



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Violencia y trauma psíquico: aportes teoría polivagal

Trabajo final de grado

Tipo: Monografía

Estudiante: Martín Camps Pérez

Tutor: Prof. Adj. Mag. Luis Gonçalvez Boggio

Revisora: Prof. Adj. Mag. Carmen De Los Santos

Montevideo, octubre de 2020

Índice

Índice	2
Resumen	3
Introducción	4
Desarrollo	6
Agresión, Violencia y Repetición.....	6
Lo originario en el trauma	10
Apego y trauma.....	11
Abordajes de la clínica	18
Teoría Polivagal	26
Reflexiones Finales	36
Referencias Bibliográficas	38

Resumen

Se abordará la violencia como atravesamiento principal y originario del trauma psíquico. En ese sentido, el *infans* en sus primeros años de vida enfrenta y se estructura mediante la violencia primaria definida por Aulagnier. Sumado a esto, la violencia secundaria y el tipo de apego con la figura de cuidado tendrán un impacto futuro en la posibilidad de desarrollar trauma y en la estructuración del carácter. Esto afectará tanto el relacionamiento social como la posibilidad de desarrollar vínculos sanos. La violencia deja huellas en el psiquismo, retirándose del hecho fáctico, para colocarse en el interior de la persona, afectando su subjetividad y su cuerpo. Quedando manifiesta la dificultad que implica poner palabras aquello que el cuerpo no puede dejar de expresar y repetir en actos, como un intento de recordar lo que está bajo la superficie y religar la energía que ha quedado liberada. En este punto se presentarán los desarrollos de la teoría polivagal, a efectos de desbloquear esa energía que quedó fijada en el cuerpo y lograr abordar la elaboración del trauma.

Palabras clave: violencia, trauma, teoría polivagal, cuerpo, apego

Introducción

“El rostro humano contiene la belleza más sublime y encubre el horror” (Rodríguez Nebot, 1994, p. 15).

Si bien existen múltiples conceptualizaciones referentes a la violencia, se intentará poner en contexto algunas vinculadas con el trauma psíquico. Tal como indica Berenstein (2000), analizar la violencia cobra sentido si salimos del discurso abstracto y situamos en el centro a la persona. Generalmente se adjudica lo violento, a determinadas acciones ligadas al exceso de emociones intensas, relacionadas con la agresión y la no tolerancia de los límites de otro sujeto, su mente y especialmente su cuerpo. El autor establece que en general, al acto violento se le agrega un plus de destructividad haciendo sentir al sujeto roto o degradado.

La violencia trata de un conjunto de acciones que consisten en invadir el límite del otro, mediante el poder y la fuerza para imponerse sobre él, colocándolo en estado de pasividad. La violencia desestructura la relación y el cuerpo, intentando penetrar los orificios naturales de la piel, así como los que no lo son, invadiéndolos y convirtiéndolos en suyos propios. Se reconoce la existencia de múltiples violencias, las que deberán ser analizadas en función de su origen (Berenstein, 2000).

Se podrán pensar entonces, varios espacios subjetivos donde el yo y la violencia están presentes (intrasubjetivo, intersubjetivo y transubjetivo). En el espacio intrasubjetivo, la violencia tiene como base, imposiciones en situaciones infantiles de desvalimiento e implica una acción que irrumpe desde su mundo interno y puede afectar lo mental y corporal; cuando no puede ser tramitada, opera sobre el propio cuerpo. El espacio intersubjetivo tiene que ver con los actos de violencia entre un sujeto y otro, despojando su ajenidad e intentando transformarlo en semejante. En cuanto al espacio transubjetivo, parte del ámbito sociocultural y tiene el propósito de la expulsión o matanza, a efectos de hacerlo desaparecer como sujeto o que deje de pertenecer a dicho ámbito (Berenstein, 2000).

En general, al hablar de trauma se hace referencia a múltiples significados (mayormente asociados al ámbito médico), relativos a un evento externo y violento que lesiona al cuerpo (García Vázquez, 2005). Por su parte, Benyakar (2006) define un evento como disruptivo, cuando es capaz de irrumpir en el psiquismo y producir alteraciones en su capacidad integradora y de

elaboración. Por tanto, calificar una situación a priori como traumática, por la intensidad que la sociedad le asigna, es adjudicar un rasgo propio de lo psíquico a un evento fáctico. Para evitar este error, se deben considerar tres conceptos: evento fáctico (mundo externo), vivencia (mundo interno del sujeto) y experiencia (articulación que realiza el sujeto entre evento fáctico y vivencia). Tanto la vivencia como la experiencia de un evento disruptivo son funciones articuladoras posteriores al evento y singulares para cada sujeto (Benyakar, 2006).

Sumado a lo anterior, se aclara que un evento disruptivo puede devenir en traumático, cuando produce un quiebre en la capacidad y posibilidad de procesamiento mental del sujeto. Aquí falla la articulación entre afecto y representación y ocurren microprocesos mediante los cuales displacer y frustración se vuelven constitutivos del psiquismo del sujeto (Benyakar, 2006). Lo que caracteriza principalmente a un evento traumático es su poder de causar indefensión, pérdida de control, terror, y amenaza de aniquilación. Los síntomas del trauma tienden a desconectarse de su origen, teniendo existencia per se (Herman, 2004).

Para Freud (1991), las personas que se enfrentan a situaciones traumáticas parecen estar fijadas a un fragmento del pasado del que no pueden liberarse, quedando enajenadas de presente y futuro. Asimismo, todas sus conductas refuerzan ese pasado que no se retira del presente, convirtiéndose en futuro. En la mayoría de los casos, han escogido una fase muy temprana de su infancia y la analogía directa de esta conducta, son las neurosis de guerra o traumáticas. Ellas tienen una fijación al momento del accidente traumático (Freud, 1991). Se presenta así, la perspectiva económica de la perturbación de los procesos anímicos del sujeto.

La vivencia de la situación traumática provoca un exceso en la intensidad del estímulo, que no es posible tramitar o agotar por las vías habituales, resultando en trastornos duraderos para la economía energética (Freud, 1991). Desde esta perspectiva, Freud sostiene los siguientes elementos como decisivos para un tratamiento exitoso: la etiología traumática, la intensidad de las pulsiones relativas y las características del yo del sujeto, en cuanto a su grado de alteración (García Vázquez, 2005).

Desarrollo

Agresión, Violencia y Repetición

“El trauma psicológico es la aflicción de los que no tienen poder.” (Herman, 2004, p. 63). Los acontecimientos traumáticos dañan los sistemas de protección que otorgan a las personas sensaciones de control, conexión y sentido (Herman, 2004).

Se realizará entonces, la distinción entre agresión y violencia. La agresión desde la perspectiva etológica de K. Lorenz es un sistema defensivo de la especie, ante una situación de amenaza dada, que activa cierto automatismo para sobrevivir. Lacan define a la agresión como constitutiva del sujeto psíquico y es la que le permite conformar su identidad; el sujeto atraviesa momentos de considerable angustia en el camino de la resolución del complejo edípico. Posteriormente, mediatizada por la simbolización creciente, le posibilita constituir su propia subjetividad (Rodríguez Nebot, 1994).

Desde la perspectiva de Berenstein, la violencia tiene que ver con un plus de destructividad a fin de invadir el límite del otro, ejerciendo la fuerza y volviéndolo pasivo. Según Rodríguez Nebot (1994), la violencia será definida como ese plus de agresión (en forma de actos o conjunto de actos pensados y simbolizados) en la relación intersubjetiva entre seres humanos. Esto conlleva la posibilidad de atentar contra sí mismo y contra toda la especie. La violencia, así definida, trata en parte de nuestra capacidad simbólica. Violencia simbólica, como forma (jurídica e ideológica) que asume el poder de administrarse a sí mismo. Su principal exponente es el Estado, que privatiza y legitima para sí el ejercicio de la denominada violencia fáctica (ejército, policía, cárceles, entre otras formas) (Rodríguez Nebot, 1994).

El poder pretende administrar la vida y la muerte y lo que logra es acelerar estos procesos. Se regula el espacio-tiempo para ejercer la violencia, disciplinando, moldeando y operando sobre los cuerpos. Para ello, se utilizan tecnologías presentes en todos los espacios sociales, a fin de lograr su adaptación técnica. A raíz de esto, los cuerpos hablan mediante el dolor y los síntomas (Rodríguez Nebot, 1994).

Por lo antedicho, los sujetos se vuelven pasivos, debido a que sus patrones de comportamiento agresivos son bloqueados por miedo y la educación recibida en el ámbito familiar e institucional. En la mayoría de las familias, los niños son forzados a reprimir sus

impulsos agresivos. Sin embargo, lo mejor para un niño es la expresión de su agresividad, lo más libremente posible, como mecanismo para obtener placer, siempre y cuando no implique lastimarse ni lastimar a otro. De esta forma, se volverá un adulto más independiente y creativo. En cambio, si la agresividad es bloqueada se tornará violenta y el sujeto luchará por recuperar su libertad de acción. Debido a que el nivel de prohibición de la violencia es mayor aún que el de la agresión, el niño quedará sin alternativa para expresarla, volviéndose pasivo y sumiso (Lowen y Pierrakos, 1969).

Si bien los impulsos agresivos pueden inhibirse, no pueden ser eliminados completamente. La vida en sí es agresiva, análogamente a una semilla que empuja agresivamente la tierra para encontrar la luz solar. Siempre que las actividades metabólicas de la vida continúen, la energía será producida dando lugar a impulsos agresivos. Al bloquear su expresión, el flujo normal de energía será dañado, creando una situación explosiva (Lowen y Pierrakos, 1969).

En el contexto de situaciones traumáticas, Benyakar (2006) establece que la diferencia principal entre agresión y violencia radica en que, en la agresión el perpetrador del daño presenta abiertamente signos que alertan al destinatario del potencial daño, permitiéndole utilizar alguna estrategia de defensa frente al mismo. En cambio, en el caso de la violencia, el perpetrador de la misma aparece enmascarado, impidiendo que el destinatario se prepare, y defina una estrategia para afrontarla; en esta distorsión es dónde se asienta.

La persona que sufre violencia queda atrapada y a merced de una vivencia de colapso de las coordenadas espacio-temporales y de las relaciones entre lo psíquico y lo social (Benyakar, 2006). La violencia que es suprimida queda como una bomba activa en la personalidad del sujeto, que debe ser resguardada bajo estricto control, para que no estalle, lo que activa tensiones musculares en el cuerpo que dificultan o impiden el movimiento (Lowen y Pierrakos, 1969).

Tal como indica Acero (1996), en momentos de crisis económicas y sociales es fundamental la reflexión acerca de los orígenes individuales y sociales de la violencia desde el punto de vista neo reichiano, los que consideran al individuo como un conjunto indivisible entre cuerpo y mente. Asimismo, se concibe al cuerpo biológico como el sustrato energético-emocional de las acciones y pensamientos del individuo desde su concepción y durante el desarrollo de su

ciclo vital. Por esto, las distintas experiencias del individuo (prácticas sociales, roles familiares e institucionales) generan marcas en el cuerpo y fundan su personalidad: única, irrepetible e indisociable de ese cuerpo. (Acero, 1996).

Por otra parte, Reich al estudiar los cuerpos neuróticos definió que existen tres capas desde la más superficial a la más profunda: la primera controla los principios básicos de convivencia social y cultural; la segunda patológica y reprimida donde se alojan sentimientos antisociales de miedo, rabia y tristeza; la tercera aloja los impulsos vitales sin distorsión. Dichas capas se encuentran en distinto grado de conflicto entre sí, con un correlato en la estructura ósea y muscular en el cuerpo (Acero, 1996).

En ese sentido, el origen de las dos capas más superficiales se origina en la insatisfacción de necesidades biológicas durante el proceso evolutivo, principalmente en la etapas más tempranas del *infans* y reforzándose en los distintos tránsitos vitales (adolescencia, adultez y vejez) y ciertos eventos disruptivos. Esto llevará a la represión de la violencia que se produjo por la insatisfacción, pudiendo ser dirigida hacia adentro del sujeto – con una afectación directa en lo psicocorporal y hacia afuera, expresándola en acto como empujes de violencia individual y social (Acero, 1996).

A raíz de lo anterior, la violencia ejercida, coarta las posibilidades de definir estrategias de defensa y se dirige a instalar el *displacer* y producir desvalimiento como forma de subjetividad (Benyakar, 2006). Tal como indica Freud (1992b), la psique cae en angustia, al no poder tramitar el impacto de un peligro que viene de afuera y cuando el nivel de excitación es tal que no le permite reequilibrar la misma internamente.

Dado que la violencia no se puede prever, se podría vincularla a lo que Freud (1992c), citando a Nietzsche, definió como “el eterno retorno de lo igual”, mediante la compulsión a la repetición de un hecho traumático. Al respecto, Freud postuló lo siniestro, como algo que está en la sombra, no se puede anticipar y tiene que ver con el regreso de complejos infantiles reprimidos o la reafirmación de creencias primitivas ya superadas, que si bien tienen algún grado de familiaridad se viven como ajenos.

En ese sentido, la compulsión a la repetición, se puede visualizar como un intento de volver hacia atrás para repetir el trauma, volviéndolo del orden de lo ominoso, a través de la

angustia y colocándola más allá del principio del placer. Dicha compulsión se utiliza como un mecanismo para elaborar ciertos traumas, tomando energía no ligada y mediante la repetición intentar ligarla, para su tramitación bajo el influjo del principio del placer (Freud, 1984). Por lo antedicho, lo más probable es que el sujeto se encuentre reviviendo alguna escena del trauma sin notarlo (Herman, 2004). Se puede decir entonces, que el paciente no recuerda nada de lo olvidado, sino que lo actúa sin siquiera saberlo; la palabra cede su lugar al acto (Freud, 1992).

Por lo anterior, Bessel van der Kolk estima que al hiperactivarse el sistema simpático, se inactivaría la codificación lingüística de la memoria y se recurriría a la memoria sensorial e icónica, lo que podría explicar la predominancia de recuerdos sin palabras (Herman, 2004). Entonces, el paciente no se liberará de la compulsión a la repetición mientras dure el tratamiento, ya que se trata de su forma de recordar. La transferencia en sí misma, es una pieza de la repetición y ésta última es la transferencia del pasado olvidado sobre el momento presente (Freud, 1992). Se busca llegar a ese espacio imaginario, donde se desarrollan los síntomas, estructurados como islas excluidas en las funciones de la persona (Lacan, 2009).

Tal como establece Freud (1992), a mayor represión, mayor será el recordar mediante la repetición. Asimismo, el autor indica que el convocar durante el tratamiento una escena de la vida real no resulta inofensivo y podría agudizar los conflictos. Esto podría traer a la superficie los síntomas, en el entendido que para “liquidar al enemigo” debemos acercarnos a él. Además, podrían aparecer nuevas pulsiones que estaban alojadas más profundamente. El trabajo del terapeuta será ir develando las distintas capas cubiertas por los síntomas, hasta llegar al enemigo real que se resiste a mostrarse.

En ese sentido, Lowen (1980) establece que la compulsión a la repetición es el resultado de una ruptura de la personalidad que deja inerte al individuo fijado a un patrón de conducta que no le es posible cambiar y se perpetúa en el cuerpo. Si esa ruptura es profunda, dará lugar a un deseo de muerte, consciente o no, restringiendo la vida del sujeto. Si bien la represión de un recuerdo se trata de un proceso psíquico, la sofocación de un sentimiento se consigue mediante la cancelación de una parte o la reducción de la movilidad del cuerpo. Se trata entonces de procesos dependientes, en cuanto a la secuencia de ocurrencia y no pueden ser desmontados sin revivir las experiencias traumáticas, expresando los sentimientos asociados a ellas.

Tal como establece Lacan (2009), la agresividad estaría implicada en los efectos de todas las regresiones, abortos, rechazos del desarrollo típico del sujeto y especialmente en el plano de la realización sexual en las grandes etapas de la vida humana: destete, Edipo, pubertad, madurez o maternidad y clímax involutivo. Entonces, esa persona que ha sido “liberada” de la sociedad moderna, se visibiliza en su ser extremadamente cuarteado, neurótico autocastigado y de síntomas histéricos-hipocondríacos, a raíz de sus inhibiciones funcionales con su respectivo apartamiento del prójimo y el mundo social (Lacan, 2009). El desafío aquí es ayudarlo a volver a esa conexión consigo mismo, que lo lleve nuevamente al mundo social y vincular, permitiéndole retornar a su esencia más humana.

Lo originario en el trauma

“Estudiar el trauma psicológico es enfrentarse tanto a la vulnerabilidad humana en el mundo natural como a la capacidad de hacer mal que hay en la naturaleza humana.” (Herman, 2004, p. 25).

El período intrauterino, representa para la mayoría de los seres humanos una felicidad atemporal, donde el bienestar se encuentra asegurado (Lowen, 1980). El nacimiento es el primer evento traumático y es vivido con un gran estado de angustia (Freud, 1992b). El acto de nacimiento genera un cúmulo de sensaciones displacenteras (mociones de descarga y sensaciones corporales) que se han convertido en el modelo a seguir ante un peligro mortal, y desde ese momento son repetidas como estado de angustia (Freud, 1991).

Freud (1991) admite que ese primer gran estado de angustia se origina debido a la separación de la madre. Si bien los peligros internos varían en las distintas etapas de la vida, su carácter común tiene que ver con la separación o pérdida del objeto amado o de su amor, lo que puede conducir a una situación de desvalimiento (Freud, 1992b). En ese sentido, se debe considerar el grado de dependencia absoluta del bebé respecto del cuidador, que va disminuyendo paulatinamente hacia la independencia (Winnicott, 1993). Asimismo, Aulagnier (1977) define al espacio mundo como aquello externo a la psique representado por el propio espacio corporal del *infans* y el espacio psíquico de los que lo rodean – especialmente el materno.

Sumado a lo anterior, la primera representación que la psique realiza de sí misma, tiene que ver con el doble encuentro entre el cuerpo del *infans* y las producciones de la psique de la

madre. Esto es una realidad (experiencias) que en general se anticipa a las posibilidades de respuesta del *infans*, y cuanto más retrocedemos en su historia, mayor es el exceso de esa anticipación (sentido, excitación, frustración, gratificación, protección). Las palabras y los actos maternos se anticipan a lo que el *infans* puede conocer de ellos. La madre como un yo hablante y el *infans* como destinatario de ese discurso, sin la posibilidad de apropiarse del mismo (Aulagnier, 1977).

Por otra parte, Aulagnier (1977) establece que para que exista actividad psíquica se deben cumplir dos condiciones: la supervivencia del cuerpo y la catexia libidinal que resista a la pulsión de muerte. Una vez que el *infans* alcanza este umbral, podrá consolidarse cierta autonomía de la actividad de pensar y la conducta, cuyo fin coincidirá con la terminación del complejo de Edipo. Teniendo en cuenta lo anterior, se definirá violencia primaria como la acción que le impone a la psique de otro una acción, pensamiento o elección, motivados por el deseo del que lo impone, apoyándose en que corresponde para el otro a la categoría de lo necesario.

En cuanto a la violencia secundaria, Aulagnier (1977) establece que ésta se apoya en la violencia primaria y representa un exceso, en general perjudicial y no necesario para la proliferación del yo del *infans*. En este caso la violencia no se ejerce a favor del yo, sino en su contra. El primer tipo de violencia, es la que posibilita el desarrollo adecuado del yo del *infans*, mientras que el segundo tipo obstaculiza este desarrollo, dejando al sujeto en la categoría de no-sujeto (objetivándolo).

En ese sentido, los eventos traumáticos cuestionan las relaciones humanas básicas (familia, amistad, comunidad y amor), minando la construcción del yo y cómo éste se apoya en los demás, así como debilitando su sistema de creencias y dejándolo librado a una crisis existencial (Herman, 2004). “Si el niño fue privado de amor y apoyo, el adulto estará privado de su capacidad para funcionar, es decir, para amar, dar y tomar.” (Lowen, 1980, p. 234)

Apego y trauma

“En una situación de terror, las personas buscan espontáneamente su primera fuente de bienestar y protección” (Herman, 2004, p. 92). Al perder la confianza, las personas que han sufrido eventos traumáticos se sienten más del lado de la muerte que de la vida (Herman, 2004).

Los seres humanos son más felices y pueden desarrollarse adecuadamente si cuentan con una o más personas en las que confían, a las que puedan acudir si surgen dificultades – base segura. Esa persona – figura de apego - brinda la base segura sobre la cuál operar (Bowlby, 1988). La figura de apego debe ser una persona comprometida, que tenga interacción afectiva y social duradera con el *infans* y responda a sus acercamientos, necesidades y señales (Tonella, 2012b).

La proximidad de esa figura de apego, servirá como fuente protectora frente a peligros del entorno, brindando seguridad como parte integrante del comportamiento de apego. El comportamiento de apego, trata de un sistema motivacional regulador - sistema de apego - que se activa o inhibe para lograr la distancia deseada respecto de la figura de apego. Se consideran comportamientos de apego (sonrisa y vocalización, llantos, aferrarse a otro y gatear), aquellos que posibilitan mantenerse próximo a ciertas personas de preferencia del *infans*. El *infans* acentuará o inhibirá sus comportamientos de apego, en función de las posibilidades de recuperar el contacto con la figura de apego. El aumento en la expresión de sus emociones, se puede ver como un intento de contacto con la figura de apego, para que responda a sus necesidades, y consiga restaurar el lazo de apego (propio de personas seguras) (Tonella, 2012b).

El sistema de apego es contextual y se activa cuando existen indicios de peligro o estrés, estos pueden ser internos (cansancio, dolor, etc) o externos (ausencia de figura de apego, presencia de extraños, soledad afectiva, entre otros). La desactivación del sistema de apego ocurre al establecer contacto o proximidad con la figura de apego. El desarrollo de éste consta de tres períodos: 0 – 6 meses: discriminación jerarquizada de figuras de apego; 6 meses – 3 años: puesta en marcha del sistema de apego y búsqueda de proximidad de la figura de apego; luego de los 3 años: aumento de la capacidad cognitiva que favorece el alejamiento de la figura de apego (Tonella, 2012b). Bowlby señala además, que no es posible desactivar totalmente el sistema de apego (Tonella, 2012b). Tal como indican Main y Weston (1982), los comportamientos y emociones del *infans* quedan igualmente organizados en torno a la figura de apego.

En ese sentido, Ainsworth y Bell (1972) establecen que cuando el *infans* durante el primer año de vida llora, la respuesta más efectiva es levantarlo y ponerlo contra el cuerpo de la madre. Para Granel et. al. (1982), el vivenciar traumático ocurre, cuando lo pulsional del *infans* se despliega en un medio ambiente dónde falla el interjuego con la función maternante/mediatizadora y puede dar lugar a desórdenes de personalidad o patologías del

vacío (Citado en Benyakar, 2016). Esto podría dañar la sensación de seguridad y conexión del sujeto, haciendo que pierda el sentido positivo de su *yo*, violando su autonomía e integridad corporal básica (Herman, 2004).

La forma en que se desarrolla el apego, tendría que ver con la manera en cómo la madre sostiene al bebe y no con su duración. En este sentido, Ainsworth y Bell (1969) indicaron que la sensibilidad materna, en atención a las demandas de alimentación del bebé, el ritmo de la misma y cómo se desarrolla la introducción de nuevos alimentos, demostró tener una relación directa con el tipo de apego seguro o ansioso a desarrollar. Asimismo, el contexto en que el *infans* es alimentado, el contacto corporal cercano de la madre, las interacciones cara a cara o la respuesta de la madre ante el llanto, generan en el *infans* expectativas en relación a la figura de cuidado y este modelo más o menos accesible, se interioriza y estructura en él (Ainsworth, 1979).

Tal como establece Bowlby (1988), las experiencias que la persona tiene durante la infancia, afectarán las expectativas de encontrar una base segura e iniciar y mantener relaciones de gratificación mutua. El sistema que implica la sociabilidad y la posibilidad de explorar el entorno, serían activados cuando el sistema de apego se encuentra inactivo. Para ello, es de vital importancia la proximidad y confianza de que la figura de apego estará disponible, para lograr la seguridad que el *infans* requiere (Tonella, 2012b). El sistema de apego y el de exploración del entorno se apoyan mutuamente y son interdependientes (Ainsworth, 1979). Bowlby (1973) indica que fomentar el crecimiento del apego seguro, facilita el crecimiento de una autosuficiencia saludable.

Para determinar los distintos patrones de comportamiento de apego, Ainsworth (1979) estableció un experimento que denominó “situación extraña” que consistía en analizar y clasificar el patrón de comportamiento de niños de doce meses, ante episodios de reunión luego de una separación con la figura de apego. Los patrones de comportamiento encontrados pueden clasificarse en: apego seguro, apego ansioso-evitativo y ansioso-ambivalente.

Las madres de los niños que presentan apego seguro, son más sensibles a las necesidades del *infans*, lo que modera la generación de expectativas de respuesta, como consecuencia de eventos tanto internos como externos del ambiente y allí radica su seguridad. En cambio en los otros tipos de apego, la figura de apego ha ignorado las necesidades y señales del *infans* o ha respondido de una manera inadecuada, sentando las bases para que él crea que

la figura de apego no estará disponible y no sepa a qué atenerse, por lo que desarrollarían un tipo de apego ansioso (Ainsworth, 1979).

Los niños con patrones de apego seguros, son capaces de tolerar separaciones de corta duración con ecuanimidad y ante separaciones más largas podrían desarrollar angustia, especialmente cuando son dejados a cargo de extraños en entornos no familiares. En contraste con los niños de patrones de apego ansiosos, son a futuro más cooperativos, competentes en evaluaciones de desarrollo y más amables y afectuosos en la interacción con otros. Asimismo, son menos agresivos y evitativos hacia sus madres y otros adultos menos familiares. Tienen más curiosidad por la exploración del entorno y una mayor capacidad de resiliencia (Ainsworth, 1979).

En el caso de los niños con patrones de apego ansiosos – evitativos, Ainsworth (1979) indica que sufren una ansiedad muy fuerte por la distancia de su madre y eligen como estrategia de defensa evitar a la figura de cuidado, para controlar la angustia y rabia intensa que le generó esa distancia física y sobretodo afectiva. En el caso de los niños con patrones de apego ansiosos-ambivalentes, adoptan una actitud dónde se mezcla la búsqueda y el rechazo de contacto con la madre, no consiguiendo restablecerse de la angustia de separación y resistiéndose al contacto con la figura de apego como base segura (Tonella, 2012b).

Algunos estudios reportan diferencias entre los niños con patrones de apego ansiosos. Los niños con patrones de apego ansioso-evitativo son más agresivos y evitan el contacto con la figura de apego. Los niños con patrones de apego ansiosos-ambivalente, se frustran más fácilmente, son menos persistentes y en general son menos competentes en la consecución de las tareas (Ainsworth, 1979).

Por otra parte, Main y Solomon, definen un nuevo patrón de apego denominado desorientado-desorganizado, caracterizado en el encuentro con la figura de apego, por comportamientos inconstantes, contradictorios y extraños frente a la angustia de separación. En este caso, no es posible lograr la base segura con la figura de apego, ni la desactivación o hiperactivación del sistema de apego. El *infans* queda desorientado sin una estrategia de apego coherente y efectiva (Citado en Tonella, 2012b).

Main y Solomon indican que más de las tres cuartas partes de las madres de niños con patrón desorientado-desorganizado tienen signos de desorganización. En la relación con el

infans, experimentan angustia relativa a sus propios recuerdos traumáticos, tornándose una fuente de miedo para el niño. Ante esto, el *infans* reacciona con actitudes contradictorias o de inhibición, provocadas por la necesidad conjunta de contacto y temor (Citado en Tonella, 2012b). Los adultos con este patrón de apego han vivido acontecimientos traumáticos que no han podido asimilar, tales como muertes, violencia, abusos, entre otros. Pueden presentar además desorientaciones espacio-temporales, imágenes sensoriales fuertes o recurrentes relativas a su pasado, hablar de situaciones pasadas en el presente como sino hubiesen ocurrido o quedar absorbidos por imágenes y emociones del pasado, perdiendo contacto con la realidad (Citado en Tonella, 2012b).

A menudo, los padres descargan sobre sus hijos la ira y hostilidad de la que fueron víctimas por parte de sus propios padres y que no han logrado expresar (Lowen, 1980). Se tendería a pensar, que la violencia que estalla en las situaciones sociales tiene un origen similar. La violencia latente, se muestra en la estructura de un cuerpo bloqueado. Un bloqueo se desarrolla cuando el contacto de la persona con el suelo es quebrado o significativamente disminuido. Los bloqueos de la personalidad, ocurren en la niñez ante la contención de la agresividad natural del niño. Eso ocurre, ya que la agresión se dirige a satisfacer las necesidades y el placer (Lowen y Pierrakos, 1969).

En ese sentido, Freud (1992b) establece como necesidades principales el hambre, la respiración y la sexualidad. Estas necesidades originan estímulos internos prontos a la descarga que exigen alterar el mundo exterior. Al inicio del desarrollo, el *infans* se encuentra desvalido para llevarlos adelante, sin un auxilio ajeno – inicial desvalimiento del ser humano. Lowen (1990), indica que para muchas personas, la primera etapa de la vida del *infans* no es un período de satisfacción; pérdida de amor con efectos impactantes en la personalidad. Sin perjuicio de esto, en la mayoría de los casos dichas experiencias no impedirán que el niño busque el amor del progenitor de sexo opuesto.

Durante la infancia, debido al incremento temporal de las hormonas sexuales, el niño jugará con su genitalidad y se acercará al progenitor de sexo opuesto, buscando una conexión amorosa - no genital. La relación entre padres e hijos durante la etapa edípica es fundamental, debido a la necesidad de amor y reconocimiento que precisan los hijos. De esto, dependerá un desarrollo adecuado, con sólidas raíces en una sexualidad libre. Entre los tres y los seis años el niño adquiere conciencia de sí mismo y hacia los seis adquiere una identidad perdurable, con

variaciones hasta la vida adulta (producto del desarrollo del sujeto y su sexualidad). Si el reconocimiento respetuoso de la sexualidad del niño en el hogar esta ausente, se ven trastocadas la independencia e individualidad del niño, haciéndolo sentir culpa acerca de su sexualidad (Lowen, 1990).

Tonella (2012b) afirma que los impactos emocionales provocados por la figura de apego, aunque no se los reconozca, traen consecuencias en los sistemas neuronales, hormonales e inmunitarios del sujeto. Esto puede organizar o desorganizar estructural y funcionalmente al *self*. El *self*, al igual que la construcción de una casa de varios pisos, se compone progresivamente de varios estados interdependientes e interconectados, a través de los que circula la información y que conforman la experiencia global. Dichos estados son: energía (excitación), sensaciones (estado físico homeostático), tono muscular (fronteras corporales del *self*), emociones y representaciones (cogniciones). Asimismo, el *self* esta delimitado por fronteras corporales que contienen y a la vez posibilitan la conexión social (Tonella, 2014).

Cuando la figura de apego no ayuda al niño a realizar una regulación adecuada de sus experiencias, este experimentará emociones negativas y tóxicas, hiperactivando primero e hipoactivando después su Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Ante la repetición de dichas experiencias se generará un trauma de desarrollo y como consecuencia una organización patológica del SNA (Tonella, 2014). Asimismo, se hiperactiva el sistema de apego, lo que dificulta la capacidad de procesar informaciones y reaccionar de forma adecuada (Tonella, 2012b). El sujeto notará la recurrencia de vivencias sensorio-emocionales que se imponen en su vida actual y en psicoterapia, las que se encuentran desligadas de recuerdos precisos y están vinculadas al sistema de apego preverbal. Han quedado inscriptas en la memoria de procedimiento de largo plazo y se reavivan con circunstancias actuales que recuerdan al pasado (Tonella, 2012b).

En suma, lo que podrían considerarse estrategias adaptativas a efectos de lograr una proximidad física con la figura de apego, es además un proceso de desensibilización afectiva y compromiso relacional que levanta defensas psíquicas para proteger el equilibrio del sujeto (Tonella, 2012b). A fin de que la persona construya procedimientos concretos para lograr la autorregulación, Tonella (2012b), define seis propiedades fundamentales del sistema de apego madre-bebé y terapeuta-paciente que en conjunto alcanzarán dicho objetivo. Tonella (2010), indica que éste sistema está centrado en la incorporación de propiedades reguladoras de la relación interpersonal de dos *self* que se conectan y coregulan por un sentimiento de apego,

donde los cuerpos y psiquismos están unidos temporalmente, para luego desconectarse, autoregularse y reconectarse (Citado en Tonella, 2012b).

Las propiedades del sistema de apego son: **ritmicidad** o modulación de los intercambios somatosensoriales y sensoriomotores en la díada madre-bebé; **sincronización** interpersonal en la respuesta del vínculo y la modulación de los estados tónico-sensorio-emocionales del sujeto en la relación; **contención** de los flujos sensorio-emocionales brindando al sujeto los ecos afectivos para contener, orientar y regular e integrarlos en la economía global del *self*; **entonamiento afectivo** como resonancia afectiva que se envía al sujeto para regular los estados emocionales y que se sienta recibido y comprendido; **regulación de estados sensorio-emocionales** para lograr una integración en un nivel de complejidad superior, por ejemplo pasar del nivel sensorio motor al cognitivo, amplificando los afectos positivos y de vitalidad en detrimento de los negativos y poder habilitar la **reparación**, enmarcada en la relación, cuando ocurre una situación negativa o estresante para el sujeto (Tonella, 2012b).

Sumado a lo antedicho, el sistema de apego sustenta tanto la maduración, como la evolución funcional del cerebro, desarrollando los procedimientos que permiten la traducción entre cuerpo y mente. A efectos de que sea posible generar dichos procedimientos, se requiere de ecos y resonancias afectivas mutuas entre dos sujetos inmersos en un campo estable y humanizado por el afecto. El sentido (sensorio-tónico-emocionales e interaccionales) y la significación (representaciones mentales) son dos partes de la comunicación, a saber, comunicación implícita y explícita respectivamente. La experiencia intersubjetiva promueve la traducción entre los contenidos de ambas. La información implícita se encuentra codificada en forma analógica y configuracional – cuerpo - por el hemisferio derecho y la explícita lexical y semántica por el hemisferio izquierdo – mente - (Tonella, 2012b).

Lo anterior, solo es posible si el terapeuta mantiene permanentemente su eco afectivo en ambos modos de comunicación. Dicha función de resonancia permite vincular el *self* implícito (cuerpo) y explícito (mente), tanto del terapeuta como del paciente, génesis del proceso de simbolización. Las resonancias y ecos mutuos en el campo de apego interpersonal, habilitan las traducciones de configuraciones a figuraciones, interacciones motrices a gráficos, hasta llegar a representaciones lingüísticas. Se deberá cuidar que la significación explícita no se anteponga al sentido implícito, evitando la trampa de la racionalización. Esta traducción que implica el pasaje

de un hemisferio al otro, no puede realizarse sin pérdida de información, análogamente a cuando se cuenta un sueño (Tonella, 2012b).

Se considera fundamental el trabajo terapéutico con sujetos que han sufrido eventos traumáticos, durante la primera infancia y a lo largo de su desarrollo, para evitar seguir repitiendo en acto, lo que de alguna forma han heredado. Existen diversos factores que pueden desencadenar una situación traumática a lo largo de la vida, tal como el nacimiento, la pérdida de la madre como objeto, la amenaza de castración, la pérdida del amor de objeto y la pérdida del amor del superyo (Freud, 1992b). Para analizar el miedo al amor y al relacionamiento abierto, habrá que remitirse a sucesos infantiles del paciente (Lowen, 1990).

Abordajes de la clínica

La historia enseña que no es posible avanzar en el abordaje del trauma psicológico sin el contexto de movimientos políticos interconectados (democracia laica, abolición de la guerra, liberación de las mujeres) que los visibilicen (Herman, 2004). “Somos nuestros cuerpos, ellos revelan quienes somos.” (Lowen, 1980, p. 50).

La batalla de la cura, que se pretende librar una y otra vez, es la de retener en el ámbito psíquico los impulsos que el paciente, querría derivar hacia lo motor (acción), en un intento de ligar esa energía que ha quedado desligada y así obtener material para el trabajo terapéutico. Se buscará vencer las resistencias de la represión, llenando las lagunas del recuerdo (Freud, 1992). “Recordar y contar la verdad sobre acontecimientos terribles son dos requisitos para el restablecimiento del orden social y para la curación de las víctimas individuales.” (Herman, 2004, p. 17). El conflicto entre negar los acontecimientos y la necesidad de traerlos a la luz es la problemática central del trauma psíquico. Habitualmente, gana el secreto discursivo del acontecimiento traumático y aparece éste como síntoma (Herman, 2004).

Dado que lo que dejó el evento traumático es la indefensión y la desconexión social del sujeto, la recuperación implicará necesariamente en un ámbito relacional confiable y seguro, devolverle el poder de generar nuevas conexiones sociales, que impliquen autonomía, confianza, iniciativa, competencia, identidad e intimidad (Herman, 2004). La importancia de la transferencia radica en permitir crear un eslabón que facilite el tránsito entre una enfermedad asequible de intervención y la vida (Reich, 1997). Tal como estableció Freud, la neurosis original es accesible

mediante la neurosis transferencial (Citado en Reich, 1997). Sin embargo, para Reich (1997) no alcanza con hacer consciente aquello del orden de lo inconsciente para lograr una cura definitiva. Modificará entonces la teoría analítica enfocándose en el punto de vista económico, relativo a la perturbación en las funciones biológicas sexuales, en parte distorsionadas y reprimidas.

En ese sentido, define la fórmula del orgasmo, como un fenómeno de descarga eléctrica que ocurre en cuatro tiempos: tensión → carga → descarga → relajación. La tensión ocurre cuando los genitales se llenan de fluidos, aumenta la excitación y se produce la carga bioeléctrica. Luego, en el orgasmo se produce la descarga bioeléctrica a través de contracciones musculares. Finalmente, los fluidos corporales retornan y se produce la relajación de los genitales (Reich, 1986). A continuación, se muestra gráficamente el proceso económico sexual de la fórmula del orgasmo y su afectación cuando se producen inhibiciones.

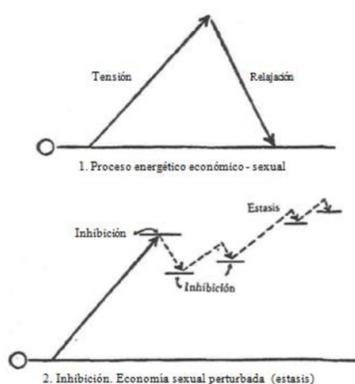


Figura 1 – Fórmula del orgasmo (Reich, 1986, p. 109)

“En todo lo viviente opera la energía sexual vegetativa” (Reich, 1986, p. 113). Reich (1986) indica que la capacidad de entrega durante el acto sexual (potencia orgástica) es un indicador de la salud psíquica del sujeto. Cuando la energía biológica está bloqueada, podemos hablar de impotencia orgástica. Asimismo, la gravedad de cualquier perturbación psíquica se encuentra directamente relacionada con una perturbación de la capacidad de lograr una satisfacción genital completa. Se indica a la neurosis, como la sumatoria de las inhibiciones de placer sexual natural, que en el correr del tiempo se han tornado mecánicas (Reich, 1986).

Siguiendo al autor, la sexualidad se trata de aquella función biológica de expansión que nos lleva fuera del yo, desde el centro a la periferia. Al contrario, la angustia es la función biológica del retorno al yo partiendo de la periferia hacia el centro. Se trata entonces, de la misma fuerza

yendo en sentido contrario. Todos los impulsos y sensaciones biológicas pueden ser reducidas a funciones de expansión (elongación y dilatación), asociadas al sistema parasimpático y de contracción (constricción) operadas por el simpático. Si existe angustia o dolor, el organismo se contrae y retira sangre de la periferia y si hay placer el organismo se expande y envía sangre fuera de la periferia. Por tanto, la vida se desarrolla en una constante alternancia entre expansión y contracción (Reich, 1986).

Se puede asociar a la función parasimpática con la función sexual y a la simpática con la de angustia o displacer. En el placer, el corazón se expande, impulsando la sangre por anchos vasos sanguíneos periféricos y en la angustia el corazón se contrae y late rápidamente, impulsando la sangre por vasos contraídos en dirección al corazón. El parasimpático, siempre estimula los órganos (independientemente si produce tensión o relajación) cuando el organismo todo se encuentra en expansión placentera. Por otro lado, el simpático estimula los órganos cuando todo el organismo, esta en contracción angustiosa (Reich, 1986).

Por otra parte, Lowen (1995), establece los principios del análisis bioenergético identificando funcionalmente mente y cuerpo; cambios en uno producen modificaciones en el otro. Las funciones principales del cuerpo son la respiración y el movimiento; funciones que en un enfermo se encuentran perturbadas. Esto es debido a tensiones crónicas musculares (acorazamientos) que quedan inscritas en el cuerpo. La respiración está asociada al movimiento del cuerpo y no puede dissociarse de la sexualidad, ya que aporta energía para la descarga sexual (fluyendo en forma de onda desde la boca a los genitales). Asimismo, respirar esta asociado a la producción de la voz; inhibiciones de llanto o gritos son estructuradas en restricciones a la respiración.

Sumado a lo anterior, los movimientos energéticos del cuerpo se inician en el centro de él, alrededor del plexo solar. Existe una importante fuente de energía alrededor de los grandes plexos nerviosos y órganos vitales. Una onda pulsatoria se dirige hacia la cabeza y la otra hacia las extremidades inferiores. Ambas completan un complejo ciclo y vuelven al centro del cuerpo. Por tanto, el patrón energético se asemejaría a un número ocho, donde dos círculos se unen en el centro, cerca del diafragma. Estos movimientos, son los hilos con los que se tejen las emociones. Las emociones son tiernas y suaves en la parte delantera del cuerpo, duras y agresivas en la parte trasera. Sentimos amor con la parte delantera del cuerpo e ira y rabia con la parte trasera: espalda y los hombros (Lowen y Pierrakos, 1969).

Reich(1986), basándose en la fórmula del orgasmo elabora la técnica orgonterápica del análisis del carácter. Su premisa fundamental es la restauración de la motilidad biopsíquica mediante la disolución de rigideces (acorazamientos) del carácter y de la musculatura. En general, la neurosis es causada por la inhibición de la respiración con el propósito de suprimir la emoción. Si el organismo recibe menos oxígeno, reduce la producción de energía (impulsos vegetativos menos intensos), lo cual disminuye la generación de angustia. Esto suprime además la capacidad orgástica. Lowen (1980), indica, que la neurosis tiene que ver con el temor a la vida, al sexo y a ser, estructurándose como consecuencia de la experiencia edípica en los primeros años de vida .

Si bien el complejo de Edipo desaparece, resultado de la angustia de castración, al resolverse como fenómeno consciente, pasa al inconsciente mediante la represión y es reactivado caracterológicamente, encerrando el daño temido dentro de sí mismo (Lowen, 1980). “De la misma forma, no es posible asegurar la paz acumulando armamentos, porque los ejércitos, por su naturaleza misma, buscan la guerra.” (Lowen, 1980, p. 58).

En ese sentido, Lowen (1980) dirá que el neurótico es incapaz de aceptarse a sí mismo emprendiendo una lucha en su contra, dónde es derrotado y esa derrota, si bien parece un sometimiento inaceptable, es la que posibilita la autoaceptación y la posibilidad de un cambio verdadero. Siguiendo a Reich, Lowen (1980) concluirá que la incapacidad de entregarse totalmente a la sexualidad es debido a la rigidez y tensión del cuerpo y a la falta de vitalidad emotiva. La que deberá trabajarse tanto a nivel sexual como emocional.

Cabe aclarar que para Reich el orgasmo es algo diferente a la eyaculación o al clímax. El mismo, representa una reacción involuntaria de todo el cuerpo mediante movimientos rítmicos y convulsivos; movimiento idéntico al que se produce cuando la respiración es totalmente libre y el sujeto se entrega completamente a su cuerpo (Citado en Lowen, 1995). Estos movimientos, se producen por una ola respiratoria que recorre el cuerpo en la inspiración y expiración (Lowen, 1995).

Dado que la supresión del sentir, se logra a través de tensiones musculares crónicas que inmovilizan el cuerpo, no bastará con actuar solamente sobre lo corporal, sino que se deberán movilizar además los factores psíquicos subyacentes, que sostienen el carácter del sujeto, más allá de su percepción consciente. Al construir un castillo para proteger la libertad propia, se

termina siendo prisionero, al no poder salir de él, en aras de dicha protección (Lowen, 1980). La disolución de la rigidez muscular libera la energía vegetativa reprimida y como parte de ese proceso, vuelve a la memoria el recuerdo de la situación infantil originaria de la represión (Reich, 1986). “Cabe afirmar que cada rigidez muscular contiene la historia y significado de su origen.” (Reich, 1986, p. 291).

En sus investigaciones, Reich (1997) indica que al ir disolviendo la coraza muscular, se notara que los bloqueos musculares no corresponden solamente a un músculo o nervio, sino a grupos funcionales. Asimismo, se establece que la coraza posee una distribución segmentada, perpendicular al torso. Los segmentos de la coraza comprenden los órganos y músculos en contacto funcional recíproco que participan del movimiento expresivo. Los segmentos considerados son los siguientes: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal y pélvico, donde la corriente orgonótica fluye.

A modo de resumen, la técnica analítica de Reich (1997) consta de tres premisas metapsicológicas: 1) tópica: lo inconsciente debe hacerse consciente; 2) dinámica: esto debe ocurrir indirectamente mediante el análisis de la resistencia y 3) económica: el análisis debe seguir un orden y adaptarse a cada estructura de personalidad (carácter). El autor va a hablar del análisis del carácter, como aquel que sumará al análisis del contenido del material terapéutico (lo comunicado, asociaciones, sueños, lapsus, fallidos), la forma en que se lo presenta. Este último punto, refiere a la forma en que el paciente dice lo que dice (lectura corporal). Históricamente, el comportamiento del paciente, su mirada, expresión y forma de hablar, ropa, entre otros aspectos, han sido subestimados en el análisis (Reich, 1997).

Reich (1997) diferenciará dos caracteres, de acuerdo con el grado de perturbación de la energía libidinal: carácter genital y carácter neurótico. Esto queda definido en parte, por la capacidad de obtener una satisfacción sexual adecuada, en cuanto a la capacidad de entrega (dar y recibir). Esa energía libidinal no ligada, es la utilizada por los distintos síntomas de los pacientes y solamente religando esa energía hacia el objetivo sexual genital, se recupera la potencia orgástica. Para ello, se deben analizar las inhibiciones sexuales del carácter del paciente, reemplazando los impulsos pregenitales por genitales, para lograr luego la gratificación de las necesidades sexuales genitales.

En ese sentido, la cultura influencia a la familia del *infans* moldeando su carácter, alienándolo de su cuerpo y de sí mismo (Lowen, 1980). Por tanto, el desafío es la modificación del carácter neurótico, para desbloquear la energía no ligada y por ende conseguir aumentar la vitalidad. Para ello, el proceso terapéutico buscará ensanchar la capacidad del *self* del paciente, liberando las acciones que retienen la excitación para que fluya libremente y aprenda a deshacer los bloqueos, retornando a su ser más auténtico. Al realizarlo, puede surgir el miedo a la locura y a la muerte, los cuales dejaron al paciente en una postura rígida, transformándose en su carácter. Sin embargo, actuar los traumas de su infancia en la terapia, lo liberará paulatina y definitivamente de sus rigideces. Para liberar su cuerpo, deberá conocer que emociones del pasado se expresan en el presente, lo cuál no implica un acting out de las mismas (Lowen, 1980).

Por otro lado, la violencia que es ejercida sobre el ego del niño, a través de la educación recibida de la familia (situación edípica), rompe con la identificación total de los procesos naturales del cuerpo – yo corporal y fuerza al ego a adoptar una posición en contra de su naturaleza animal, relacionada con su cuerpo y sexualidad (Lowen, 1980). Además, Reich (1986) establece que toda acción destructiva es la reacción del organismo ante la no satisfacción de alguna necesidad, especialmente la sexual. Asimismo, indica que la potencia orgástica y los impulsos de destructividad son incompatibles. Tal como establece Lowen (1980), recuperando nuestro pasado recobramos nuestro cuerpo y viceversa.

Sumado a lo antedicho, la agresión es una función de movimiento que involucra los músculos del cuerpo. La principal masa muscular del cuerpo se encuentra a lo largo de la columna vertebral, además de las extremidades. Se establece entonces, que el flujo de energía y sentimientos hacia arriba a lo largo de la espalda y hacia la cabeza y los brazos, conducen a actividades agresivas en la parte superior del cuerpo (mirar, succionar, morder, vocalizar, tomar, etc.). Cuando la energía y las sensaciones bajan hacia la pelvis y las piernas, lleva a acciones agresivas con la parte baja del cuerpo (movimientos intestinales, sexuales, etc.) (Lowen y Pierrakos, 1969).

En caso de que el flujo sea bloqueado, esa energía se acumula entre los omóplatos, levantándolos en signo de preparación para la lucha por la libertad de movimiento. Dicha área es el centro de la ira y en caso de que sea crónicamente reprimida, se bloquea. Como la energía no puede fluir libremente hacia arriba y abajo de la persona, ésta queda suspendida, no

completamente en contacto con el suelo, ni completamente en contacto con el entorno que le rodea. La persona no puede moverse libremente (Lowen y Pierrakos, 1969).

Lowen y Pierrakos (1969) describen cuatro tipos de bloqueos que se pueden observar en los cuerpos de la mayoría de las personas. El primero es la postura del perchero, en el cual la persona parece suspendida de un perchero. Los hombros se encuentran levantados en expresión de miedo. Se tiene miedo de perder el control y estallar en un arrebato de violencia. El tener los hombros levantados empuja al cuerpo hacia arriba y fuera del suelo, lo que es común en hombres que tienen que atacar.

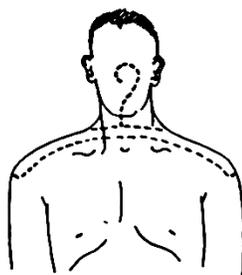


Figura 2 – Postura del perchero (Lowen y Pierrakos, 1969 p. 4)

El segundo tipo de bloqueo es el lazo. En este bloqueo, la persona se encuentra suspendida por el cuello como si tuviera un lazo alrededor del mismo. Al igual que las personas que son literalmente colgadas por crímenes de violencia, en este caso son psicológicamente colgadas por miedo a la violencia. La cabeza cuelga como si estuviera separada del cuerpo. El cuerpo se torna flácido, sin carga y la persona siente como si estuviera estrangulada. Sus acciones están dominadas por su mente y controladas por la razón o la lógica y su vida emocional se encuentra anestesiada (Lowen y Pierrakos, 1969).



Figura 3 – Postura del lazo (Lowen y Pierrakos, 1969 p. 5)

El tercer tipo de bloqueo es la cruz o el espantapájaros. La persona está crucificada y carga con una cruz en su espalda, que esta compuesta por dos sistemas de tensiones

musculares, como si fueran dos barras fijas que se cruzan y le inmovilizan. Su culpa es la supresión de su propia violencia (Lowen y Pierrakos, 1969).

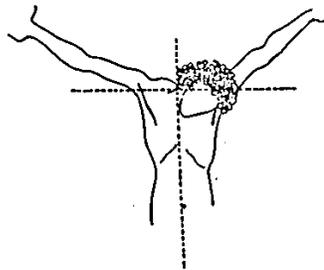


Figura 4 – Postura de la cruz (Lowen y Pierrakos, 1969 p. 5)

El cuarto tipo de bloqueo es el gancho de carnicería. El cuerpo se ve como si estuviese suspendido por un gancho de carnicería, donde sobresale el mango justo debajo del cuello, recubriendo un área de tensión muscular severa. Generalmente, se ve en ancianas y se denomina “joroba de viuda”, si bien se puede observar en menor grado en hombres. La joroba representa una cantidad excesiva de ira, debido a la supresión de sentimientos sexuales que se remontan a la niñez e indican un cuerpo sin alma convertido en carne (Lowen y Pierrakos, 1969).

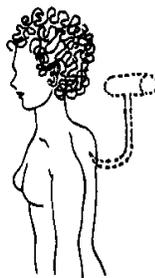


Figura 5 – Postura de gancho de carnicería (Lowen y Pierrakos, 1969 p. 5)

En todos los bloqueos mencionados anteriormente, existe una violencia latente que debe ser liberada para resolver el problema raíz. Para ello, es necesario el marco de un dispositivo terapéutico controlado, ya que sino la violencia será actuada en situaciones familiares y sociales, utilizando alguna provocación como excusa. No es suficiente con hablar acerca de la ira de la persona, es vital la liberación física de las tensiones musculares que crean y mantienen el bloqueo. La terapia bioenergética provee el entorno adecuado donde el paciente puede liberar sus impulsos de violencia, sin lastimarse a sí mismo ni a otros. El paciente no es consciente de su rabia y violencia reprimidas hasta que son provocadas. A medida que adquiere mayor contacto con su cuerpo, los primeros conflictos que produjeron el bloqueo se vuelven conscientes. Luego, se pueden analizar sus elementos componentes y resolver los nudos (Lowen y Pierrakos, 1969).

El análisis de los conflictos reprimidos y la liberación de la violencia suprimida, restauran la agresividad natural del sujeto, lo que le permite estar arraigado tanto en su cuerpo, como en contacto con el suelo. Su agresión tendrá como objetivo el placer del buen funcionamiento corporal, el placer sexual y el placer en el trabajo. Sin embargo, si alguien cuestiona su derecho al placer o le impide perseguir su objetivo de felicidad, se puede esperar que se vuelva hostil y que utilice toda la violencia necesaria para preservar su libertad (Lowen y Pierrakos, 1969).

Tal como establece Gonçalvez Boggio (2008), una de las principales dificultades y desafíos para trabajar con pacientes que padecen trauma psíquico, es la dificultad que poseen para ligar energía en su musculatura esquelética y descargar ese exceso energético, restaurando la energía de la musculatura, junto al alivio de los síntomas. Se persigue entonces, que los pacientes ganen seguridad en su propio cuerpo y nuevos recursos, que le permitan hacer contacto con distintas sensaciones y emociones, lo que requiere entrenamiento. Al comenzar a restaurar la energía que provocaba inmovilidad, aparece el terror y la rabia. El terror provoca la huida y la rabia el ataque, lo que reactiva la amenaza y el miedo.

Cuando la energía no pueda descargarse reguladamente, puede derivar en conductas violentas contra el propio sujeto: adicciones, comer en exceso, problemas para conciliar el sueño, depresión, ansiedad, comportamientos maníacos, entre otras. Por este motivo el trabajo con el paciente estará basado en micromovimientos que no lo desborden y a la vez sea posible ir accediendo al inconsciente alojado en el cuerpo, pendulando energéticamente entre el vórtice curativo y el traumático (Gonçalvez Boggio, 2008).

Cabe aclarar que en el abordaje bioenergético de trauma, a diferencia del psicoanalítico, el psicoterapeuta deberá indicarle al paciente qué y cómo va a trabajar, a fin de crear una alianza terapéutica de confianza mutua y otorgarle el control del proceso, lo que revertiría la desconfianza e impotencia respecto a los vínculos y relaciones históricas (Gonçalvez Boggio, 2008).

Teoría Polivagal

Todo río desborda alguna vez, pero si lo hace constantemente, su cauce desaparece y se convierte en un lago. Ahora bien: el lago es estático, mientras que el río fluye. Esta es una de las contradicciones de la vida: a fin de que prosiga el movimiento, debe contenerse el flujo (Lowen, 1980, p. 200).

La recuperación del trauma se desarrolla en tres fases: establecer seguridad, recuerdo-luto y la reconexión con la vida en relación, si bien no hay una linealidad en las mismas. De alguna manera, se busca recomponer ese yo que ha sido dañado por el trauma y requiere ser transformado, así como sus relaciones (Herman, 2004).

Tal como se indicó anteriormente, la repetición en acto le es impuesta al sujeto y no puede controlarla, dónde el displacer no disminuye y las palabras no llegan. En ese sentido, los pacientes traumatizados se ven atormentados ante la reaparición de reacciones sensoriomotrices vinculadas al trauma (vivencias intrusivas: sonidos, olores, sensaciones corporales, dolores físicos, insensibilidad, incapacidad de regular la actividad fisiológica) (Odgen, Minton y Pain, 2011).

Asimismo, Tonella (2012) establece que las tendencias a la acción no actuadas, quedan ligadas a las características posturales y motoras crónicas como defensas del *self*, además de una rápida activación (hiperactivación, hipoactivación u oscilación entre ambos extremos) del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), en respuesta a estímulos vinculados a situaciones traumáticas. Para poder elaborar una situación traumática, el ideal es lograr situar al paciente en un equilibrio relativo entre una hiper y una hipoactivación, que le permita pensar y hablar de sus experiencias traumáticas, con cierto tono emocional coherente con el sentido de sí. A fin de mantener el funcionamiento cortical necesario, para que la información transite y se integre en los niveles cognitivo, emocional y sensoriomotor (Tonella, 2012).

Si bien el comportamiento y la cognición dependen del sistema nervioso, ni el conductismo ni la ciencia cognitiva habían abordado el impacto del estado fisiológico neuronal sobre el comportamiento y los procesos psicológicos (Porges, 2018). En ese sentido, la teoría polivagal desarrollada por Porges (2018), explica la importancia del estado fisiológico y cómo su modificación afecta al comportamiento y la capacidad de interactuar con otros, integrando aportes de la neurofisiología, neuroanatomía y la evolución. Se establece entonces que el estado autónomo limita los comportamientos y experiencias psicológicas del individuo, cuya sabiduría se encuentra en el cuerpo y el sistema nervioso, más allá de la conciencia (Porges, 2018).

Los mamíferos, especialmente los primates, han evolucionado en las estructuras cerebrales que regulan los comportamientos defensivos y sociales. La evolución ha moldeado la psicología y los comportamientos humanos, ampliando su repertorio (expresiones emocionales,

gestos faciales, comunicación oral, entre otros) (Porges, 2011). Al nacer precisamos: el cuidado de la madre, interdependencias sociales duraderas y entornos seguros para el ejercicio de ciertas funciones biológicas (reproducción, lactancia, sueño, digestión) y conductuales (comportamiento social y regulación de las emociones). Durante la gestación y los primeros días de vida, la necesidad de cuidados y de entornos seguros se vuelve crítica para la supervivencia del bebé (Porges, 2018). El fracaso en el establecimiento de vínculos tempranos seguros genera una disminución en la capacidad de regulación de emociones negativas (Porges, 2011).

Por lo expuesto en secciones anteriores, se puede ver la relación directa que existe entre los cuidados, el amor y lo vincular, desde etapas tempranas del *infans* y su madre, así como el impacto biopsicosocial constitutivo en el ser que se está desarrollando. Cabe destacar, que las madres que amamantan a sus bebés tienen un aumento en la liberación de oxitocina, que es el péptido relacionado a la modulación de las contracciones durante el parto. La oxitocina denominada “amor de mamá”, tiene una relación directa con el sentimiento de seguridad y el compromiso entre las personas (Porges; Dominguez; Rangel; Cruz, 2005). La oxitocina, es liberada además cuando nos sentimos en entornos seguros (Porges, 2011).

Tal como indica Porgues (2018), no es posible hablar de apego sin considerar las condiciones previas de seguridad y las características de la conexión social. La conexión social utiliza indicios de seguridad, mediante comportamientos de conexión, para negociar la proximidad y luego entablar el contacto físico y la intimidad. Esto debe ocurrir articuladamente y en el orden indicado. En ese sentido, Porges (2011) define la neurocepción, como la manera en que nuestros circuitos neuronales realizan el análisis en busca de señales de seguridad, peligro y amenaza. Se trata de una forma inconsciente, a diferencia de la percepción, que tiene nuestro SNA para responder ante peligros y amenazas al interior de nuestros cuerpos, en el mundo y en las conexiones sociales (Dana, 2019). En forma prácticamente análoga a lo que Reich denominó “sensaciones de órgano” (Gonçalves Boggio, 2019).

El SNA tanto de un adulto como de un niño, puede detectar peligro o amenaza a su vida mediante neurocepciones, por ejemplo al entrar a un lugar desconocido o cuando conocen a un extraño, por más que racionalmente no encuentren motivación alguna para sentirse amenazados. Las neurocepciones de amenaza pueden expresarse mediante gestos, temblores, sudoración, agitación, entre otros mecanismos, que den cuenta que el cuerpo ha detectado peligro. En este tipo de situaciones, los seres humanos, así como los mamíferos, reaccionan

mediante mecanismos de defensa filogenéticamente más primitivos, ya que para la concreción de relaciones sociales y la reproducción, el sistema defensivo debe haber sido inhibido. Cabe destacar que pequeños movimientos, biológicamente percibidos, pueden modificar una neurocepción de seguridad por una de amenaza (Porges, 2011).

La teoría polivagal, establece al nervio vago (X), como nervio craneal principal, que conecta funcionalmente al cerebro con el cuerpo. Dicho nervio enlaza en forma directa el corazón con otros órganos viscerales, interviniendo además en la regulación de procesos fisiológicos de dichos órganos (por ejemplo: corazón e intestino). El nervio vago tiene una función bidireccional (motora y sensorial), lo que le permite el envío de señales del cerebro a los órganos viscerales y viceversa. El 80% de sus fibras neuronales son aferentes – sensoriales y el 20% eferentes - motoras (Porges, 2018).

Por otra parte, el sistema nervioso central hace de intermediario en la distribución de los recursos, para afrontar las demandas internas y externas, que son reguladas por éste y monitoreadas a través de la regulación dinámica del corazón mediante el nervio vago. Para ello utiliza el freno vagal, que provee además el mecanismo neurofisiológico para promover el desarrollo de un comportamiento social adecuado (Porges, 2011). Por tanto, la capacidad de relajarnos y conectarnos se encuentra directamente relacionada con el funcionamiento adecuado del freno vagal. Esto implica, influir en el nódulo sinoauricular – marca pasos del corazón - para mantener la frecuencia cardíaca en 72 latidos por minuto aproximadamente. Dicha capacidad, se ve afectada por las experiencias traumáticas del sujeto (Dana, 2019).

“El lenguaje del cuerpo más antiguo e integrativo que tenemos es el del sistema nervioso autónomo (SNA).” (Gonçalvez Boggio, 2019, p. 162), El SNA se encuentra constituido por dos ramas: la simpática y la parasimpática, que responden a señales y sensaciones a través de tres vías, con patrones típicos de respuestas, al servicio de la supervivencia. La simpática se encuentra en la parte media de la médula espinal y nos prepara para la acción (respondiendo a señales de peligro con mecanismos de lucha o huida y libera adrenalina). La rama parasimpática se centra en dos vías que viajan por el nervio vago (vago dorsal y vago ventral) (Dana, 2019).

Tal como establece Tonella (2012), la rama vago dorsal se origina en el núcleo motor dorsal del tronco cerebral, no se encuentra mielinizada y es la más antigua filogenéticamente. Esta rama es la fuente de comportamientos más primitivos, de inmovilización o congelamiento,

en respuesta al estrés. Dicha rama controla los órganos viscerales subdiafragmáticos y regula los procesos digestivos. Su activación prolongada puede ser fatal en mamíferos, provocando apnea y bradicardia. Asimismo, dicha vía, responde a señales de peligro extremo a través de la desconexión y protección ante el colapso (Dana, 2019). Este mecanismo de defensa primitivo se asocia a simulacros de muerte, síncope y disociación, reacciones impulsadas por el propio trauma (Gonçalves Boggio, 2019).

Por otro lado, la rama vago ventral se encuentra en el núcleo ambiguo del tronco cerebral y es filogenéticamente más nueva y está presente solamente en mamíferos. Se trata de una rama mielinizada, lo que otorga respuestas más controladas y rápidas (Tonella, 2012). La rama vago ventral responde a señales de seguridad y su respuesta es la de compromiso y conexión social (Dana, 2019). Dicha rama ejerce además, un control sobre los órganos viscerales supradiafragmáticos: esófago, bronquios, faringe, laringe y corazón (Tonella, 2012).

Sumado a lo anterior, el vago ventral - utilizando el freno vagal - acelera la frecuencia cardíaca durante la inhalación y la disminuye en la exhalación. Para poder mantener la frecuencia, evitando que el corazón lata demasiado rápido, es necesario que el sistema vagoventral active el freno vagal. El freno vagal se libera para cargarnos de energía rápidamente y vuelve a activarse para devolvernos a un estado de calma, brindando flexibilidad a nuestro sistema. Por tanto, nos otorga la capacidad de relajarnos y conectarnos (Dana, 2019).

Por otra parte, la regulación neural de los músculos estriados de la cara y la cabeza actúan, por un lado, como un sistema de conexión social activo que reduce la distancia psicológica y por otro como un filtro, que puede influir el comportamiento de conexión social con los demás. Estos músculos nos brindan información clínica valiosa, relacionada a las dimensiones del comportamiento (sonrisa, contacto ocular, expresiones faciales, prosodia de la voz, etc.) y al grado de apego o estrés para lograr vínculos sociales (Porges, 2011).

Partiendo de la biología evolutiva, a fin de comprender la organización del SNA y sus reacciones ante los desafíos del medio ambiente, diremos que el SNA posee una organización jerárquica y que los desafíos y el estrés lo degradan a un estado de evolución filogenética anterior (Porges; Dominguez; Rangel; Cruz, 2005). “Así como los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro equilibran nuestra experiencia, las tres partes de nuestro SNA cooperan para desarrollar una sensación real de bienestar.” (Dana, 2019, p. 31).

A efectos de mantener la homeostasis del cuerpo, las distintas ramas del nervio vago se encargan de diferentes tareas, a lo que Peter Levine denominó “equilibrio dinámico”. La rama vago ventral controla la conexión de la cara y el corazón, la rama simpática la temperatura del cuerpo, los ciclos cardíacos y de respiración saludables y la rama vago dorsal se encarga de regular la digestión de los alimentos (Dana, 2019).

En la mayoría de los seres humanos, la primera respuesta defensiva es la de conexión social (vagoventral), lo que implica la inhibición del resto de las posibles respuestas (simpático y vagodorsal) y la regulación vital, al margen de eventos traumáticos. Frente a una amenaza real, en la que la respuesta anterior no fue adecuada o eficaz, la segunda respuesta será de lucha o huida (simpático). En caso de que esa respuesta también fracase, se recurrirá a la inmovilización física, emocional o pasividad (vago dorsal) (Tonella, 2012). En ese sentido, cada persona lleva consigo y responde ante un evento con un perfil del SNA que la define, en un continuo desde sensible y rígido a resiliente y flexible (Gonçalves Boggio, 2019).

El objetivo principal de la Teoría Polivagal es aprender a escuchar visceralmente lo que el SNA necesita (desde adentro hacia afuera), así como aprender a hablar su sabio lenguaje: ¿esto es seguro o inseguro para mí? ¿cómo podemos cuidarnos? (Gonçalves Boggio, 2019). “En cada una de nuestras relaciones, el sistema autónomo ‘aprende’ sobre el mundo y se tonifica hacia hábitos de conexión o de protección” (Dana, 2019, p. 5). Dana (2019), establece que los seres humanos buscamos la regulación recíproca de nuestros estados autónomos con otras personas (corregulación), a fin de sentirnos seguros y establecer vínculos de confianza.

Tal como indica Tonella (2012), en situaciones traumáticas crónicas, donde el sistema de conexión social ha fracasado repetidamente para alejar el peligro, las habilidades sociales del individuo tienden a disminuir y comienza a desaparecer la inhibición de las respuestas simpáticas o vagodorsales. Las situaciones traumáticas, afectan considerablemente nuestro sistema de involucramiento social, bloqueándolo y degradándolo en su funcionamiento, produciendo sensaciones de hipervigilancia, evitación o aislamiento social, limitaciones afectivas y automedicación (Porges; Dominguez; Rangel; Cruz, 2005).

En esa dirección, Tonella (2012) establece que la hiperactivación crónica del SNA, genera un círculo vicioso donde el recuerdo traumático se mantiene como fragmentos de percepción disociados (sensaciones o emociones) junto con síntomas (por ejemplo: aceleración cardíaca,

presión arterial elevada, tensión muscular, movimientos involuntarios). En el caso de la hipoactivación crónica, presenta habitualmente síntomas disociativos somáticos, por ejemplo: debilidad motora, parálisis y entumecimiento. A partir de las investigaciones de Porges (2018), Bessel van der Kolk (2017), P. Levine (2018), et. al. se concluye que el SNA se moldea a través de los acontecimientos y tiene la capacidad de reconfigurarse permanentemente (Citado en Gonçalves Boggio, 2019).

Tal como presenta Tonella (2014), los estados de hiper e hipoactivación crónicos debido a las experiencias repetitivas de no ritmicidad, asincronía madre-bebé, inducen a la desregulación de cada nivel del *self*. Dichas experiencias son tóxicas para la homeostasis del mismo y afectan su evolución integradora, permaneciendo escindido en una percepción bipolar (hiper o hipoactivación). Estos estados repetitivos bipolares son almacenados en el sistema límbico, dificultando el desarrollo adecuado del córtex orbitofrontal, responsable de los estados de conciencia corporal, elaboración de representaciones mentales y regulador de los estados emocionales.

Sumado a lo anterior, las personas traumatizadas sienten que no pueden confiar en sus emociones, se les dificulta mantener contacto con la realidad y dar sentido a sus experiencias en el presente (Tonella, 2012). Estas personas pueden malinterpretar las señales de su cuerpo, sintiendo el peligro como seguridad y viceversa, así como también verse desbordadas por las respuestas viscerales de su cuerpo y dificultando la conexión social (Porges, 2011). “En los estados de hiper e hipoactivación, los diversos elementos de la experiencia, cognitivos, emocionales y sensoriomotores, que normalmente deberían ser elaborados e integrados, no lo son y permanecen disociados.” (Tonella, 2012, p. 9)

En ese sentido, Tonella (2014) define tres tipos caracteriales originados en el trauma preverbal de desarrollo: oral, esquizoide y límite, relacionados a los tipos de apego y su correlato neurobiológico en el SNA: ansioso-evitativo (hiperactivación simpática), ansioso-ambivalente (hipoactivación vagodorsal) y desorganizado-desorientado (oscilación inestable entre hiper e hipoactivación fisiológica) respectivamente. Esto impactará en los adultos generando inestabilidad emocional y disturbios sociales.

El abordaje terapéutico en estos casos tendrá que transformar la regulación patológica en el desarrollo de métodos autorreguladores adaptados a la vida adulta. El proceso terapéutico se basará en una triple regulación:

1. sistema de apego terapéutico seguro: cumpliendo función de base segura, desintoxicando sus experiencias traumáticas y posibilitando el desarrollo de conexiones sociales seguras.
2. regulación del SNA: desarrollando la plena conciencia del cuerpo de autoregulación, rehabilitando los sistemas que componen al *self* (sistema metabólico, sistema nervioso central, sistema endócrino, cardiovascular y respiratorio) y las funciones del mismo (energéticas, sensoriomotoras, sensorioemocionales y cognitivas).
3. capacidad de elaboración transversal de información (corporal: de abajo hacia arriba o cognitiva: de arriba hacia abajo) que atraviesa cada “piso” del *self* involucrando la utilización de traductores de uno a otro basándose en la relación terapéutica. (Tonella, 2014)

Complementariamente, el abordaje polivagal propuesto por Dana (2019), al igual que cuando se está perdido, es la elaboración de mapas que permitan experimentar los distintos estados vagales y conocer cómo entrar y salir de cada estado, considerando al estado vagal ventral como la casa adonde se desea volver. El objetivo del mapeo autónomo es que el paciente conecte con el mundo a partir de los tres estados de activación: seguridad, peligro y amenaza a su vida, tomando nota de las respuestas de su cuerpo, así como también de las creencias, emociones y su comportamiento. Este mapeo permite aunar las capacidades de ambos hemisferios: percepción del estado autónomo (derecho) y colocar lenguaje a la experiencia (izquierdo).

En esa dirección, se le solicitará al paciente la construcción en secuencia de tres mapas: a) perfil personal (dónde está en la jerarquía autónoma), b) desencadenantes (provocaciones simpáticas y vagodorsales) y destellos (momentos vagoventrales) y c) el de recursos reguladores (encontrar el camino hacia la regulación vagoventral). Se presentan a continuación ejemplos de estos:

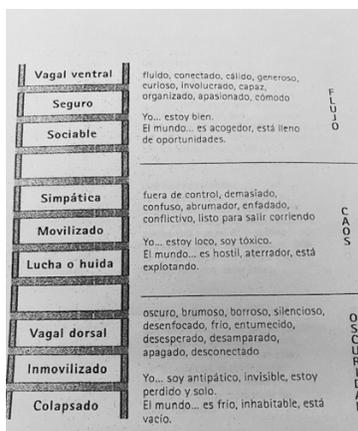


Figura 6 – Ejemplo Mapa de perfil personal (Dana, 2019, p. 219)

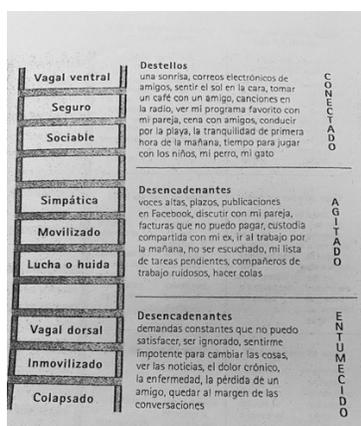


Figura 7 – Ejemplo Mapa de destellos y desencadenantes (Dana, 2019, p. 223)

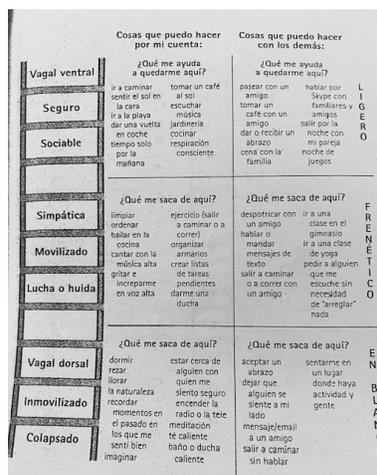


Figura 8 – Ejemplo Mapa de recursos reguladores (Dana, 2019, p. 227)

El mapeo del paciente, se vuelve una parte fundamental del proceso terapéutico, al enfocarse en obtener el equilibrio de los recursos individuales e interactivos y al crear recursos que le permitan retornar al estado vagoventral de conexión. Para ello, se deberá recordar al

paciente que el sistema nervioso autónomo fue moldeado por su pasado y que se está configurando en este momento para lograr un equilibrio físico y psíquico, teniendo en consideración la información del mapa (Dana, 2019). En ese sentido, la respiración lenta y profunda, suspirar, la aplicación de calor periférico, el ejercicio físico, el estirar la musculatura, expresiones emocionales (risa, llanto, grito), el reflejo de vómito y los movimientos rítmicos, habilitan descargas vagoventrales y alivian tensiones crónicas (Gonçalvez Boggio, 2019).

Por otro lado, Gonçalvez Boggio (2019) establece que en situaciones de inseguridad se puede pasar de la búsqueda de conexión social a la movilización, para terminar en la inmovilización (lógica descendente). Para recuperarnos, se deberá cargar energía incrementalmente, pasando por el simpático y llegando a la regulación vagoventral (lógica ascendente). Las transiciones entre un estado y otro deben ser seguras, evitando desórdenes energéticos del SNA, tales como actings outs, conductas autoflagelantes, etc. “Los trabajos psicocorporales de facing, el tono y la prosodia de nuestra voz, el toque, y los ejercicios de centramiento y de enraizamiento son claves para ello.” (Gonçalvez Boggio, 2019, p. 172). Los ejercicios de respiración son la forma directa por excelencia para amplificar el tono vagoventral y reiniciar el SNA (Gonçalvez Boggio, 2019).

Sumado a lo anterior, el psicoterapeuta deberá desarrollar una resonancia vago ventral empática adecuada con su presencia y tener una apertura hacia la conexión social. Para ello, utilizará el contacto visual, la prosodia de su voz, la escucha activa y el contacto seguro mediante el toque (Gonçalvez Bogigo, 2019). “Su tono vago ventral no puede ser bajo, ya que, de ser así, puede producir el efecto contrario (reforzar o recrear estados simpáticos o vagodorsales).” (Gonçalvez Boggio, 2019, p. 175). El terapeuta deberá además, ser capaz de cartografiar sus patrones autónomos, así como los de los pacientes, a efectos de sintonizar las neurocepciones de seguridad en el vínculo con el paciente. Esto le permitirá estar más regulado, sintonizar mejor y proyectar señales de seguridad que favorezcan la confianza mutua (Gonçalvez Boggio, 2019).

Cabe destacar al enfoque polivagal como un abordaje a incorporar en las intervenciones clínicas y específicamente en los procesos psicocorporales, que permite trabajar de forma flexible, suave y natural, logrando una conexión segura para tratar tanto trauma de shock, como de desarrollo. Este enfoque permite maximizar la efectividad del trabajo clínico sobre pacientes que han sufrido eventos traumáticos, a fin de lograr su elaboración y restaurar la conexión con la persona y sus vínculos. Asimismo, a través del intercambio de micromomentos vagoventrales

el mapa autónomo del paciente empezará a modificarse, privilegiando experiencias más profundas de conexión, seguridad y sanación (Gonçalves Boggio, 2019).

Reflexiones Finales

"Lo que he escrito en todo momento lo he escrito con todo mi cuerpo y toda mi vida"
Friederich Nietzsche

A lo largo de este trabajo, se puede ver la importancia de la expresión de la agresividad en el desarrollo del niño y de que manera la inhibición de esta, tiene impactos duraderos en el adulto. En ese sentido, cabe destacarla como aquella fuerza que nos permite ir hacia los objetivos y lograr la satisfacción de nuestras necesidades y autonomía. Tal como se manifestó anteriormente, cuando esta es inhibida, se transformará por el mecanismo de la represión en violencia tanto a sí mismo como hacia otros. Dichas inhibiciones se van acumulando en la coraza caracterial del sujeto, alojándose como tensiones musculares crónicas, debido a bloqueos en la sexualidad, la respiración y el movimiento. Estas podrían tener consecuencias en la producción de la voz, inhibición del llanto y gritos, entre otras expresiones que habilitan la descarga.

Se presentaron conceptualizaciones de la violencia relativas a las vivencias traumáticas, que llevan al sujeto a sentirse más del lado de la muerte que de la vida. Luego y respecto al desarrollo del niño se indicó al nacimiento como el primer trauma, que genera un gran estado de angustia y es la matriz a través de la que viviremos los traumas futuros. Durante el desarrollo del niño se diferenciaron violencia primaria y secundaria y cómo estas impactan en el desarrollo del "ser".

Por lo anterior, la disponibilidad de una figura de apego que oficie de base segura y responda adecuadamente a las necesidades del niño, condicionará el tipo de apego: apego seguro, ansioso o desorganizado. El mismo, se estructurará en un tipo caractereológico principal: neurótico, oral, esquizoide o límite, teniendo en consideración si existió un trauma durante el desarrollo. Dichas estructuras caracteriales se relacionarán además con una configuración neurológica del sistema nervioso autónomo (equilibrio autónomo, hiper o hipoactivación, oscilación inestable entre hiper o hipoactivación) respectivamente, lo que generará desequilibrios emocionales y dificultades en la conexión social.

El abordaje terapéutico sugerido para aquellos pacientes que han sufrido eventos traumáticos tanto por shock como por desarrollo es el polivagal, cuyo objetivo será generar la resonancia terapeuta-paciente en la comunicación implícita (lectura corporal), reconfigurar la base segura de apego, modificar la regulación del SNA patológico, modulándolo hasta que el paciente logre desarrollar métodos autorreguladores adaptativos a la vida adulta y lo ayuden a desarrollar la capacidad de elaborar información transversal, traduciendo la información corporal y cognitiva. Esto en conjunto le permitirá mejorar la relación consigo mismo y con los demás. Asimismo, se le solicitará la confección de mapas autónomos que permitan experimentar los distintos estados, lograr identificarse en donde se encuentra en la escala autónoma la mayor parte del tiempo y conocer que eventos disparan el cambio de estado y cuales le devuelven al estado vagoventral-conexión social que es la casa adonde queremos volver.

“El ser humano traumatizado esta en una trampa. Por un lado no tolera la experiencia de la inmovilización analgésica y por otro no tolera el fin de la inmovilidad.” (Gonçalvez Boggio, 2008, p. 213). El desafío es salir de la inmovilidad, logrando recuperar energía vital, utilizada actualmente para sostener síntomas defensivos, y lograr redirigirla de la sobrevivencia en soledad hacia la vida en relaciones sociales saludables, inhibiendo las defensas automáticas. Esto volverá nuestro SNA más flexible y adaptativo al momento presente. La principal tarea del psicoterapeuta en lo contemporáneo es la de habilitar y sostener el cuerpo del paciente para que logre confiar en su capacidad de vivir, experimentando el placer de vivir en el propio cuerpo, alcanzando nuevos territorios existenciales más liberadores (Gonçalvez Boogio, 2015).

En suma, se trata de poner luz donde solo había oscuridad, de poner palabra donde solo había sensación, de volver al cuerpo para recuperar a ese Ser que ha sido atravesado por una violencia siempre injusta y por la qué se siente dañado para siempre. Desmontando una a una las capas de la ilusión de la irreparabilidad y recuperando la confianza en la vida y las relaciones humanas.

“Las ruinas son a menudo las que abren las ventanas para ver el cielo” Viktor Frankl.

Referencias Bibliográficas

- Acero, L. (1996). Serie Estudios Nro 8: Violencia y agresividad individual y social. Buenos Aires: Fundación Centro de Biosíntesis.
- Ainsworth, M. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937.
Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Ainsworth, M. y Bell, S. (1969). Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. *Stimulation in early infancy*. London: Academic Press.
- Ainsworth, M. y Bell, S. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43, 1171-1190.
- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación. Del Pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Benyakar, M. (2006). *Lo Disruptivo. Clínica y Paradoja* (Vol. 1). Buenos Aires: Biblos.
- Benyakar, M. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático : Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas*. (1ed). San Luis : Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L.
- Berenstein, I. (2000). Notas sobre la violencia. *Psicoanálisis APdeBA*, 22(2), 257-271.
Recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/022000berenstein.pdf>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una Teoría del Apego*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1991). La fijación al trauma, lo inconsciente. (2ed. 3o reimp). En J.L Etcheverry (trad). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol XVI, pp. 250-261) Buenos Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado en 1916).
- Freud, S. (1992). Recordar, repetir, reelaborar. En J.L Etcheverry (trad). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol XII, pp. 145-158). Buenos Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado en 1914).

- Freud, S. (1992b). Inhibición, Síntoma y Angustia. En J.L Etcheverry (trad). Obras Completas: Sigmund Freud (Vol XX, pp. 71-164) Buenos Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado en 1926).
- Freud, S. (1992c). De la Historia de una neurosis infantil (“El hombre de los Lobos”) y otras obras. En J.L Etcheverry (trad). Obras Completas: Sigmund Freud (Vol XVII, pp.) Buenos Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado en 1919).
- García Vázquez, S (2005). Trauma psíquico y método psicoanalítico. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 1(100), 149-169. Recuperado de <https://www.apuruguay.org/apurevista/2000/16887247200510012.pdf>
- Gonçalves Boggio, L. (2008). *El cuerpo en la psicoterapia: Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Gonçalves Boggio (2015). *Cuerpo y subjetividades contemporáneas. Clínica bioenergética y esquizoanálisis*. Recuperado de: https://www.academia.edu/11497032/Cuerpo_y_subjetividades_contemporáneas
- Gonçalves Boggio, L. (2019). Un retorno a lo básico: aplicaciones clínicas y abordajes terapéuticos psicocorporales desde la teoría polivagal. *Revista latino-americana de psicología corporal*, 1(8), 161-178. Recuperado de <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/89>
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa.
- Lacan, J (2009). *Escritos 1*. México D.F.: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1948)
- Lowen, A. y Pierrakos, J. (1969) Aggression and violence in the individual. *Institute for Bioenergetic Analysis*. Congreso llevado a cabo en Iglesia Comunitaria, New York
- Lowen, A. (1980). *Miedo a la vida*. Buenos Aires: Era naciente
- Lowen, A. (1990). *El amor, el sexo y la salud del corazón*. Barcelona: Herder
- Lowen, A. (1995). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Main, M. y Goldwin, R. (1994). Unpublished Adult Attachment Interview scoring and classification manual, Department of Psychology. Berkeley: University of California.

- Main, M. y Solomon, J. (1988). Discovery of an insecure disorganized-disoriented attachment pattern, T.B. Brazelton et M.W. Yogman (eds), *Affective Development in Infancy*, 95-124.
- Main, M. y Weston, D. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. In C.M. Parker and J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*, 31–42, New York: Basic Books.
- Ogden, P., Minton, K., y Pain, C. (2011). *El trauma y el cuerpo: Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Porges, W., Domínguez, B., Rangel, E., Cruz, A. (2005). La teoría polivagal: entendiendo los mecanismos del estrés postraumático. *CONACYT Proyecto MO-299*, México DF.: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de https://psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/11/teora_polivagal.pdf
- Porges, S. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: W. W. Norton & Company.
- Porges, S. (2018). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal*. Barcelona: Eleftheria.
- Reich, W. (1986). *La función del orgasmo*. Buenos Aires: Paidós.
- Reich, W. (1997). *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez Nebot, J. (1994). *Multiplicidad y Subjetividad*. Montevideo: Nordan.
- Tonella, G. (2010). L'engagement mutuel thérapeute/patient dans la régulation émotionnelle et la réparation du Soi, Le corps et l'analyse. *Revue des Sociétés Francophones d'Analyse Bioénergétique*, 11, 51-61. Bruxelles: Sobab.
- Tonella, G. (2012). *La teoría Polivagal de Stephen Porges*.
- Tonella, G. (2012b). *La regulación interpersonal del si-mismo*. Recuperado de: <http://clinicabioenergética.org/wp-content/uploads/2016/12/apego-guy-tonella.pdf>
- Tonella, G. (2014). O Trauma e a Tripla Regulagem Terapêutica:Neurobiológica, Relacional e Informacional. *Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal*, (1),8-27. Recuperado de: <http://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/11/13>
- Winnicott, D. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.