1% restante permanece sin especificar su procedencia (Gráfico 1), las cifras correspondientes a estos porcentajes ascienden a: 6671, 2216, 3871 y 107 respectivamente (Tabla 1).



**Tabla 1: cantidad de retornados de acuerdo al país de procedencia**



**Gráfico 1: porcentaje de retornados de acuerdo al país de procedencia**

### 9.2.2 Sexo

De acuerdo a los datos, 7061 de los retornados son hombres (55%) y 5453 son mujeres (42%), y las restantes 351 personas (3%) permanecen sin especificar (Gráfico 2 - Tabla 2).

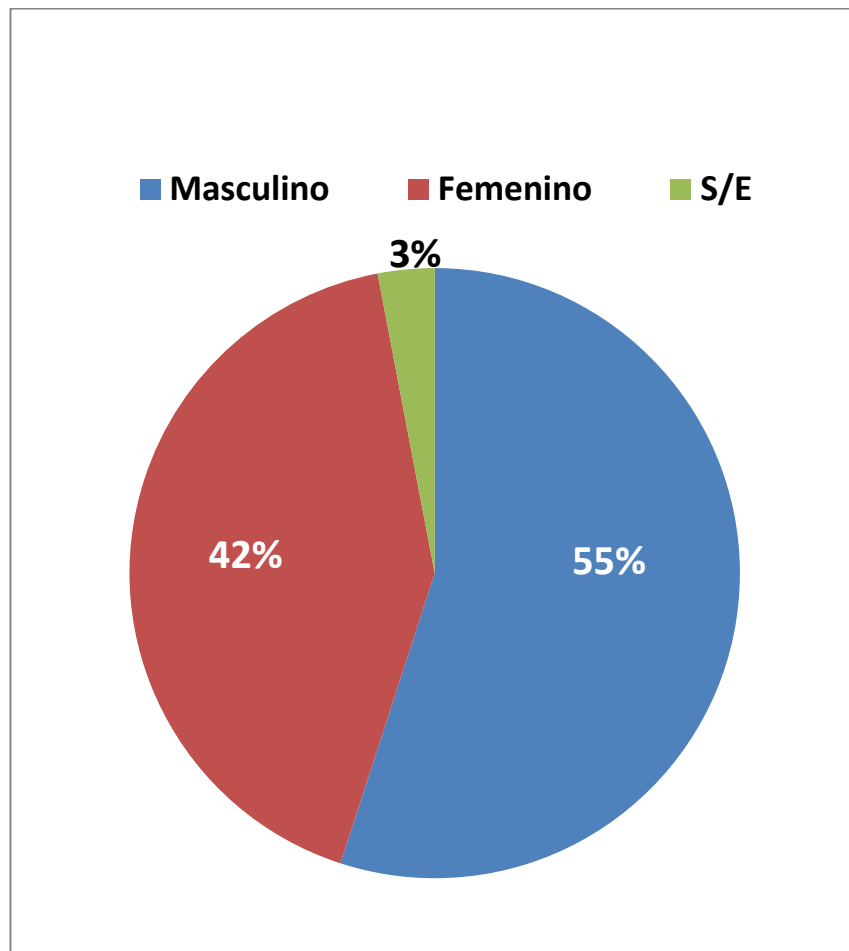


Gráfico 2: porcentaje de retornados de acuerdo al sexo

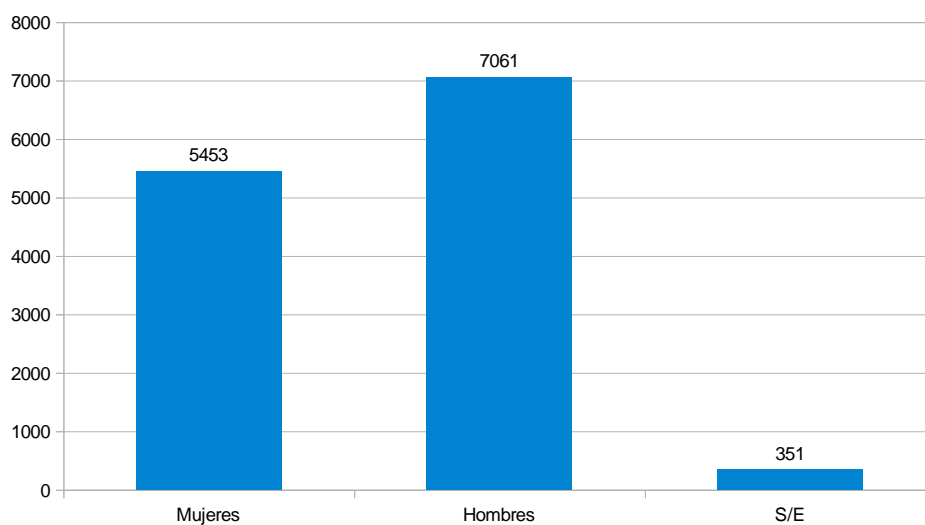


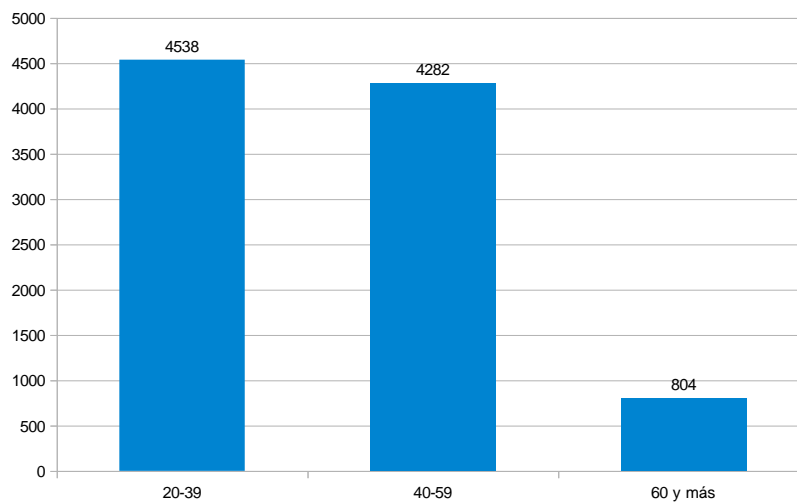
Tabla 2: cantidad de retornados de acuerdo al sexo



### 9.2.3 Edad

En lo que respecta a la edad, los datos extraídos son aproximados, ya que se encuentran incompletos.

Las franjas etarias tenidas en cuenta corresponden a: 20-39 años, 40-59 años y 60 y más, los que respectivamente ascienden a 4538, 4282 y 804 (Tabla 3).



**Tabla 3: cantidad de retornados de acuerdo al rango de edad**

## **CAPÍTULO 10 Análisis, discusión y conclusiones**

### **10.1 Análisis de la muestra**

Se seleccionaron los participantes mediante entrevistas iniciales, en las cuales se aplicó un screening de diagnóstico de TEPT con el objetivo de construir la muestra.

Se construyeron dos grupos de pacientes de manera aleatoria.

Un GE conformado por 35 pacientes y un GC conformado por 36 pacientes.

### **10.2 Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión para la construcción de la muestra fueron los siguientes: uruguayos que hubiesen migrado entre el 2000 y 2010, que hayan regresado al país en calidad de deportados, repatriados o retorno voluntario.

### **10.3 Composición de la muestra**

- 39 hombres y 32 mujeres, 59,4% y 45,1% respectivamente. Lo que significa que el universo muestral se compuso de 71 individuos (ver Gráfico 1).
- El promedio de edad fue de 41 años, donde el de menor edad tenía 20 años, mientras el de mayor edad tenía 70 años.
- Con el fin de sistematizar la información, se calcularon rangos de edad contruados teóricamente. A saber: Adultos jóvenes (de 20 a 39 años), Adultos (de 40 a 59 años) y Adultos mayores (60 años y más).
- Como resultado (ver Gráfico 2) se obtuvo que en el universo muestral a estudiar hay 36 adultos jóvenes (50,7%), 28 Adultos (39,4%) y 7 Adultos mayores (9,9%).
- Tomando en cuenta la ocupación de los pacientes, se puede afirmar que la mayoría de los pacientes son trabajadores (26 en total, un 36,6%) mientras que en segundo lugar, los más numerosos son los desocupados, (en este caso, 24 pacientes, acumulando el

33,8% de la población), en tercer lugar se encuentran los profesionales, cuyo grupo está formado por 11 pacientes (15,5%). Por último, se observan 8 estudiantes (11,3%) y 2 jubilados, representando el 2,8% del universo muestral. (ver Gráfico 3).

- Los mismos retornan a Uruguay entre el 2012 y el 2016, siendo el año 2013 donde se verifican más retornos (ver Cuadro 1).
- Los países de procedencia son los siguientes: Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, EEUU, España, Holanda, Inglaterra, Israel, México, Portugal y Venezuela. De todas maneras, se pudo observar que la gran mayoría de los retornados provienen de España (un 42,3% de los mismos) y en segundo lugar de Estados Unidos, conformando el 26,8% del universo muestral (Ver Gráfico 4).
- Según la experiencia vivida, se observa que la amplia mayoría retorna voluntariamente a Uruguay (69% de los retornados), mientras que los deportados superan mínimamente el 21% del universo muestral y los repatriados conforman el 9,9% de la muestra. (ver Gráfico 5).
- Del análisis del país de retorno y la experiencia vivida (ver gráfico 5). Se desprende que, en congruencia con los datos presentados anteriormente, la mayoría de los pacientes provienen de España y retornan voluntariamente (estos acumulan el 35,2% del total de la muestra). De igual forma, se observa que los deportados de EEUU es el segundo grupo más numeroso (19,7%).

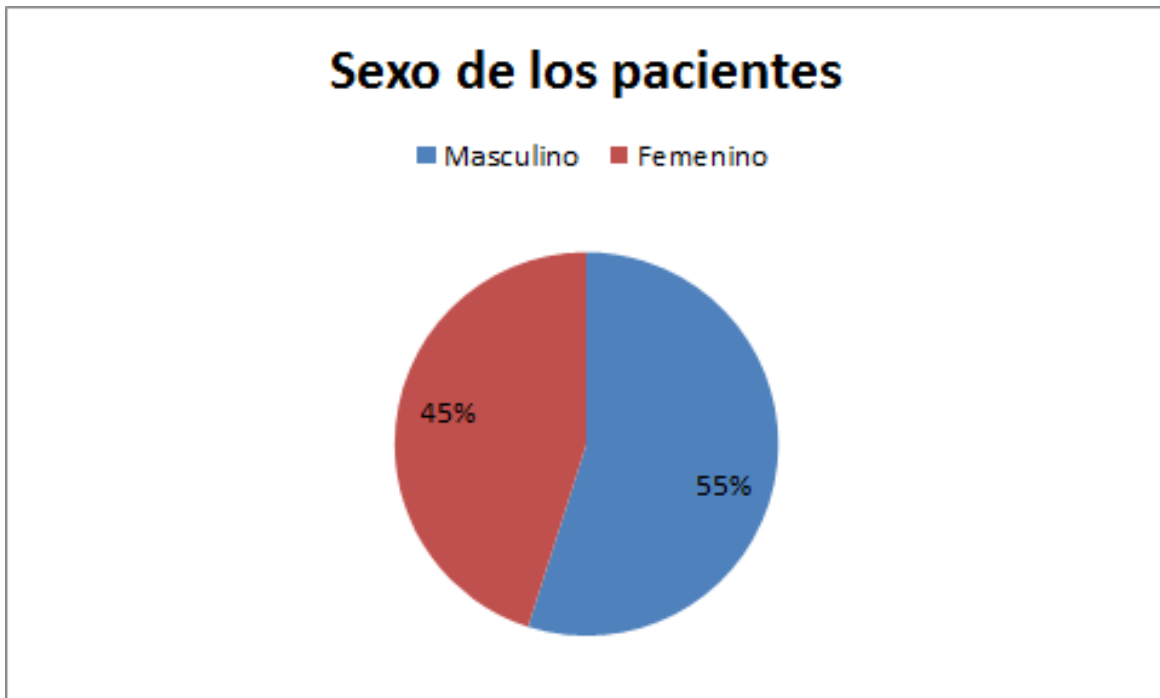


Gráfico 3: Sexo de los pacientes

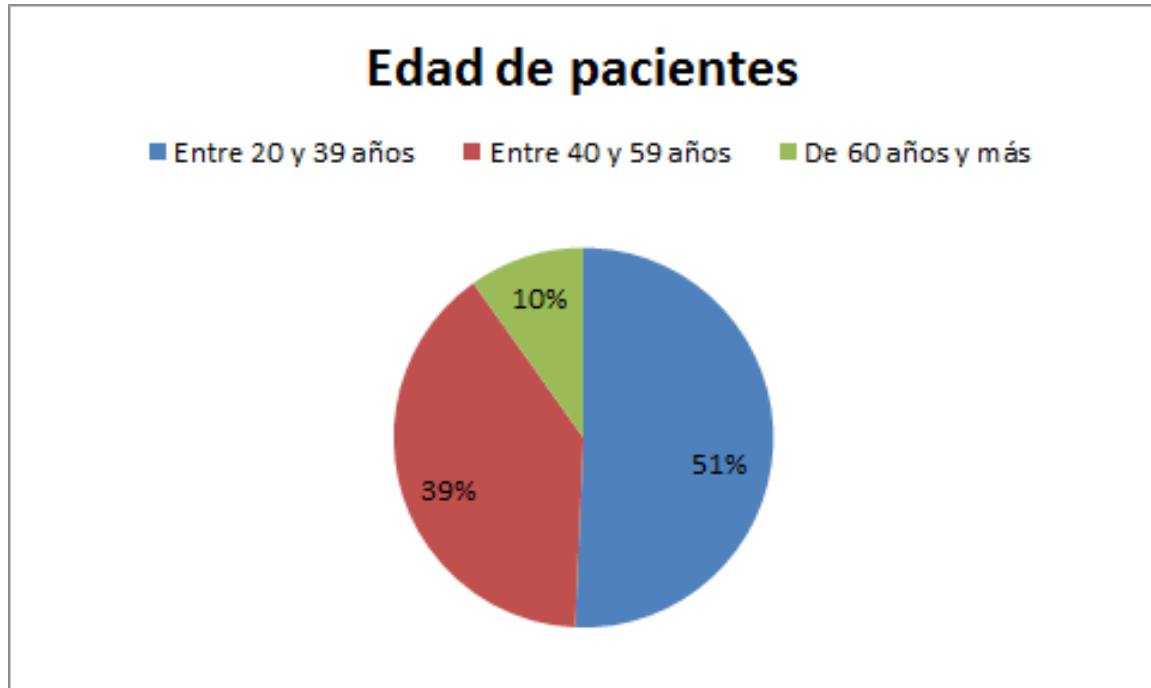


Gráfico 4: edad de pacientes según rangos de edad

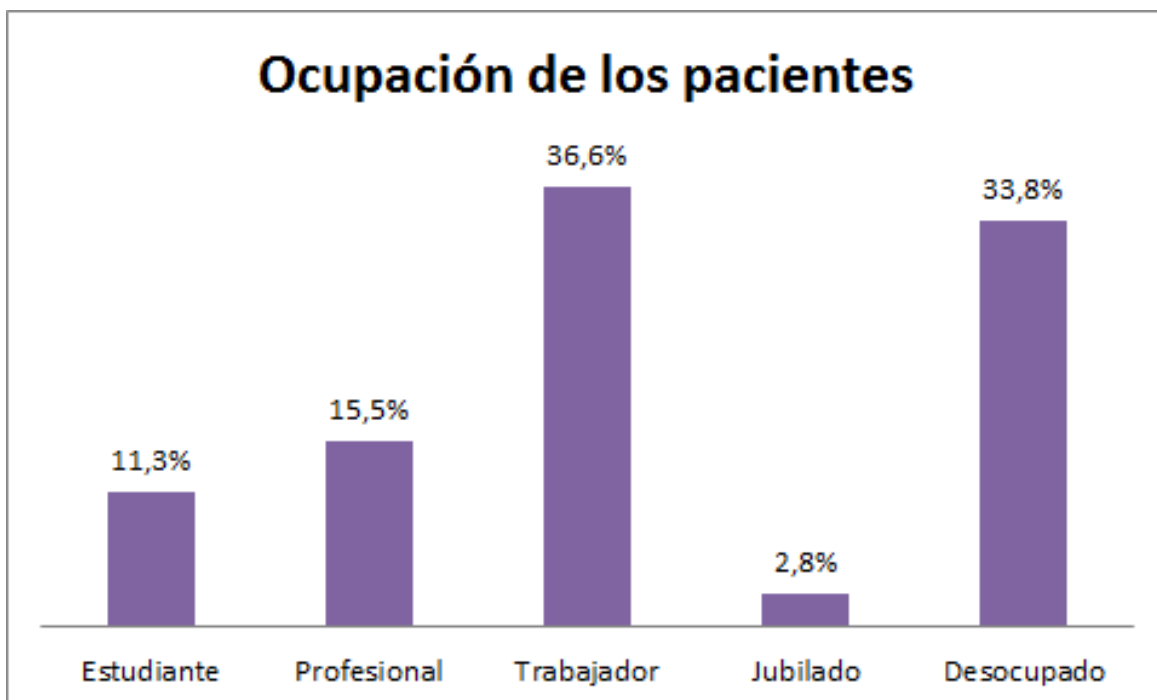


Gráfico 5: Ocupación de los pacientes

Cuadro 1. Año de retorno		
	Cantidad	Porcentaje
<b>2012</b>	14	19,7%
<b>2013</b>	18	25,4%
<b>2014</b>	13	18,3%
<b>2015</b>	17	23,9%
<b>2016</b>	9	12,7%
<b>Total</b>	71	100,0%

Cuadro 1: año de retorno

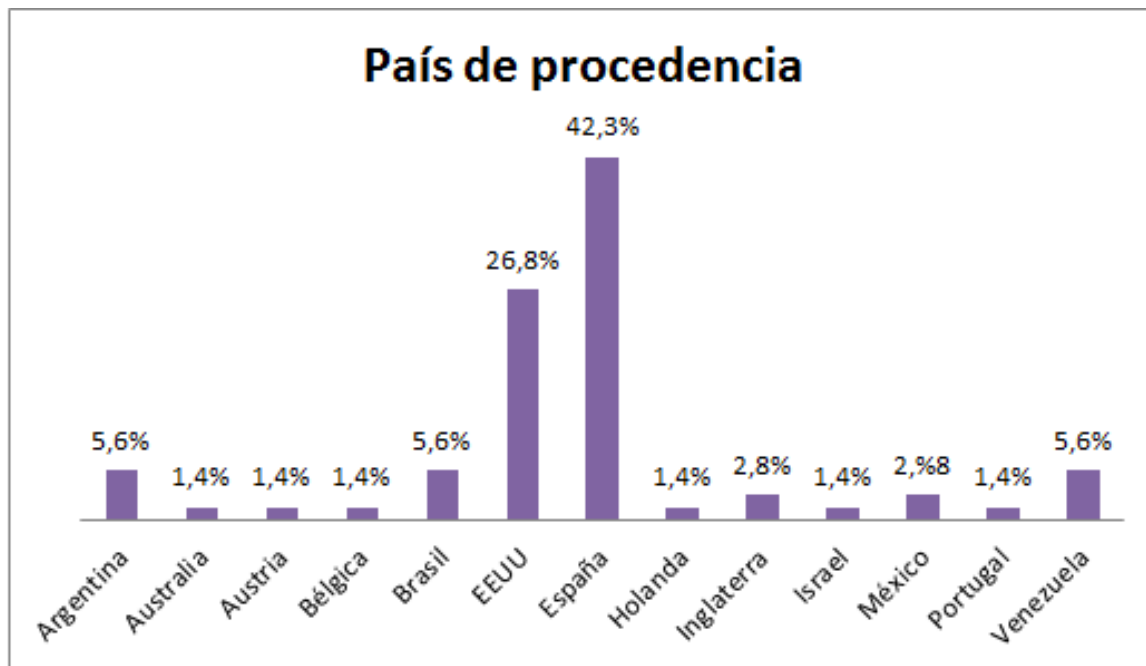


Gráfico 6: país de procedencia

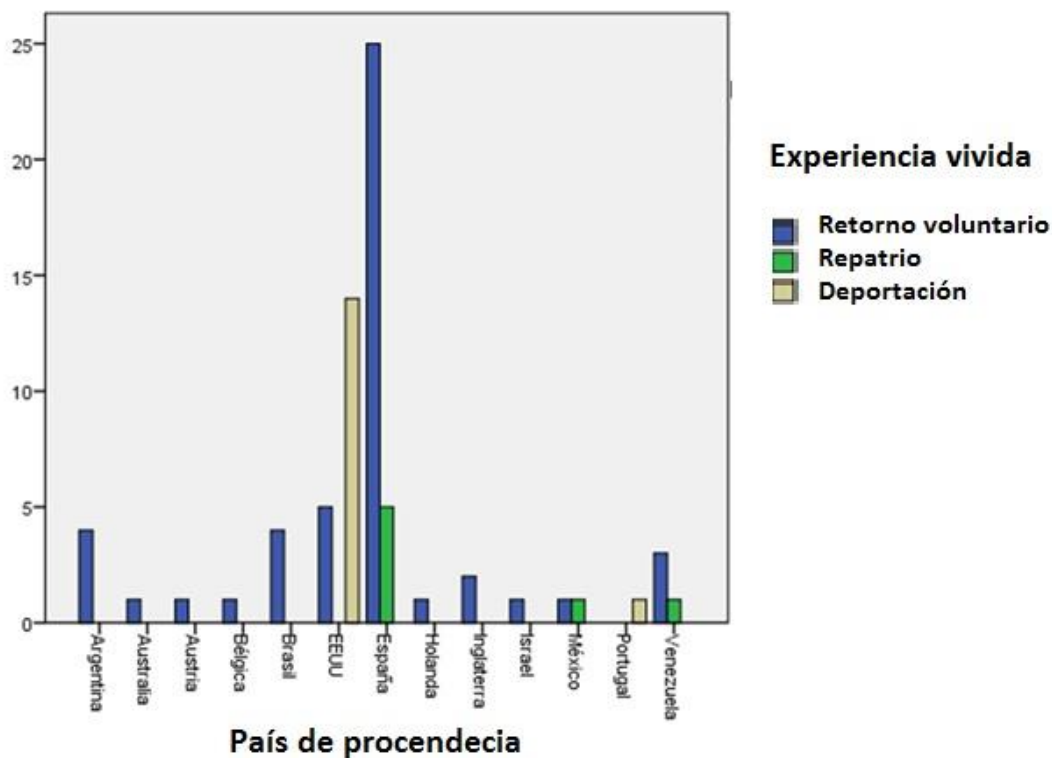


Gráfico 7: país de procedencia según experiencia vivida

## 10.4 Discusión de los resultados

Los resultados de la Escala de Impacto (IES) pueden ser interpretados de la siguiente manera:

0 – 8: rango SUB CLINICO

9 – 25: rango LEVE

26 – 43: rango MODERADO

43 o más: rango SEVERO

Se sugiere que un resultado de 26 en la Escala de Impacto sea el punto de intercepción para considerar la presencia de un estrés postraumático significativo (rango Moderado en adelante).

En base a lo señalado, se obtiene que de los pacientes del universo de estudio a analizar, la mayoría presentó un nivel severo (57,7%), en segundo lugar, un nivel moderado (38%), mientras que quienes obtienen un nivel leve conforman el 4,2% (ver Cuadro 2).

	Cantidad	Porcentaje
Leve	3	4,2%
<b>Moderado</b>	<b>27</b>	<b>38%</b>
<b>Severo</b>	<b>41</b>	<b>57,7%</b>
Total	71	100%

Cuadro 2: resultados obtenidos en IES para la población total. Primera medición

El cuadro 3 (ver Cuadro 3) muestra los valores iniciales del GE y del GC en la medición 1. Se observa que el promedio del resultado del nivel de impacto de eventos en el GE es de 49,66 mientras que la del GC es de 43,28.

<b>Nivel obtenido en IES (Medición pre-test)</b>	<b>Grupo experimental</b>	<b>Grupo control</b>	<b>de</b>
<b>SUB CLÍNICO</b>			
<b>LEVE</b>	<b>2 (5,7)</b>	<b>1 (2,8%)</b>	
<b>MODERADO</b>	<b>9 (25,7%)</b>	<b>18 (50,0%)</b>	
<b>SEVERO</b>	<b>24 (68,6%)</b>	<b>17 (47,2%)</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>35 (100%)</b>	<b>36 (100%)</b>	
<b>Media +/- Desv. Est</b>	<b>49,66 ± 14,75</b>	<b>43,28±10,94</b>	

**Cuadro 3. Resultados obtenidos en IES según Grupo. Primera medición**

El cuadro 4 arroja los valores obtenidos luego de haber aplicado las técnicas energéticas y de estimulación bilateral (nuestra variable independiente) en el GC. Ver Cuadro 4.

<b>Nivel obtenido en IES (medición post-test)</b>	<b>Grupo experimental</b>	<b>Grupo control</b>	<b>de</b>
<b>SUB CLÍNICO</b>	<b>34 (97,1%)</b>	<b>6 (16,7%)</b>	
<b>LEVE</b>	<b>1 (3,4%)</b>	<b>20 (55,6%)</b>	
<b>MODERADO</b>		<b>10 (27,8%)</b>	
<b>SEVERO</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>35 (100%)</b>	<b>36 (100%)</b>	
<b>Media +/- Desv. Est</b>	<b>3,60 ± 2,923</b>	<b>19,39±9,658</b>	

**Cuadro 4: resultados obtenidos en IES según Grupo. Segunda medición**

Del Cuadro 4 se desprende que el nivel de impacto del TEPT, disminuye considerablemente en ambos grupos. No obstante, la moda del GE pasa de estar en un nivel severo (ver Cuadro 3) a ubicarse en un nivel sub clínico (97,1%).

Los cambios en el GC, de todas maneras, no son semejantes a los del GE, en tanto el mayor porcentaje en el post-test, es decir, en nuestra segunda medición pasa a ubicarse en el nivel leve (55,6%). Asimismo, aquellos pacientes que obtienen un nivel de estrés postraumático subclínico es considerablemente menor que aquellos sub-clínicos del GE (16,7% sobre el total del GC en comparación a un 97,1% de la población del GE). Es pertinente señalar que en esta medición, a diferencia de lo que ocurría en la medición pre-test, ya no se encuentran pacientes que obtengan como resultado un nivel severo.



El Cuadro 5 indica los valores del GE, en la medición pre-test y en la medición post-test, esto es, luego de haber aplicado técnicas energéticas y de estimulación bilateral. Tal como puede observarse, la población pasa a concentrarse en su gran mayoría en los valores no clínicamente significativos según la Escala de Impacto de Eventos. Asimismo, el promedio del grupo desciende considerablemente luego de la aplicación de las técnicas: de 49.66 a 3.60.

Nivel obtenido en IES	Medición pre-test GE	Medición post-test GE
SUB CLÍNICO		34 (97,1%)
LEVE	2 (5,7)	1 (3,4%)
MODERADO	9 (25,7%)	
SEVERO	24 (68,6%)	
TOTAL	35 (100%)	35 (100%)
<b>Media +/- Desv. Est</b>	<b>49,66 ± 14,75</b>	<b>3,60 ± 2,923</b>

Cuadro 5: resultados para el Grupo experimental

De los valores que arroja el GC, se observa una menor variación en los comportamientos que los del GE. Si bien se observa una mejora en los resultados, un 27,8% sigue acumulándose en el moderado (considerado clínicamente significativo). Asimismo, a diferencia de lo que ocurría con el GC, solamente un 16,7% de los pacientes obtienen un nivel sub clínico (en comparación al 97,1% de los pacientes del GE).

Nivel obtenido en IES	Medición pre-test GC	Medición post-test GC
SUB CLÍNICO		6 (16,7%)
LEVE	1 (2,8%)	20 (55,6%)
MODERADO	18 (50,0%)	10 (27,8%)
SEVERO	17 (47,2%)	
TOTAL	36 (100%)	36 (100%)
<b>Media +/- Desv. Est</b>	<b>43,28±10,94</b>	<b>19,39±9,658</b>

Cuadro 6: resultados para el Grupo Control

En congruencia a los datos presentados anteriormente, la prueba estadística U de Mann-Whitney nos permite determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias (los promedios obtenidos en la Escala de Impacto de Eventos) en la primera y en la

segunda medición. El hecho de no contar con diferencias estadísticamente significativas implica que tales diferencias solamente se deben al azar y no a cuestiones estadísticas.

Tal como mencionamos, en la primera medición el GE obtuvo un puntaje de 49,66 y el puntaje del grupo de control fue de 43,28. La prueba U de Mann-Whitney arroja un P value de ,064. En otras palabras, con un nivel de confianza de 95%, no se observan diferencias estadísticamente significativas en los puntajes obtenidos en la Escala, en su primera medición.

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
	Valor de escala Medición 1
U de Mann-Whitney	469,000
W de Wilcoxon	1135,000
Z	-1,853
Sig. asintótica (bilateral)	<b>,064</b>
a. Variable de agrupación: Grupo	

Cuadro: 7

Por su parte, en la segunda medición, se observa que la media del GE es de 3,60 y la del grupo de control es de 19,39, posterior a haber aplicado la técnica. La prueba U de Mannwhitney permite observar la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre dichos valores, a un nivel de confianza de 95%, comprobando la eficacia de las técnicas energéticas y de estimulación bilateral.

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
	Valor de escala Medición 2
U de Mann-Whitney	77,500
W de Wilcoxon	707,500
Z	-6,369
Sig. asintótica (bilateral)	<b>,000</b>
a. Variable de agrupación: Grupo	

Cuadro: 8

## 10.5 Conclusiones

1. En la primera medición la mayoría de la población del GE se concentra en un nivel SEVERO y en el GC la población se agrupa mayoritariamente en el nivel MODERADO, aunque se observa también notable concentración en el nivel SEVERO.
2. En la primera medición no existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en la Escala de Impacto del GE y del GC.
3. En la segunda medición la mayoría de la población del GE se concentra en un nivel SUB CLÍNICO y en el GC la población se agrupa mayoritariamente en el nivel LEVE.
4. Luego de la aplicación de las TE y de EB (protocolo EMDR+TE), se verifican diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes obtenidos en la Escala de Impacto de Eventos del GE y del GC.

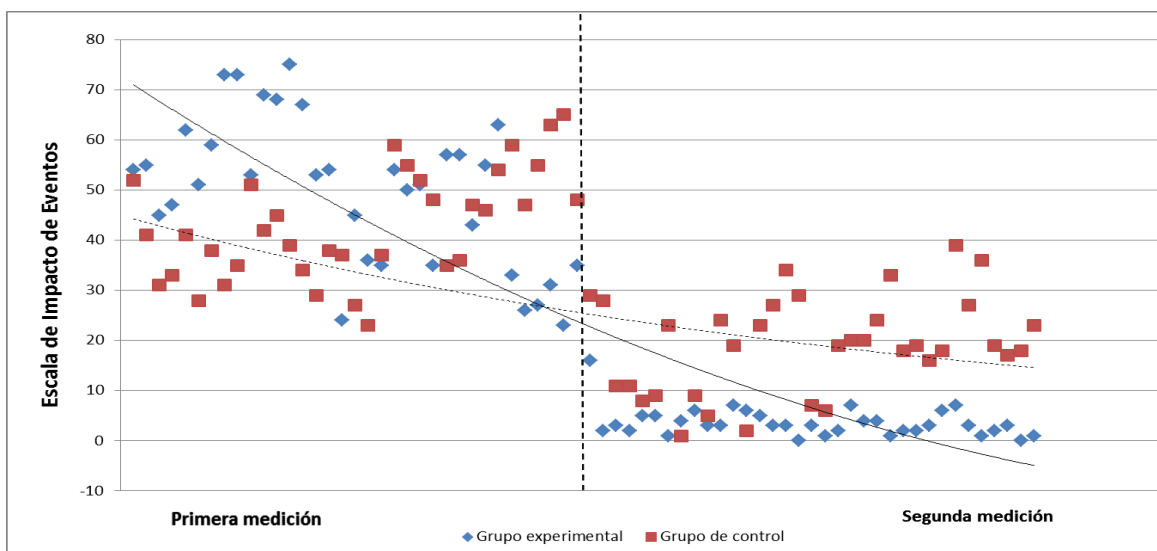


Gráfico 8. Comparación de la primera y segunda medición de la IES en el GE y GC.

5. Debido a los resultados observados, parecería ser que las TE y de EB (protocolo EMDR+TE) resultan altamente eficaces para disminuir los niveles de impacto del TEPT en la muestra tratada, reduciendo significativamente su sintomatología clínica. Estos resultados podrían

indicar evidencia empírica a favor de la efectividad del protocolo trabajado en el GE.

6. Luego del análisis de los resultados, al haberse demostrado la eficacia del protocolo del GE para el abordaje de la sintomatología estudiada, se está en condiciones de presentar un modelo de intervención psicológico de alto impacto para la comunidad, por tratarse de un tratamiento eficaz y de bajo costo, debido a su duración e insumos necesarios. Se logró construir de esta forma, una propuesta técnica para el ámbito sanitario que posibilita tratar un problema de urgencia social (los trastornos de ansiedad derivados de situaciones traumáticas) desde dispositivos breves (8 sesiones) con procesos focalizados (en nuestro caso la migración y el retorno), maximizando así los beneficios y reduciendo los costos de las intervenciones.

Es de destacar que el curso de especialización de los profesionales que realizaron la intervención puede realizarse en una jornada que contempla 24 hrs. presenciales (y que puede organizarse, por ejemplo en un fin de semana: viernes, sábado y domingo).

#### **10.6 Limitaciones, fortalezas y debilidades del estudio**

Como cualquier investigación puntual, el estudio llevado a cabo presenta algunas limitaciones derivadas de las circunstancias en las que el mismo se aplicó y los recursos disponibles para su implementación. Estas limitaciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Los mismos deberán ser subsanados en futuros estudios sobre la temática para aumentar el nivel de evidencia aportado.

Como fortalezas podemos destacar:

- Las características del diseño experimental que intentó despistar los sesgos más importantes en la psicoterapéutica, protocolizando todas las intervenciones clínicas (preparación de escenas, estrategias de desbloqueo de los procesamientos, etc.).
- El mismo fue aplicado por 42 clínicos diferentes en un tamaño muestral considerable (120 uruguayos retornados y familiares, de los cuales 70 forman parte de la muestra de la investigación).
- A diferencia de otros dispositivos psicoterapéuticos, de este protocolo se desprende una batería de técnicas que puede ser auto-administrada por el propio paciente con mínimas instrucciones.
- La pérdida de participantes en todas las etapas de la investi-

**gación-asistencia fue mínima (2 participantes); pudiéndose deducir que dada la brevedad de las intervenciones (8 sesiones) la baja de participantes tiene una incidencia menor.**

**Las debilidades percibidas son consecuencia de las limitaciones que vamos a desarrollar en las recomendaciones del estudio. Entre ellas, podemos resaltar:**

- **La ausencia de marcadores objetivos de medición de las eventuales modificaciones neurofisiológicas, anatómicas y/o químicas que pueden acompañar la remisión de la sintomatología del TEPT.**
- **La ausencia de un estudio longitudinal en los pacientes que permita observar la remisión definitiva del TEPT, sin ningún tipo de recidiva o desplazamiento sintomático.**

### **10.7 Recomendaciones**

**Se considera estratégico ampliar los estudios relacionados con la temática tomando en consideración las limitaciones del presente estudio. Siendo el primer estudio en español y en nuestro país, que analiza la convergencia de EMDR y TE en un protocolo integrado para el abordaje del TEPT en una situación de migración se sugiere continuar analizando el mismo protocolo para el abordaje del resto de los trastornos de ansiedad (TAG, síndrome de pánico, fobias, etc.) y frente a otras situaciones de trauma por shock o crisis.**

**Al tener este estudio un carácter preliminar, se recomienda continuar con la investigación del protocolo de EMDR+ET para el abordaje del TEPT, comprobando o no su superioridad sobre otras técnicas (EMDR, TCC, etc.) en el tratamiento de la clínica de éste u otros trastornos de ansiedad.**

**En otra etapa de estudios esta investigación puede ampliarse y complementarse junto a otras disciplinas más desarrolladas en el registro objetivo, la medición de indicadores psicofisiológicos y neurobiológicos sobre la efectividad del protocolo EMDR+ET, comprobando o no la superioridad de esta técnica psicoterapéutica sobre otras, en el tratamiento de la clínica del TEPT, antes de obtener conclusiones definitivas.**

**Se considera importante además la posibilidad de realizar estudios longitudinales que permitan arrojar mayor evidencia científica sobre la**

remisión sintomatológica definitiva del trastorno estudiado, o su eventual recidiva y/o desplazamiento sintomático.

Asimismo las pruebas clínicas que se construyen en esta tesis parecen sugerir en forma preliminar, y con todos los recaudos y consideración de sesgos relevantes, que este protocolo de EMDR+ET puede ser muy útil de incluir en los dispositivos psicoterapéuticos que aborden la prevención y/o los efectos de incidentes traumatogénicos (accidentes, desastres naturales, robos, situaciones de violencia, pérdidas, cambios en el estatus social, etc.), además de la clínica del TEPT estudiada en esta población de uruguayos retornados.

Como decíamos líneas arriba es de destacar que la formación teórico-práctica de profesionales en el protocolo de EMDR+ET puede realizarse en un período acotado de tiempo, lo que permite capacitar técnicamente a profesionales de cualquier corriente teórico-técnica en el uso de esta herramienta psicoterapéutica, pudiendo ser utilizada como técnica monoterapéutica o integrarla en una estrategia multi-modal con otra psicoterapia, con o sin el uso psicofármacos asociados.

Dada la inocuidad de la técnica, la ausencia de efectos secundarios, la eficacia observada en la remisión sintomatológica del trastorno de ansiedad estudiado, y siendo su modalidad de intervención focal y breve, podemos recomendar su inclusión a nivel sanitario al momento de diseñar estrategias de prevención, promoción en salud y de asistencia, como una técnica de elección para el abordaje del TEPT u otros trastornos de ansiedad.

### **10.8 A modo de cierre...**

Haciendo un balance de estos 6 años de trabajo, de las distintas situaciones tan diversas que atendimos, algunas de ellas desconcertantes y complejas, otras inéditas y novedosas, hemos aprendido muchísimo. Las situaciones de crisis y los eventos traumáticos enseñan. Y nos ofrecen un riquísimo material acerca del cual reflexionar, a fin de sistematizar y apropiarnos de las experiencias vividas, y capacitarnos para enfrentar futuras situaciones traumatogénicas.

Cabe realizar una reflexión anecdótica. Nunca pensé que un trabajo de tesis de maestría fuese algo tan colectivo. La verdad es que, al comienzo y al redactar el proyecto de investigación, estaba preparado para realizar un

trabajo en solitario, sacrificando la vida personal e íntima, enfrentado a una computadora y relevando *papers*. Felizmente, fue todo lo contrario. Fue algo fascinante poder hacer un trabajo de equipo con las características que tuvo este proceso, en donde trabajé junto a más de 10 profesionales y 30 estudiantes, y en donde atendimos a más de 120 retornados y familiares (71 de los cuales participaron de la muestra de la investigación).

Este trabajo de investigación y de sistematización clínica parte de una tendencia actual que conocimos a través de J. Hartung en un Congreso Internacional del Trauma a principios de los 2000, y que luego ratificamos como línea de trabajo privilegiada para el abordaje del trauma, y del TEPT en particular: la integración de técnicas dentro de la psicotraumatología. No se puede integrar lo que no se conoce, así que a esta investigación la precede un largo proceso de formación que comenzamos a realizar en el año 1999, al constatar las limitaciones de un abordaje exclusivamente analítico y/o psico-corporal que veníamos realizando desde principios de los años 90. Decidimos “tirarnos a la piscina” de la investigación científica, creando un protocolo clínico original que habíamos sistematizado luego de pesquisas empíricas ... y por suerte “había agua”. Para ello apostamos a trabajar con técnicas integradas, creando un protocolo de EMDR+ET para evocar y trabajar con memorias traumáticas, intentando resolver la compleja sintomatología del TEPT.

Si evocamos memorias traumáticas sin hacer posteriormente nada y las dejamos abiertas, con suerte hasta la semana próxima, estamos produciendo iatrogenia, por lo cual es desaconsejable técnica y éticamente. Si evocamos memorias traumáticas tenemos que hacer algo.

En esta investigación demostramos que los tratamientos de resolución del TEPT se miden en días y en horas, y ya no en meses y años. No creemos haber descubierto la pólvora, la investigación realizada tiene sus limitaciones y debilidades. Las investigaciones se van sucediendo unas a otras, y no hay que decir nunca: ya llegué. Creo sí, que en este equipo de trabajo, pudimos desarrollar una investigación consistente, al mismo tiempo valiosa, y por qué no valiente.

Por momentos al protocolo de GE y GC, lo tomamos como una coreografía que lleva a esa danza, entre paciente y psicoterapeuta, a un destino. Una coreografía que indica a los que bailan los pasos a seguir para una resolución armónica de lo que les duele y les provoca sufrimiento, y al mismo tiempo, los convoca a este movimiento de la consulta, sesión tras sesión a trabajar con la memoria del trauma. Y por más protocolizada que

**estuviese la tarea de la asistencia, en el marco de la investigación, trabajar de esta manera, orgánica y natural, nos permitió hacer y sentir nuestro trabajo en forma libre y creativa. Valió la pena.**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Pedrosian, E. (2011) *Etnografías de la subjetividad: Herramientas para la investigación*. Montevideo: LICCOM-UdelaR.
- Augé, M. (1995). *Hacia una antropología de los mundos contemporáneos*. Barcelona: Gedisa.
- Baker, E. (1980). *O labirinto humano: As causas do bloqueio da energia sexual*. São Paulo: Summus.
- Bellis, J. M. (1985). *Clinical applications of Bioenergetic Analysis in Post-Traumatic Stress Disorders*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 1, nro. 2.
- Benyakar, M. (2006). *Lo disruptivo: Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M. y Lezica A. (2005). *Lo traumático: Clínica y paradoja. Tomo 1: El proceso traumático*. Buenos Aires: Biblos.
- Berceli, D. (2007). *Exercícios para libertação do trauma*. Recife: Libertas.
- Berceli, D. (2012). *Liberación del trauma: Perdón y temblor es el camino*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Berman, M. (1998). *Trauma and Recovery*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 9, nro. 1.
- Boadella, D. (1993). *Corrientes de vida: Una introducción a la Biosíntesis*. Buenos Aires: Paidós.
- Boggio, K. (2009). *Emigraciones uruguayas: entre pérdidas y construcción de nuevas redes*. Nuestra América. Revista de Estudios sobre la Cultura Latinoamericana, 6, 15-28.
- Boggio, K. (2012). *Narrativas migratorias: formas de nombrar y representar lo migratorio*. Investigación en Psicología en el SXXI, 7-6 Montevideo: Udelar.
- Boyesen, G. (1986). *Entre psiquê e soma*. São Paulo: Summus.

- Bruno, A. (2016). *El Uruguay se exilió de mí*. Montevideo: Antitesis.
- Cabella, W. y Pellegrino, A. (2007). Emigración. Diagnóstico y aportes para discutir políticas. En J. C. Calvo y P. Mieres, *Importante pero Urgente. Políticas de Población en Uruguay* (pp. 88- 96). Montevideo: Rumbos.
- Callahan, R. (1987). *Tapping the healer within*. Chicago: Contemporary Books.
- Callahan, R. (2006). *Despierta a tu sanador interior*. Madrid: Palmyra.
- Carballo, J.A. (1999). *Teoría y clínica orgonómica del trauma*. Montevideo: Fichas TEAB. Curso El Campo del Trauma.
- Craig, G. (1999). *Emotional freedom techniques: The manual*. California: Sea Ranch.
- Crosby, R. y Hall, M. (1992). *Psychiatric evaluation of self-referred and non self-referred active duty military members*. *Military Medicine*, 157, 224-229.
- Deleuze, G. (2003). *En medio de Spinoza*. Buenos Aires: Cactus.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El Anti Edipo: Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2004). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-textos.
- Didi-Huberman, G. (2006) Conferencia “Tierra y conmoción o el arte de la grieta” dictada en el Seminario: “La noche española. Flamenco, vanguardia y cultura popular”, del 24 al 30 de noviembre del 2006. UNIA (Universidad Internacional de Andalucía Arte y Pensamiento). Recuperado en: <https://vimeo.com/85137600>.
- Didi-Huberman, G. (2014). *Pueblos expuestos, pueblos figurantes*. Buenos Aires: Manantial.
- Eckberg, M. (1999). *Case study of a survivor of political torture*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 10, nro. 1.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic*

*stress disorder in those who treat the traumatized.* New York: Bruner/Mazel.

Filardo, V. -coord.-, Planel, A., Alonzo, L., Romano, J. (2011). *Expectativas y experiencias de retorno de uruguayos.* Montevideo: Comisión Sectorial de Población. Presidencia OPP.

Foucault, M. (1991). *Saber y verdad.* Madrid: De la Piqueta.

Fréchette, L. (1998). *Complex post-traumatic stress disorder: putting the pieces back together.* The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 9, nro. 1.

Freud, S. (1976). *Obras Completas.* Buenos Aires: Amorrortu.

Gonçalves Boggio, L. (2007). El cuerpo en la clínica: Un abordaje bioenergético y social de las subjetividades contemporáneas. En R. Pérez Fernández (Comp.), *Cuerpo y Subjetividad en la Sociedad Contemporánea* (pp. 206-220). Montevideo: Psicolibros Universitario.

Gonçalves Boggio, L. (2008). *El cuerpo en la psicoterapia: Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos,* Montevideo: Psicolibros Universitario.

Gonçalves Boggio, Luis (2009). ¿Qué podemos aprender de los rizomas?. En A. L. Protesoni y G. Etcheverry (Comps.), *Derivas de la Psicología Social Universitaria* (pp. 201-237). Montevideo: Levy.

Gonçalves Boggio, Luis (2009a). Ética, estética y política en la clínica social. En A. L. Protesoni y G. Etcheverry (Comps.), *Derivas de la Psicología Social Universitaria* (pp. 395-412). Montevideo: Levy.

Gonçalves Boggio, L. (2009b). La Bioenergética: un camino vibrante hacia la salud y un camino hacia la salud vibrante. En Universidad de la República. Facultad de Psicología. Equipo Docente de Introducción a las Teorías Psicológicas y Corrientes Teórico Técnicas, *Perspectivas psicológicas en salud* (pp. 83-94). Montevideo: Psicolibros Universitario.

Gonçalves Boggio, L. (2011). Clínica Laboral del Burn Out, del Desgaste por Empatía y del Trauma Secundario en profesionales que trabajan con víctimas de violencia: Análisis de una intervención en el Estado de

- México. En L. Leopold, D. Fagúndez y N. Sobrera (Eds.), *XII Jornadas de Psicología y Organización del Trabajo. Investigaciones e intervenciones innovadoras en el campo de la Psicología de las Organizaciones y el Trabajo: el estado del arte* (pp. 295-315). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Gonçalves Boggio, L. (2014). El cuerpo: ese campo de batalla. En N. De León (Coord.), *Salud Mental en debate. Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. 141-150). Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Gonçalves Boggio, L. (2014a). Trauma y trastornos de ansiedad en uruguayos retornados. En J. Rodríguez Nebot (Comp.), *Clinamen. Acontecimientos y derivas en psicoterapia* (pp. 91-130). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Gonçalves Boggio, L. (2014b). Migration. Trauma and anxiety disorder. En Courtenay Young (Comp.), *The body in relationship. Self – other-society. EABP-ISC Lisbon Congress 2014*, (pp. 113-121). Scottish Borders: Body Psychotherapy Publications.
- González, A. y Mosquera, D. (2012). *EMDR y disociación. El abordaje progresivo*. Madrid: Pléyades.
- Grinberg, L. y Grinberg, R. (1984). *Psicoanálisis de la migración y del exilio*. Madrid: Alianza.
- Guattari, F. (1988). *O inconsciente maquínico: Ensaio de esquizo-análise*. Campinas: Papyrus Editora.
- Guattari, F. (2000). *Cartografías Esquizoanalíticas*. Buenos Aires: Bordes Manantial.
- Guattari, F. y Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: cartografías del deseo*. Buenos Aires: Tinta y Limón.
- Gurvits y col. (1998). *Magnetic resonance imaging (MRI) study of hippocampal volume in chronic combat related PTSD*. Biological Psychiatry 40.
- Hardt, M. y Negri A. (2002). *Imperio*. Buenos Aires: Paidós.
- Hartung, J. (2008). *Psicología Energetica e EMDR. Uma parceria para a*

*cura emocional*. Brasilia: Nova Temática.

Herman, J. (1999). *Trauma and recovery. The aftermath of violence. From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

Herman, J.L., Perry, J.C., & van der Kolk, B.A. (1989). *Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder*. *American Journal of Psychiatry* 146.

Hladky, F. (1992). *Reconnecting with the body: bioenergetic treatment for abuse*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 5, nro. 2.

Johnson, B. (1995). *Narcissistic personality as a mediating variable in manifestations of posttraumatic stress disorder*. *Military Medicine*, 160, 40-41.

Keleman, S. (1997). *Anatomía emocional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Klopstech, Angela (1992). *Sexual Abuse: the body remembers even when the mind does not*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 5, nro. 2.

Levine, P., Frederick, A. (1999). *Curar el trauma: Descubriendo nuestra capacidad innata para superar experiencias negativas*. Barcelona: Urano.

Levine, P. (2012). *Uma voz sem palavras: Como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*. São Paulo: Summus.

Lewis, R. (1998). *The trauma of cephalic shock*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 9, nro. 1.

Lewis, R. (2000). *Trauma and the body*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 11, nro. 2.

Liberzon y col. (1999). *Neuroendocrine and psychophysiologic responses in PTSD: a symptom provocation study*. *Neuropsychopharmacology* vol. 21.

Lourau, René. (1980). *El análisis institucional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lowen, A. (1977). *Bioenergética*. México: Diana.

- Lowen, A. (1994). *La espiritualidad del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Lowen, A. (1995). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Lowen, A. (1998). *Amor y Orgasmo*. Barcelona: Kairós.
- Lowen, A. y Lowen, L. (1998). *Ejercicios de bioenergética*. Málaga: Sirio.
- MacCann, I.L. y Pearlman, L.A. (1990). *Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims*. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1).
- Martín-Baró, I. (1994). *War and the psychosocial trauma of Salvadoran children*. En: *Writings for a Liberation Psychology* (pp. 122-135). Cambridge Mass.
- Miller, J.A. (2016). *Desarraigados*. Buenos Aires: Paidós.
- Navarro, F. (1993). *Metodología de la vegetoterapia caracteranalítica*. Valencia: Orgón.
- Nebrada, E. (2012). *How to survive Reverse Culture Shock: understand it, feel better and get your life back!*. New York: WorkBook.
- Packard, V. (1974). *Una nación de desconocidos*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Passos, E., Kastrup, V., da Escóssia (2012). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Passos, E., Kastrup, V., da Escóssia (2013). *Dossiê Cartografia: Pistas do método da cartografia – Vol. II*. *Fractal, Rev. Psicol.* V. 25 – n. 2.
- Patton, P. (2013). *Deleuze y lo político*. Buenos Aires: Prometeo
- Pennebaker, J. W. (1997). *Opening up: the healing power of expressing emotion*. New York: Sherman Oaks.
- Pennebaker, J. W. (1998). *Writing about emotional experiences as a*

therapeutic process. *Psychological Science*, 8. 162-166.

Peric-Todorovic, D. (2015). Terapia para problemas causados por trauma. Restaurando a unidade alma-corpo-mente. En V. Heinrich Clauer (Org.), *Múltiplos saberes em psicologia corporal. Análise Bioenergética* (11-15). Recife: Libertas.

Perren-Klinger, G. (2003). *Debriefing: modelos y aplicaciones. De la historia traumática al modelo integrado*. Suiza: Institut Psychotrauma.

Puget, J. (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis. Incertidumbre y certezas*. Buenos Aires: Lugar.

Rablen, L. (1985). *Individuation and Boundaries*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 1, nro. 2.

Rablen, L. (2001). *The boundary exercise revisited*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 12, nro. 1.

Rajchman, J. (2004). *Deleuze. Un mapa*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Rauch, S.L. y cols. (1996). *A symptom provocation study of PTSD using positron emission tomography and script-driven imagery*. *Archives of General Psychiatry*, 53.

Reich, W. (1958). *Análisis del Carácter*. Buenos Aires: Paidós.

Reich, W. (1986). *La función del orgasmo*. Buenos Aires: Paidós.

Reich, W. (1988). *La biopatía del cancer*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Resnick-Sannes (2002). *Psychobiology of affects: implications for a somatic psychotherapy*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 13, nro. 1.

Rodríguez Nebot, J. (2010). *Clínica y subjetividad*. Montevideo: Psicolibros Universitario.

Rolnik, S. (1989). *Cartografía Sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade.

- Roques, J. (2009). *Curar con el EMDR. Teoría y práctica*. Barcelona: Kairós.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers. The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York & London: W. W. Norton & Company LTD.
- Rothschild, B. (2003). *The body remembers. Unifying methods and models in the treatment of trauma and PTSD*. New York & London: W. W. Norton & Company LTD.
- Rothschild, B. (2011). *Trauma essentials. The Go-To Guide*. New York & London: W. W. Norton & Company LTD.
- Rothschild, P. (1995). *Defining Trauma and Shock*. London: Energy and Character.
- Rothschild, P. (1998). *The unacceptable horror of the inconceivable*. The clinical journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis. Vol. 9, nro. 1.
- Ruden, R. (2011). *When the past is always present: emotional traumatization, causes, and cures*. New York: Routledge Psychosocial Stress Series.
- Rybol, H. E. (2016). *Reverse culture shock*. Kindle eBook.
- Santamaría, E. (2002). *La incognita del extraño*. Barcelona: Antrophos.
- Sayad, A. (1998). *A imigração ou os paradoxos da alteridade*. San Pablo: Universidade de São Paulo.
- Sayad, A. (2011). *La doble ausencia: De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Barcelona: Antrophos.
- Selye, H. (1964). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril.
- Serrano, X. (1993). *El D.O.R. (Deadly Orgone Energy) en el espacio terapéutico*. Energía, Carácter y Sociedad. La actualidad del paradigma reichiano, vol. 10 (1 y 2).



- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shatan, C. (2001). *Trastorno de Estrés Postraumático. Aperturas Psicoanalíticas. Hacia modelos integradores*. Revista de Psicoanálisis. Noviembre 2001. Nro. 9.
- Simondon, G. (2009). *La individuación a la luz de las nociones de forma y de información*. Buenos Aires: Cactus y La Cebra.
- Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Solvey, P. y Solvey, R. (2006). *Terapias de avanzada*. Buenos Aires: Ricardo Vergara.
- Solvey, P. y Solvey, R. (2006a). *T.I.C.: Técnicas de Integración Cerebral. Manual de entrenamiento*. Buenos Aires: Terapias de Avanzada.
- Solvey, P. y Solvey, R. (2011). *Psicoeducación en trastornos de ansiedad*. Buenos Aires: Terapias de Avanzada.
- Solvey, P. y Solvey, R. (2012). *La Escena Fundante y otras escenas significativas en Psicoterapia*. Buenos Aires: Terapias de Avanzada
- Solvey, P., Andrade, J., Ferrazzano de Solvey, R. (2013). *P.E.T. Pain Erasing Technique. Técnica de borrado del dolor*. Buenos Aires: Terapias de Avanzada.
- Stein y col. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine* vol. 27. nro. 4.
- Stolkiner, J. (2008). *Abrindo-se aos misterios do corpo: Seminarios de Ergonomia*. Porto Alegre: Alcance.
- Traue, H. C. (2003). Conferencia: El ajuste psicobiológico de la emoción: riesgos a la salud causados por la inhibición de la emoción; 7 al 12 de octubre de 2003 Salvador, Bahía/Brasil: XVII Congreso Internacional de Análisis Bioenergético.
- van der Kolk, B. (1994). *The body keeps the score*. Harvard Review of

Psychiatry, Vol 1, N° 5.

van der Kolk, B. (1996). *Traumatic Stress*. New York: Guilford Press.

van der Kolk, B. (1997). *Psychological trauma*. Washington D.C: American Psychiatric Press.

van der Kolk, B. y Fisler, R. (1995). *Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study*. Journal of Traumatic Stress 8 (4), pp. 505-525.

van der Kolk, B., Rauch, S., Fisler, R., Orr, S.P., Alpert, N.M., Savage, C.R., Fischman, A.J., Jenike, M.A., y Pitman, R.K. (1994). *Pet Imagery: Positron emission scans of traumatic imagery in PTSD patients*. Paper presented at the annual conference of ISTSS.

van der Kolk, McFarlane y Weisaeth (1996). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind and body society*. Guilford Press.

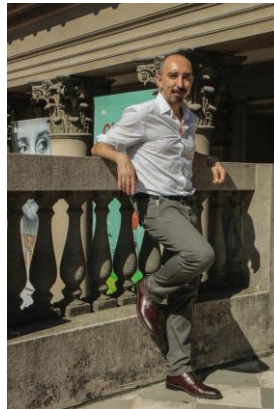
van der Kolk, B., y van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. American Journal of Psychiatry.

van der Kolk, B., y van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. American Imago.

Viñar, M. (2011). *El enigma del traumatismo extremo. Notas sobre el trauma y la exclusión. Su impacto en la subjetividad*. RUP Revista Uruguay de Psicoanálisis 113, Efectos de palabra, Montevideo: APU; pp 55-66.

Weiss, D. (2004). The Impact of Event Scale-Revised. En J. Wilson y T. Keane, *Assessing Psychological Trauma & PTSD* (pp. 169-189). New York: The Guilford Press.

Zirlinger, S. (2013). *Nuevos recursos frente al trauma. Experiencias clínicas con psicoanálisis y EMDR*. Buenos Aires: Letra Viva.



**Luis Gonçalvez Boggio es Psicólogo.**

**Magister en Psicología Clínica.**

**Profesor Adjunto del Instituto de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UdelaR. Coordinador del Programa Psicoterapias: teorías y técnicas del Instituto de Psicología Clínica, de la Unidad Curricular Obligatoria Articulación de Saberes 3: Clínica y Subjetividad, y de la Práctica: Trauma y Trastornos de Ansiedad**

**Integrante del Comité Científico Internacional de Psicoterapia Corporal (International Scientific Committee for Body Psychotherapie).**

**Investigador principal del Centro de Investigación Clínica en Psicología (CIC-P).**

**Certified Bioenergetic Therapist y Local Trainer del International Institute for Bioenergetic Analysis (IIBA, New York).**

**Analista Reichiano especializado en PsicoTraumatología contemporánea (EMDR, EFT, TFT, TIC, TIR, TRE, PET, VSC, VKD, AMSB).**

**Docente de Especialización en Psicoterapia Corporal Bioenergética y de Psicotraumatología en Uruguay, Argentina, Brasil, Chile, Venezuela y Panamá.**

**Presidente, Miembro Fundador y Didacta del Taller de Estudios en Análisis Bioenergético (TEAB).**

**Docente invitado para trabajar el seminario de “El campo del Trauma” en posgrados del Departamento de Psicología de la Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória, Brasil), de la Facultad de Humanidades y Educación, Maestría en Psicología Social, Escuela de Psicología y Departamento de Psicología Social (Universidad Central de Venezuela - UCV- (Caracas, Venezuela) y del Diplomado Internacional en Bioenergética y Técnicas Terapéuticas Corporales y Creativas en la Universidad Católica Santa María La Antigua (USMA), Dirección de Educación Continuada y Extensión (Ciudad de Panamá, Panamá).**

**Desde los años 90 es un referente internacional en TEPT presentando**

trabajos y conferencias sobre “Estrategias psico-corporales para el abordaje del Estrés Postraumático” en los principales Congresos Internacionales de Uruguay, Argentina, Chile, Brasil, Venezuela, Panamá, Perú, México y Portugal. Esta es su primera investigación sobre la temática migraciones.

Autor de los libros *Los Cuerpos Invisibles* (1996), *Análisis Bioenergético* (1997), *Arqueología del Cuerpo* (1999), *El Cuerpo en la Psicoterapia* (2008), *Cuerpo y subjetividades contemporáneas* (2015), es además co-autor de más de 15 libros académico-científicos.

[lgoncalvez@psico.edu.uy](mailto:lgoncalvez@psico.edu.uy)

[lgoncalvez@gmail.com](mailto:lgoncalvez@gmail.com)

099968640