



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

Monografía

Una aproximación al trauma desde la Experiencia Somática

Estudiante: Antonella Boné Amestoy

C.I.: 4.876.285-6

Docente tutor: Prof. Adj. Mag. Luis Gonçalvez Boggio

Revisor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma

Universidad de la República

Facultad de Psicología

Montevideo, septiembre de 2022.

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	3
Capítulo I. Algunas concepciones del trauma.	5
Freud, Fenichel y el psicoanálisis.	5
Otra perspectiva para pensar el trauma: Benyakar y lo disruptivo.	7
Abordaje según la Asociación Americana de Psiquiatría.	10
Estrés, estrés traumático y Trastorno por Estrés Postraumático	12
Capítulo II. El trauma se aloja en el cuerpo	14
El trauma visto por las neurociencias	14
Una introducción a los modos de procesar información	16
Capítulo III. Levine y la Experiencia Somática.	18
Modelo SIBAM	20
Dinámicas de acoplamiento	22
Tipos de acoplamiento	23
Renegociar el trauma	25
Establecer un entorno seguro	26
Apoyar la exploración inicial	27
Establecer oscilación/pendulación	28
Titulación	29
Restauración de respuestas activas	30
Desacoplar el miedo de la inmovilidad	31
Estimular la descarga	31
Restaurar el equilibrio dinámico y reorientar hacia el aquí y ahora	32
Capítulo IV. Trauma y pandemia.	34
Consideraciones finales	38
Referencias bibliográficas	41

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo brindar un acercamiento a la Experiencia Somática desarrollada por Peter Levine, entendiéndose esta como una técnica para abordar el trauma de las personas a través del cuerpo y lo que este informa. Para tal fin, en primer lugar se realiza un breve recorrido histórico sobre el concepto de “trauma”, partiendo desde Freud hasta la Asociación Americana de Psicología y su concepción actual. En un segundo capítulo se procederá a realizar una breve descripción del trauma visto por las neurociencias, y así introducir algunos modelos terapéuticos que apuntan a resolverlo. Luego se procederá a introducir la técnica que nos convoca, Experiencia Somática, explicitando los fundamentos de la misma y desarrollando los puntos centrales de este enfoque. En un cuarto capítulo, se discutirá brevemente la pandemia por Covid-19 y su relación con el trauma, concibiendo a este evento como potencialmente traumático y por lo tanto exponiendo lo que esto implicó para el Sistema Nervioso y cuerpos de las personas durante ese período, y sus posibles consecuencias visibles en la actualidad. Finalmente, se reflexiona sobre la importancia como psicólogos de saber detectar y contar con herramientas para el abordaje del trauma, no únicamente desde los métodos tradicionales hablados, sino reconociendo y dando lugar a que el cuerpo con su sabiduría, nos indique el camino hacia la transformación a través de renegociar los eventos traumáticos vivenciados, y por ende, a modos de vivir más compasivos y comprensivos con nosotros mismos y nuestros cuerpos.

Palabras clave: trauma - cuerpo - experiencia somática

Introducción

Más que la culminación de una etapa, este trabajo es un humilde esfuerzo por visibilizar nuevas prácticas, nuevos abordajes y nuevos modos de acercamiento a las personas y su sufrimiento en el ámbito terapéutico; ya que si bien existe una amplísima cantidad de estudios y escritos sobre trauma y TEPT, las herramientas para sanar el trauma utilizando al cuerpo como recurso en sí con las que la psicoterapia cuenta son menores. Por esto se procurará reivindicar el valor del cuerpo junto con su sabiduría innata; camino que nos puede llevar, además de a una mejor calidad de vida, a niveles de mayor comprensión, compasión y aceptación hacia nuestros cuerpos, y por ende, a nosotros mismos.

Dicho esto, me cuestiono si hay alguien capaz de afirmar que no lleva en su historia recuerdos abrumadores del pasado. Huellas grabadas en el registro corporal, mental o emocional de una vivencia particular que por sus características devino traumática. Mucha es la literatura en torno al término de trauma, y en general se concuerda en que es un evento inesperado que afecta a la integridad del sujeto; es un recuerdo fijo y estático que continúa vivo en el presente moldeando nuestro accionar.

A lo largo de mi trayectoria universitaria me he interesado -tanto curricular como extracurricularmente- en distintas disciplinas que reconocen y utilizan el cuerpo como herramienta fundamental para alcanzar un mayor equilibrio y bienestar, así como vía para el autoconocimiento. Es así que llegué a la herramienta del Yoga fuera de facultad, y a la corriente de bioenergética dentro de ella.

En mi formación extracurricular, las vicisitudes de la vida me llevaron a conocer la técnica desarrollada por el Dr. Peter Levine denominada Somatic Experiencing (SE), o Experiencia Somática en español. Este es un modelo terapéutico orientado al cuerpo que puede ser aplicado por múltiples profesiones y múltiples encuadres profesionales como psicoterapia, medicina, coaching, entre otras terapias de orientación corporal. SE se sostiene en estudios multidisciplinarios dentro del área de la fisiología, psicología, etología, biología, neurociencias y técnicas de sanación que han implicado el trabajo durante décadas por parte de su fundador (Somatic Experiencing Uruguay, s.f)

El objetivo principal de este modelo es ayudar a la persona a transformar su presente mediante la resolución del trauma, ofreciendo una manera contenida, segura y gradual para liberar la energía atrapada en el cuerpo a través de la toma de conciencia de las sensaciones corporales.

Con lo dicho anteriormente, cabe destacar el carácter universal del trauma. Es algo que nos convoca a todos. Podemos hablar del trauma que sufren los veteranos de guerra, el niño que sufrió abandono o maltrato, la persona abusada e infinitos relatos en extremo duros de escuchar, y más aún de vivir. Pero es a la vez también algo cotidiano, es el relato

que lejos está del margen de la crueldad, pero que aún así deja marcas en nuestro sistema. Es, por ende, la acumulación de energía no liberada del cuerpo tras una amenaza real o percibida; pero, si bien es un hecho en la vida de las personas, no tiene por qué ser una sentencia definitiva. (Levine, 1999, 2018)

Finalmente, en cuanto al orden que seguirá este trabajo, en primer lugar se procederá a realizar un breve recorrido histórico sobre el concepto de “trauma” comenzando por Sigmund Freud para llegar a la Asociación Americana de Psiquiatría, con el objetivo así de conocer algunos modos de abordar el trauma a lo largo de los años.

Seguido a ello, se realizará una introducción al trauma abordado por las neurociencias, para luego introducir a Peter Levine y la técnica que nos convoca: Somatic Experiencing. Dentro de este capítulo se abordarán las bases de esta técnica junto con conceptos centrales y modos de aplicación en la consulta.

Para culminar, teniendo presente los cambios que nos han marcado como generación por la pandemia ocurrida en el 2020, se otorgará un espacio para pensar este evento traumatogénico, pensando así sus efectos y repercusiones en la sociedad actual.

Capítulo I. Algunas concepciones del trauma.

Freud, Fenichel y el psicoanálisis.

Es bien sabido que en la literatura actual el término “trauma” es utilizado reiteradamente tanto en la cotidianidad como en ámbitos médicos y psicológicos. Esto por un lado, permite que sea definido de múltiples modos y utilizado en diversos sentidos, lo que llevaría a cierta familiarización del término. Por otro lado, este mismo hecho conduce a una suerte de confusión en relación a qué es trauma y qué no, poniendo así en cuestión la complejidad que implica al momento de su diagnóstico, lo cual ha repercutido negativamente en su abordaje en ámbitos terapéuticos.

Dicho esto, se hace necesario revisar los orígenes del mencionado término. Para tal motivo, podemos remontarnos a finales del siglo XIX, donde en Europa -principalmente Francia e Inglaterra- comenzaron a proliferar numerosos escritos que abordaban el síndrome llamado “conmoción medular”, el cual les permitía a los investigadores ahondar en la memoria traumática a través de la sintomatología que presentaban sujetos que habían sufrido accidentes ferroviarios. (Harrington, 2001)

Estos estudios realizados por diversos autores como Oppenheim, Vibert, Janet, Freud, Charcot, entre otros, comenzaron a agruparse bajo el término de neurosis traumáticas (Uribe, Jimenez-Ruiz, et al., 2017). Luego, con el paso del tiempo, este término cobró aún mayor fuerza y relevancia tras los grandes avances que aportaron los pioneros en neurología y psiquiatría Pierre Janet, Jean-Martin Charcot y Sigmund Freud con sus estudios sobre la histeria. (van der Kolk, 2015)

Cabe aquí aclarar que la noción de trauma es aún más antigua si nos referimos a la vertiente médica, en donde este refiere a la consecuencia de “un accidente en el que se produce un golpe que causa un daño o lesión en un órgano de la anatomía, produciendo el signo observable” (Uribe, Jimenez-Ruiz, et al. , 2017, p. 198). Sin embargo, en este sentido, el trauma queda reducido únicamente a la dimensión física, dejando por fuera todo evento que produzca daños no visibles en el cuerpo.

Por su parte Freud (1893/1976) con su vertiente médica, utilizó el término “trauma psíquico” o “neurosis traumática” como analogía de trauma físico para referirse a aquellas situaciones donde si bien podía existir una lesión corporal, no se limitaban a la dimensión física ya que no podían explicarse simplemente por razones anatómicas sino que lo que produciría la sintomatología existente era producto de la intensidad de emociones y afectos como el miedo y horror experimentados en un determinado momento y que excedían al

sujeto. Asimismo planteó que para que un sujeto experimente un trauma psíquico, se debían cumplir ciertas condiciones:

tiene que ser grave, o sea, de tal índole que a él se conecte la representación de un peligro mortal, una amenaza para la existencia; empero, no ha de serlo en el sentido de que a raíz de él cese la actividad psíquica, pues en tal caso no sobrevendrá el efecto que de él esperamos; por ejemplo, no debe ir acompañado de una conmoción cerebral ni de una lesión real grave. (Freud, 1893/1976, p.30)

Esto quiere decir que el trauma psíquico es comparable al físico, pero con la diferencia que no deja un signo o huella visible a nivel físico, aunque sí debe estar relacionado a una parte del cuerpo. Y, como plantea más tarde, no se podría acceder a él a través de la observación, sino mediante la palabra (Freud, 1893/1976). Quizá este último punto, es lo primero que en futuros abordajes desde la perspectiva corporal, se podrá poner en discusión, recuperando la información que esa voz no hablada del cuerpo transmite.

Siguiendo dentro de la corriente psicoanalítica, Otto Fenichel, discípulo de Freud, describió el concepto de trauma como demasiado “relativo” por depender de factores constitucionales, de las experiencias previas del sujeto y de las condiciones imperantes antes y durante el trauma (Fenichel, 1982). Él planteó que:

La función básica del aparato psíquico es la de restablecer la estabilidad, una vez que ésta ha sido perturbada por estímulos externos. ... La incidencia de una excitación demasiado intensa para una determinada unidad de tiempo, representa el caso más simple de emergencia de esa índole. (Fenichel, 1982, p. 141)

Lo que él llama “demasiado intensa”, y que es definido, como se dijo anteriormente, por ciertas cualidades internas como la intensidad de las represiones previas, la (in)estabilidad de los conflictos previos, la historia infantil; y las condiciones externas del sujeto, por ejemplo el nivel de stress al que está sometido antes y durante el evento, se corresponde con lo que más adelante él denominó “umbral de ruptura” (Fenichel, 1982). Este umbral está en todos los sujetos, pero la diferencia radica en la facilidad con la que este puede ser alcanzado en una persona u otra.

Siguiendo con Fenichel, él también señala la característica del trauma como un hecho que sucede de imprevisto, advirtiendo así la importancia de la fantasía como función esencial para anticipar eventos futuros y por lo tanto prepararse para los mismos procurando que la violencia y excitación generada por el evento sea menos abrumadora.

En términos psicoanalíticos, la categoría que engloba lo descrito anteriormente acerca del trauma es denominada “neurosis traumática” y según Fenichel (1982), en el abordaje terapéutico de este tipo de patología:

el terapeuta puede ofrecer al paciente descanso, reaseguramiento, la satisfacción de los deseos de pasividad y dependencia, sugerencias en el sentido de tomar las

cosas con calma. Por otro lado, puede procurar catarsis, oportunidades de descarga “tempestuosa” y de volver a experimentar repetidas veces el trauma, y la verbalización y dilucidación de los conflictos implicados. ... El objetivo principal de la terapia consiste en determinar correctamente la proporción respectiva de catarsis y reaseguramiento (p. 152).

Para culminar con Fenichel y el abordaje del trauma desde el psicoanálisis, es interesante reconocer que si bien este es un acercamiento por completo distinto al que se apunta a describir en posteriores apartados, aún así se pueden encontrar puntos de convergencia entre sí. O mejor dicho, concepciones que partiendo de la misma idea, han sido redefinidas con mayor precisión. Entre estas ideas se encuentra el concepto ya mencionado de “umbral de ruptura” y con relación al objetivo de la terapia psicoanalítica de “determinar correctamente la proporción respectiva de catarsis y reaseguramiento”, se podrá pensar las semejanzas con uno de los conceptos centrales de la Somatic Experiencing que es la “pendulación”.

Otra perspectiva para pensar el trauma: Benyakar y lo disruptivo.

“Si el trauma es vacío, discontinuidad, agujero que el psiquismo no soporta, ¿cómo hablar de él? ¿cómo circunscribir el vacío, darle una forma a la nada, asir el agujero?”

(Benyakar, 2006, p.42)

Si bien Moty Benyakar también se enmarca dentro de la corriente psicoanalítica, es fundamental para comprender otros modos de pensar la teoría del trauma que se recupere su concepto de “disruptivo” como reemplazo de la palabra “traumático” o “situación traumática” que desarrolló tras años de investigación y trabajo con soldados sobrevivientes de guerra.

Sin embargo, es crucial antes de comenzar realizar la aclaración que este apartado apunta a brindar una mirada grosso modo sobre la teoría que él ha desarrollado, la cual presenta diferentes dimensiones y niveles de complejidad que hacen imposible pensar la tarea de sintetizarlas en una o dos hojas, por lo que aquí solo se presentará el nivel que refiere a los elementos teóricos generales que incluye la noción de lo fáctico, el concepto central de la teoría que es lo disruptivo y junto a ellos una breve mirada de otros conceptos como el de vivencia y experiencia. Quedando por fuera en esta ocasión el nivel psicopatológico, el metapsicológico y el técnico.

Por otra parte, podemos comenzar planteando que, más que la vana sustitución de un término por otro, este autor realiza un esfuerzo para distinguir “el hecho fáctico externo, del hecho psíquico interno” (Benyakar, 2006), tras afirmar que el uso de la palabra “traumático” ha fomentado una confusión entre lo que son las condiciones externas al sujeto, es decir las características que tiene el evento en sí, lo fáctico, con la reacción psíquica que ese evento desencadena en el sujeto, dando por hecho que todo evento no habitual, inesperado y no deseado estará indefectiblemente ligado a consecuencias devastadoras para la psiquis del sujeto.

Lo que Benyakar (2006) plantea en lugar de esta sentencia es que no todo evento con tales características devenirá traumático, sino que esas situaciones tienen la capacidad potencial de irrumpir en el sujeto y desestabilizarlo, pero para poder determinar que una situación o evento genere un impacto traumático se debe atender a las características del evento en sí, a la singularidad del sujeto (su mundo interno), y a la relación establecida entre el sujeto y el evento. A estas dimensiones de análisis las llamó “evento fáctico, vivencia y experiencia” (Benyakar, 2006, p.45).

El interesante aporte que este autor hace a la teoría del trauma radica en la importancia de pensar a estas dimensiones como un todo interrelacionado e indisolublemente ligados, siendo suficiente la falta de una de ellas para que no se pueda pensar en el conjunto y donde no es posible mediante el análisis de una de las partes aisladas determinar si efectivamente puede considerarse como una vivencia traumática o no.

Por otra parte, también es interesante pensar la idea de “potencialmente disruptivo” en su teoría, que permite restituir el rol del sujeto en un evento de carácter inesperado. Pensar un evento con determinadas características como traumático de antemano, deja al sujeto en una posición subvalorada ante la cual no es posible dar lugar a conocer su propia singularidad ante el hecho externo, cómo fue vivenciado y elaborado. Además, este error también desconoce el significado específico de la palabra “trauma” en el psicoanálisis, que es “discontinuidad que se produce en el proceso psíquico o en un modo de procesar psíquico” (Benyakar, 2006, p. 42), lo que refiere por completo al mundo interno del sujeto.

Para seguir pensando esta idea de “potencial”, es necesario definir la primera dimensión que él propone, teniendo en cuenta que esta división no es más que para facilitar la comprensión en la teoría, ya que en los hechos todas ellas actúan conjuntamente.

Como brevemente se mencionó, Benyakar (2006) define al evento fáctico como todo aquello que es externo al sujeto y que no se ve modificado por lo que él mismo piense respecto a eso. A su vez, “todo evento tiene la capacidad potencial de irrumpir en personas” (Benyakar, 2006, p. 46). Este potencial traumatogénico que tienen todos los eventos

deviene disruptivo si logra romper con el equilibrio existente y genera desorganización y discontinuidad en el proceso de internalización.

Sin embargo, lo que deviene disruptivo para un sujeto puede no serlo para otro, por lo que el autor aclara que este potencial disruptivo es relativo. Ante esta aclaración, podemos volver a pensar en la expresión utilizada por Fenichel (1982) de “umbral de ruptura”, que denota el carácter singular de cada evento. Así, ambos autores convergen en que este potencial depende también de las circunstancias en las que el sujeto se encuentre en ese momento, así como en la etapa evolutiva en la que suceda y su estructura psíquica, ya que no será igual el potencial disruptivo de, por ejemplo, el fallecimiento de una madre siendo uno ya adulto independiente que siendo un niño en período de lactancia (Benyakar, 2006).

Continuando con otras de las dimensiones, lo que el autor denomina “vivencia” se enmarca dentro del mundo interno del sujeto y hace alusión “al modo en que el impacto de lo fáctico es vivido por el sujeto y cómo establece las cualidades de procesamiento para consigo mismo y para con los otros” (Benyakar y Lezica, 2016, p. 6). Por lo tanto, esta dimensión siempre es de carácter singular.

Dentro de esta dimensión los autores definen distintos tipos de vivencia que surgen tras el proceso de articulación de un afecto con una representación. Si este proceso falla dará lugar a vivencias que pueden ser de tipo traumáticas, de vacío, de desvalimiento y de desamparo. (Benyakar y Lezica, 2016)

Luego, la tercera dimensión de análisis que Benyakar (2006) propone en su teoría es la de la experiencia. Esta no es más que la conjugación de la vivencia (siempre singular, interna) con el evento fáctico vivido (siempre externo y compartible). La experiencia a diferencia de la vivencia, es pensable, comunicable y remite al modo en que la psiquis procesó el impacto.

A modo de finalización de este apartado, resulta interesante compartir algunas conclusiones que la investigación del autor ha arrojado en relación a la psicoterapia de concepción psicoanalítica con personas damnificadas o en tratamiento por patologías por disrupción. (Benyakar, 2006)

En términos generales, plantea que la psicoterapia breve es efectiva en situaciones disruptivas agudas donde el objetivo de la terapia es la integración de la experiencia a la historia del sujeto, y el enfoque debe estar en la contención y sostén. Por otro lado, en sujetos con padecimiento crónico la psicoterapia es menos exitosa y más complicada de aplicar. (Benyakar, 2006)

A su vez resalta que el abordaje debe estar enfocado en la elaboración de esas experiencias traumáticas que el sujeto trae consigo, es decir, poner el énfasis en la articulación del evento fáctico con la vivencia propia. (Benyakar, 2006)

Y por último, es fundamental para el terapeuta un buen manejo contratransferencial ya que la contratransferencia puede presentar muchos obstáculos en el vínculo. (Benyakar, 2006)

Abordaje según la Asociación Americana de Psiquiatría.

Si nos adentramos en la terminología psiquiátrica, la respuesta psicológica provocada tras la exposición a una situación traumática fue considerada por primera vez en 1952 en la primera edición del *Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales* [DSM] de la Asociación Americana de Psiquiatría [APA], bajo el término de “Síndrome de Respuesta al Estrés” (Crespo López y Gómez Gutiérrez, 2016)

Sin embargo, no fue hasta el año 1980 tras la tercera edición del manual [DSM-3], que se consideró de relevancia clínica las consecuencias que el trauma generaba en las personas. (Carvajal, 2002)

Desde la Primera Guerra Mundial ya se pueden identificar muchos registros de pacientes catalogados como “neuróticos de guerra”, dada la presencia de síntomas que incluían “un estado extremo de hiperalerta con hipersensibilidad a los cambios de temperatura, al dolor o a los estímulos táctiles súbitos además de la respuesta emocional” (Carvajal, 2002, p.23). Sin embargo, fue luego de la Guerra de Vietnam (1964-1973), que tras la enorme cantidad de sujetos diagnosticados con el denominado “síndrome post-Vietnam”, de similares características que la neurosis de guerra; la APA incluyó un apartado denominado “Trastorno por estrés postraumático”. (Carvajal, 2002).

A lo largo del tiempo, el Manual Diagnóstico de la APA se ha ido modificando, por lo que la categoría de TEPT también lo ha hecho. En el DSM-4, publicado en 1994, el TEPT se encontraba bajo la categoría de Trastornos de Ansiedad (APA, 1994). A su vez, en esta versión se agrega el diagnóstico de Trastorno por Estrés Agudo (TEA), el cual se diferencia del TEPT por la duración del mismo (TEPT presenta síntomas durante más de un mes; TEA tiene una duración de los síntomas menor a un mes). (APA, 1994).

Por su parte, en el DSM-5, que corresponde a la última versión ofrecida por la APA, se crea un apartado específico denominado “Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés”. En este apartado, además del TEPT y TEA, se incluyen los criterios de TEPT en niños menores de 6 años, y múltiples otros trastornos como el trastorno de adaptación, trastorno de apego reactivo y demás. (APA, 2014)

Finalmente, en la tabla 1 se detallan los criterios que el DSM-V tiene en cuenta para el diagnóstico de TEPT:

Tabla 1

Criterios diagnósticos para TEPT según DSM-V

-
- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal," "No puedo confiar en nadie," "El mundo es muy peligroso," "Tengo los nervios destrozados").
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
-

-
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
 - F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes
 - G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
 - H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.
-

Extraído de: APA, 2014

Por su parte, el TEA en el DSM-V, al igual que en la versión anterior, la mayor distinción respecto al TEPT es la duración del trastorno. Mientras el TEPT indica que la duración de los síntomas es mayor a un mes, en el TEA es de tres días a un mes. (DSM-V, 2014).

Finalmente, Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz (2016) plantean en relación al TEPT, que en el DSM-5 los estresores son expuestos de forma explícita, dejando de lado la reacción subjetiva de la víctima y también son señalados cuatro núcleos de síntomas, agregando las alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo, que en la versión anterior no figuraban.

Estrés, estrés traumático y Trastorno por Estrés Postraumático

A modo de cierre de este capítulo, se considera necesario establecer la distinción entre algunos términos que, si bien se entrelazan y van de la mano con la noción de trauma, no son lo mismo y no siempre uno derivará en el otro.

En primer lugar, el término estrés fue propiamente definido por Selye, alrededor del año 1934, como “la respuesta no específica del cuerpo ante cualquier cambio, amenaza o presión ejercida sobre él ya sea desde fuerzas externas o internas. Ante esto, el cuerpo intenta recuperar nuevamente su estado normal y protegerse de un potencial daño” (Selye, 1956, p.4)

A su vez, Selye planteaba que el estrés es una característica innata de los organismos vivos; lo que lo llevó a distinguir dos tipos de estrés: eustrés, como el estrés productivo, agradable; y distrés como aquel negativo que generaba angustia y escasa eficiencia. (Naranjo Pereira, 2009).

En la actualidad esta distinción no está tan presente, siendo de uso cotidiano únicamente el término estrés. Por lo tanto, este puede definirse 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 lograrlo tiene consecuencias importantes percibidas para el sujeto” (Gonçalves Boggio, 2008, p.195)

Esta definición indica entonces, como plantea Naranjo Pereira (2009) que para que un sujeto pueda desarrollarse de manera armónica y en condiciones óptimas compatibles con su personalidad, debe existir un equilibrio que le permita procesar las demandas que sobre él se ejercen. Sin embargo, este equilibrio no es siempre alcanzado, ante lo que Selye definió la respuesta al estrés a través del síndrome general de adaptación (Gómez y Escobar, 2002).

Este síndrome contaba con tres fases: fase de alarma, cuando el cuerpo detecta el estresor; fase de adaptación, cuando el cuerpo reacciona ante el estresor; y fase de desgaste, cuando debido a la duración o intensidad del estresor las defensas del cuerpo comienzan a agotarse. (Gómez y Escobar, 2002)

El grado de estrés producido dependerá tanto del estresor como de su intensidad, frecuencia y número de estresores a la vez. Por lo que, si el estresor continúa activo a lo largo del tiempo, o por su intensidad supera el grado de respuesta de la persona, el organismo desarrollará patologías producto del estrés crónico. (Barrio, García y Ruiz, 2006) Dicho esto, queda en evidencia que no toda persona que sufre de estrés desarrollará otras patologías.

Por otra parte, como describe Rothschild (2000), para que exista estrés traumático, la persona debe haber atravesado un evento traumático que le generó estrés y este persiste por un período de tiempo.

Finalmente, la forma de estrés más extrema viene dada cuando una persona desarrolla un alto grado de estrés prolongado a lo largo del tiempo a raíz de un evento traumático, el cual le lleva a impedir el normal funcionamiento en la vida. (Rothschild, 2000) Cuando esto sucede, y a la vez comienzan a producirse otra serie de síntomas descritos por el DSM-V, como por ejemplo síntomas de intrusión como recuerdos y/o sueños angustiosos asociados al suceso traumático; evitación persistente de estímulos que se asocian al suceso traumático; alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, etc; es que se aplica el término de TEPT. (APA, 2014)

Capítulo II. El trauma se aloja en el cuerpo

El trauma visto por las neurociencias

“¿Cómo saber tanto algún día sobre el cerebro, la mente y el amor como lo que sabemos de los otros sistemas que componen nuestro organismo?”

(van der Kolk, 2015, p.14)

Conocer y comprender la anatomía del cerebro, al igual que su funcionamiento en condiciones normales es fundamental para luego entender qué sucede en condiciones alteradas como lo es el trauma y TEPT. Dicho esto, es pertinente realizar un brevísimo recorrido por el trauma desde la lupa de las neurociencias. Es decir, describir qué sucede en el cuerpo cuando una persona enfrenta un evento traumático que no logra ser elaborado.

El neurocientífico Joseph Ledoux en su libro *El cerebro emocional* plantea que “los diferentes tipos de conducta emocional representan diferentes tipos de funciones que se encargan de diferentes tipos de problemas en el animal ...*[Por lo que]* las emociones deberían estudiarse como unidades funcionales independientes” (LeDoux, 1999, p.140) Ante esta hipótesis, él escoge el mecanismo cerebral del miedo. Para él, la función de este no es provocar miedo, sino que es un mecanismo propio del organismo que permite detectar el peligro, para así crear respuestas de defensa que aumenten la probabilidad de sobrevivir ante una situación amenazante (LeDoux, 1999).

En la actualidad, es sabido que como animales humanos, ante una amenaza real o percibida, el cerebro automáticamente provoca toda una serie de reacciones para proteger la integridad del mismo. Con este fin, el organismo se prepara para la lucha si se evalúa como posible ante la amenaza presente; para la huida si la amenaza es mayor o, en última instancia; para el congelamiento si no se conciben otros modos de protección y la muerte es inminente (van der Kolk, 2015). Cuando esto sucede, una gran cantidad de hormonas es liberada por el cuerpo con el objetivo de prepararlo para una de estas respuestas, produciendo así diversos cambios que van desde el aumento del ritmo cardíaco y respiratorio, la tensión muscular, la dilatación de las pupilas, liberación de adrenalina y noradrenalina, etc. (Goncalvez-Boggio, 2008)

LeDoux (1999) observó que la respuesta al miedo puede ser producida por vías donde la participación de mecanismos cerebrales superiores (responsables del pensamiento, razonamiento, consciencia, etc) es nula, lo que permite entender el carácter involuntario y automático de estas reacciones. A su vez, esto permite aceptar “la idea de

que el cerebro emocional y el «cerebro verbal» puedan funcionar a la vez pero con códigos diferentes, lo cual implica que no se comunican necesariamente entre sí” (LeDoux, 1999, p. 109)

Por otra parte, también se ha observado que si durante la amenaza, el cuerpo se ve imposibilitado o bloqueado de responder, el cerebro continúa enviando señales de que se encuentra en peligro, por lo que “la secreción de sustancias químicas del estrés y los circuitos eléctricos del cerebro siguen encendiéndose en vano” (van der Kolk, 2015, p. 60).

Además de esto, el almacenamiento e integración de la información no ocurrirá de forma adecuada, por lo que esa energía y activación fisiológica continuarán presentes indefinidamente, y la experiencia no será organizada en una narrativa lógica y coherente sino como impresiones sensoriales y emocionales desconectadas que continuarán repitiéndose en el presente hasta que de alguna forma sean concluidas. (van der Kolk, 2015)

Retomando con LeDoux (1999), en su búsqueda por comprender con mayor profundidad la respuesta al miedo, descubrió que el núcleo amigdalino -estructura ubicada en el interior del lóbulo temporal medial- es el cimiento del mecanismo del miedo. Esta estructura recibe información mediante un amplio abanico de vías, entre las que se encuentra la información recibida por el tálamo, la corteza sensorial, etc; hecho que le permite participar en la evaluación del significado emocional tanto de estímulos individuales como de situaciones complejas (LeDoux, 1999) A su vez, junto con el hipocampo, estas estructuras son las responsables de, por un lado procesar y almacenar algunas emociones, y por otro, ubicarlas en la línea temporal del sujeto (van der Kolk, 2015).

El hipocampo recibirá la información de la amígdala y la contrastará con experiencias del pasado para así comprender esa nueva experiencia dentro de la memoria y línea de tiempo de la historia del sujeto, enmarcándola con un comienzo, desarrollo y final. (van der Kolk, 2015)

Estas dos estructuras tienen un papel crucial en las personas afectadas por un trauma, ya que una de las características principales de las mismas es la incapacidad de colocar el trauma como una historia con principio y fin en el pasado, por lo que este continúa reviviéndose una y otra vez en el presente mediante sensaciones físicas, imágenes, emociones y sensaciones que invaden la totalidad del cuerpo y la mente generando terror, rabia e impotencia. (van der Kolk, 2015)

Hasta ahora, se ha visto entonces que la mayoría de nuestras respuestas ante el peligro no responden a un accionar consciente, sino que son reacciones automáticas. Sin embargo, la cognición también es fundamental en el mecanismo del miedo ya que, como plantea LeDoux (1999), aporta la capacidad para tomar decisiones sobre la siguiente acción con la que se debe proceder, teniendo presente la situación en la que nos encontramos en

ese momento. Es decir, la reacción o respuesta automática del núcleo amigdalino será seguida por la respuesta planificada a nivel cognitivo.

Aunque la respuesta brindada por el núcleo amigdalino es más rápida que la respuesta razonada, no es más que una solución de emergencia (LeDoux, 1999) Tras esta, es necesario que los recursos cognitivos se orienten hacia el problema emocional, logrando controlar esa primera reacción del cuerpo. Para esto, los lóbulos frontales -entre otras estructuras- tomarán mayor tiempo para evaluar el estímulo y la situación con el objetivo de restaurar el equilibrio si se reconoce que la amenaza no es grave y así devolver al cuerpo a su estado de relajación. (van der Kolk, 2015) Por ende, tanto las respuestas brindadas por el núcleo amigdalino como las brindadas por las estructuras cerebrales superiores mantienen un sano equilibrio. (van der Kolk, 2015)

Sin embargo, van der Kolk (2015) plantea que en aquellas personas que han atravesado un evento traumático y que padecen TEPT, este equilibrio entre la cognición y el cerebro emocional es afectado, ya que ante la imposibilidad de completar la respuesta durante el evento, el cerebro emocional continúa enviando mensajes de alerta. Estos mensajes son traducidos a nivel corporal por diversos síntomas propios de este trastorno, como por ejemplo problemas de memoria y de atención, disociación, hipo o hiper activación, flashbacks del suceso y/o rememoraciones, irritabilidad, trastornos del sueño y por supuesto, niveles de estrés altamente elevados (van der Kolk, 2015).

Finalmente, se puede afirmar que si un organismo queda atascado en el modo de supervivencia tras un evento que no pudo llegar a su resolución de forma adecuada, sus energías continuarán enfocadas en luchar contra ese enemigo invisible que parece expresarse por una infinidad de sensaciones atormentadoras y angustiosas, lo que tiene por consecuencia que sea arrebatada la sensación de control sobre uno mismo. Ante esto, el sujeto queda atascado en un evento que parece no tener un espacio en la línea de tiempo, sino que sigue perpetuándose en el presente trayendo consigo el alto costo de la pérdida de espontaneidad en la vida, la dificultad para sentir placer en las tareas cotidianas, la crianza, los cuidados, el amor, el juego, la creatividad y la incapacidad de absorber nuevas experiencias (van der Kolk, 2015).

Una introducción a los modos de procesar información

En la actualidad, gracias a los inmensos avances que han habido en el área de las neurociencias y neurobiología, sumado a los avances tecnológicos que permitieron nuevas técnicas de imágenes cerebrales, se ha llegado a descubrir cómo el cerebro procesa la información. Dentro de esto, también se descubrió que el cerebro presenta dos mecanismos o procesos presentes en la modificación de la conducta y que son producto de la interacción

interhemisférica y cortico-subcortical. Uno de ellos es lo que se ha denominado como procesamiento o efecto top-down (de arriba hacia abajo), y la otra es el procesamiento bottom-up (de abajo hacia arriba). (Valdivieso-Jiménez y Macedo-Orrego, 2018).

En base a esto, van der Kolk (2015) plantea que hoy en día se utiliza la propia neuroplasticidad del cerebro para ayudar a los sujetos traumatizados a sanar a través de estas vías. Entonces, plantea que las terapias tradicionales habladas tienden a la utilización del enfoque arriba-abajo ya que buscan restablecer la conexión con el entorno y las personas dando información sobre qué sucede mientras los recuerdos traumáticos son procesados, lo que implicaría la puesta en marcha de regiones cerebrales más desarrolladas como la corteza frontal. (van der Kolk, 2015)

Por otra parte, la otra vía para ayudar a liberar las emociones atrapadas por el trauma es mediante el procesamiento abajo-arriba, donde el objetivo es cambiar la fisiología del sujeto desde su Sistema Nervioso Autónomo y la relación que establece con todas esas sensaciones corporales que lo abruman, dando lugar a que el cuerpo tenga experiencias que “contradigan profunda e instintivamente la impotencia, la rabia o el colapso resultantes del trauma” (van der Kolk, 2015, p.15). Asimismo, este tipo de regulación procura que el sujeto se haga progresivamente más consciente de sus sensaciones corporales y emociones a través de la observación de lo que está sucediendo en él en ese momento. Por ende, esta vía pone en juego otras áreas del cerebro que son de predominio subcortical, lo que progresivamente influiría sobre funciones cognitivas corticales (Valdivieso-Jiménez y Macedo-Orrego, 2018).

Tomando como principio este modo de procesamiento, es posible enumerar algunos modelos terapéuticos. Si bien estos presentan algunas diferencias entre sí, presentan como característica común que proponen la aceptación y a la vez la reconstrucción del horizonte de la vida. Dicho de otro modo, buscan abandonar la lucha contra los síntomas para en su lugar reorientarse hacia la vida y el contexto de la persona (Álvarez, 2006).

Dentro de estos enfoques podemos clasificar los abordajes que corresponden, según Hayes (2004), a la tercera generación o tercera ola. Se le denomina tercera generación a las terapias de tipo conductual o cognitivo-conductual que surgen en los años 90 y “cuyos principios filosóficos están basados en una visión pragmática, determinista, idiosincrática, fenomenológica, no mentalista y holística o contextual” (Murcia y García, p.98, 2015).

Sin embargo, a pesar de compartir muchos principios, a la hora de la práctica, sus modos de intervención y dinámicas suelen diferenciarse notoriamente, algunos enfocándose más sobre los aspectos cognitivos, otros conductuales, relacionales, etc. (Barraca Mairal, 2009).

Algunas terapias propias de la tercer ola son: Terapia de Aceptación y Compromiso; Psicoterapia Analítica Funcional; Terapia de Conducta Dialéctica; Terapia Conductual Integrada de Pareja; Terapia de Activación Conductual; Terapia Cognitiva con base en Mindfulness y otras variantes de la Terapia Cognitivo-Conductual. (Álvarez, p.168, 2006)

Por otra parte, un abordaje terapéutico que también merece ser mencionado es el denominado “desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares” o EMDR por sus siglas en inglés. Según su autora, Francine Shapiro (2014),

“por medio de la activación del sistema de procesamiento de la información del cerebro, los viejos recuerdos pueden llegar a digerirse. Esto significa que lo que es útil se aprende, lo que no es útil se descarta y el recuerdo se almacena de manera que ya no resulta perjudicial” (p.15)

Finalmente, fuera del ámbito puramente psicológico, podemos igualmente concebir otras herramientas que pueden ser utilizadas con fines terapéuticos y que también utilizan la vía de abajo-arriba para generar cambios. Dentro de estas se incluyen, entre otras, el yoga y el teatro (van der Kolk, 2015). Según van der Kolk (2015), estos tratamientos “no solo pueden regular intensos recuerdos activados por el trauma, sino que también restauran la sensación de agencia, la interacción y el compromiso a través de la apropiación del cuerpo y la mente” (p.245).

Capítulo III. Levine y la Experiencia Somática.

“La solución no es encontrar una salida. La solución está en relacionarse con el movimiento interior. Una vez que se convierta en un movimiento consciente, cambiará por sí mismo”

(Thomas Hübl, 2021)

Como dice van Der Kolk (2015), el trauma no es solo un acontecimiento que se produjo en algún momento del pasado; es también una huella en la mente, el cerebro y el cuerpo. Por lo tanto, en este capítulo se introducirá otro modelo terapéutico que utiliza la vía de procesamiento abajo-arriba. Es decir, un modelo terapéutico donde su enfoque radica en conectar con la sabiduría del cuerpo, la cual conducirá a la curación de un trauma. (Levine y Frederick, 1999)

La Experiencia Somática (ES) es un enfoque naturalista desarrollado por el Dr. Peter Levine, PhD en Física Médica y Psicología, en la década de los 90; fruto de una

investigación de más de cuarenta años donde concibe al trauma no como una patología a ser tratada, sino como “el resultado de un proceso natural que se ha sesgado” (Levine y Frederick, 1999, p. 18).

Durante todos los años de investigación, Levine recorrió una gran variedad de campos desde la fisiología, neurología, comportamiento animal, psicología y demás. Hecho que lo llevó a afirmar que el trauma reside en la fisiología del cuerpo, por lo que para curarlo no es suficiente la psicología tradicional que lo aborda únicamente a través de los efectos en la mente sino que se debe dar lugar a la sabiduría innata que el cuerpo tiene. (Levine, 2020)

Tras su detallada observación del comportamiento instintivo de los animales en sus ambientes naturales, Levine llegó a la conclusión de que si bien casi todos los animales de la naturaleza están dotados de un sistema nervioso con similares respuestas para la supervivencia, solo es el animal humano quien de forma habitual desarrolla prolongadas secuelas traumáticas (Levine y Frederick, 1999; Levine, 2020). Dada esta observación es que se pregunta por qué como seres humanos somos incapaces de aprovechar plenamente la eficacia de este sistema que nos protege.

La respuesta a la que él llega, que es fundamento de la técnica que desarrolla, es que como animales humanos nos hemos alejado de nuestra propia naturaleza (Levine, 2020). No es un sistema nervioso defectuoso que nos hace quedar atascados en el trauma constantemente, sino un modo de vida veloz y desconectado que, junto a un neocórtex inmensamente evolucionado y complejo, nos lleva a interferir en nuestros propios instintos y respuestas generadas por el cerebro reptil, bloqueando así el movimiento y la energía que eran necesarios ser ejecutados en el momento donde tuvo lugar el trauma. Sin embargo, si bien el neocórtex a través del miedo y exceso de control es capaz de interferir en estas respuestas, no puede nunca anularlas por completo (Levine y Frederick, 1999).

Tras la obtención de esta respuesta es que él sostiene que los síntomas traumáticos no son consecuencia directa del suceso que los provoca, sino que son consecuencia del residuo de energía atrapada en el cuerpo que no ha podido ser resuelta ni descargada (Levine y Frederick, 1999). Esta energía residual no desaparece así como así del cuerpo, sino que es transformada en múltiples síntomas por demás conocidos como la ansiedad, depresión, diversos problemas psicosomáticos y de comportamiento.

A su vez, si bien los síntomas del trauma también pueden ser particulares a cada caso, Levine y Kline (2016) plantean que se pueden observar algunos síntomas universales de trauma, los cuales son: “1) hiperactivación, 2) opresión, 3) disociación e 4) insensibilidad y bloqueo (o parálisis), lo que genera una sensación de impotencia y desesperanza” (p.36)

Ante esto, y de modo esperanzador, el autor plantea que como animales también “disponemos de mecanismos inherentes para responder y acercarnos a una resolución

natural del trauma” (Levine y Kline, 2016, p.97). Pero el único modo que tenemos de acceder a estos recursos curativos no es a través de la experimentación intensa de la emoción, sino que es a través de dirigir la conciencia a la sensación corporal ya que estas actuarán como guía para mostrar dónde en el cuerpo el trauma es experimentado.

Dentro de la Experiencia Somática, es fundamental tener clara la distinción entre lo que es emoción y sensación. La sensación es una experiencia física y simplemente describe como el cuerpo se siente tanto interna como externamente, sin interpretar o juzgar. Accedemos a ella a través de llevar la atención a nuestro sistema interoceptivo, que nos brinda información tanto propioceptiva como visceral, kinestésica y vestibular. A través de esta conciencia enfocada, se le permite al cuerpo volver a armar y completar aquellas acciones y movimientos de protección que no fueron concluidas y por lo tanto quedaron enraizadas en lo más profundo del sistema nervioso. (Levine, 2020)

Algunos ejemplos dentro de la infinidad de sensaciones que somos capaces de percibir son, calor/frío, agitado/tranquilo, tenso, tembloroso, relajado, erizado, sudado, energizado, etc.

Por su parte, las emociones, explica Levine (Levine y Kline, 2016), también tienen una base fisiológica y por lo tanto una carga energética; pero la diferencia radica en que son una combinación de pensamientos y sensaciones.

A fin de comprender estos dos conceptos con mayor profundidad, se introducirá el modelo SIBAM que los explica con detenimiento.

Modelo SIBAM

Para brindar un mayor entendimiento sobre cómo se forma una experiencia -ya sea de tipo traumática o de triunfo- en los sujetos, Levine desarrolló el modelo SIBAM, con el cual explica que toda experiencia interna de un individuo está compuesta por cinco canales: Sensación, Imagen, Comportamiento (de la traducción del inglés “Behavior”), Afecto y Significado (del inglés “Meaning”).

Este modelo se basa en el procesamiento -visto anteriormente- “desde abajo hacia arriba”, ya que busca guiar al sujeto a través de los sistemas cerebrales comenzando por el más primitivo para finalizar con el más complejo. Es así entonces que toda sesión incluye el rastreo de las sensaciones corporales, para luego ir avanzando a la imagen asociada a esas sensaciones, la emoción (afecto) y finalmente el significado; aunque estos componentes no siguen un orden lineal sino que, muchas veces puede estar uno presente de forma predominante u otros ausentes, pero sin importar cuál predomine, durante la sesión siempre se busca volver a la sensación corporal de ese momento. Por otro lado, el

componente del comportamiento está presente en todo momento y es el único que es observado directamente por el terapeuta. (Levine, 2020)

En un estado no traumatizado, estos elementos conforman un todo coherente, continuo y fluido que responde de forma apropiada para el momento presente (Levine, 2020). Sin embargo, cuando es experimentado un evento traumático, lo que sucede es que estos cinco componentes se pueden fragmentar, vincular entre sí de forma excesiva (sobre acoplamiento) o disociar por completo (sub acoplamiento). Cada uno de estos procesos serán detallados con profundidad posteriormente.

Sin entrar en gran profundidad, se describirán cada uno de estos canales (Levine, 2018, 2020):

- **Sensación:** se refiere a todas las sensaciones físicas interoceptivas que surgen en el cuerpo. Dentro de este canal hay distintos subsistemas que envían información, estando algunos más al alcance de la consciencia y otros más alejados. En ese orden encontramos las sensaciones kinestésicas (señalan el estado de tensión de los músculos), propioceptivas (aportan conciencia sobre la posición del cuerpo y sus articulaciones en el espacio) vestibulares (complementan a los subsistemas kinestésicos y propioceptivos brindando información sobre la aceleración y desaceleración del cuerpo) y las más difíciles de detectar conscientemente, las viscerales (información proveniente de las vísceras -corazón, intestinos, pulmones- y los vasos sanguíneos).
- **Imagen:** refiere a las impresiones sensoriales externas, es decir, todo estímulo proveniente del exterior del cuerpo que llega en forma visual, gustativa, auditiva, olfativa y/o táctil y que es incorporado en el cerebro como memoria sensorial, llegando a ser una imagen intrusiva si se refiere a un hecho traumático.
- **Comportamiento:** como se mencionó anteriormente, es el único canal que el terapeuta puede observar directamente mediante la lectura del lenguaje corporal. A través de este, el terapeuta puede deducir ciertos estados internos del sujeto. Al igual que en el canal de la sensación, dentro del lenguaje corporal también hay acciones/movimientos que son voluntarios, superficiales y conscientes, mientras que otros escapan a la consciencia del sujeto. En tal orden el terapeuta puede observar: gestos voluntarios; expresiones emocionales/faciales; postura; señales autónomas del sistema cardiovascular y respiratorio como por ejemplo cambios en la respiración, el ritmo cardíaco y los cambios de color en la piel; comportamiento visceral -detectable a través de los sonidos estomacales-; y finalmente, comportamientos arquetípicos que incluyen gestos involuntarios y posturas con significados universales como los mudras (posturas con las manos). En este canal,

se debe tener siempre presente que estos cambios deben ser pensados en su contexto y en concordancia con lo que el individuo está experimentando en ese momento.

- **Afecto:** hace referencia a las emociones categóricas de miedo, rabia, tristeza, alegría y asco; y por otro lado, a los sentimientos que se basan en las sensaciones sentidas de atracción y evasión, bueno y malo.
- **Significado:** refiere a la etiqueta que es puesta a la totalidad de la experiencia tras la combinación de todos los elementos anteriores y actúa como un “indicador descriptivo que usamos para lograr un rápido manejo de todo el espectro de una experiencia interna para poder comunicársela a otros” (Levine, 2020, el canal Significado, párr. 1) Es tarea del terapeuta ayudar al individuo a crear nuevos significados en torno a esa experiencia traumática permitiendo así que las viejas creencias negativas sean renegociadas durante el proceso.

Dinámicas de acoplamiento

Como se mencionó anteriormente, los diferentes componentes del SIBAM establecen relaciones entre sí, lo que es denominado dinámicas de acoplamiento en Experiencia Somática.

Las dinámicas de acoplamiento sanas entre estos elementos implica la existencia de flexibilidad, congruencia y variabilidad. Esto quiere decir que, aunque los elementos se ligan entre ellos, no están completamente adheridos impidiendo la posibilidad de explorar otros resultados posibles. Esta característica de flexibilidad permite un grado de resiliencia dentro del Sistema Nervioso Autónomo que a su vez da lugar al desarrollo de la creatividad y curiosidad, y por ende, se evita la creación del trauma. (Levine, 2020)

Sin embargo, esto no sucede así siempre. En las situaciones que se vuelven traumáticas, el SNA “moviliza ciertos montajes específicos que devienen fijos, invariables y rígidos y los inscribe en la memoria procedural a largo plazo” (Gonçalvez Boggio, 2015 p.9). Esto quiere decir que un estímulo se enlaza de forma estática y muy estrecha a una respuesta determinada, lo que lleva a la anulación de los comportamientos de orientación habituales, y por lo tanto, a la incongruencia e inflexibilidad entre la respuesta del cuerpo y el estímulo captado.

A modo de ejemplo podemos pensar en una persona que sufre un pequeño accidente automovilístico. Lo que recuerda esa persona es el sonido de los frenos del auto (correspondiente al elemento imagen) y junto a eso solo recuerda sentir el corazón latiendo muy rápido (sensación). En una dinámica de acoplamiento traumática, esta persona, luego de lo ocurrido y ya pasado un período de tiempo, cada vez que escucha un auto frenar

comienza a experimentar mucho nerviosismo, los latidos de su corazón se aceleran y todo su cuerpo se activa, aunque la misma esté en un lugar fuera de peligro.

En este ejemplo el sonido de los frenos es denominado disparador, que se refiere a todos aquellos estímulos que, de forma consciente o inconsciente, sugestionan al sujeto al punto de que este perciba una amenaza en ese momento, tras haberlo conectado con su propia vivencia traumática pasada.

Tipos de acoplamiento

Dentro de las dinámicas de acoplamiento traumático, es posible encontrar un sobre acoplamiento o un sub acoplamiento. En el primero, los elementos de la experiencia tienden a estar sobre asociados y alterados, mientras que en el segundo tienden a estar disociados y desorganizados. Estos mecanismos que crea el SN tienen como propósito mantener la activación controlada evitando o minimizando en su defecto, la sobrecarga. Sin embargo, estas dinámicas demandan mucha energía del sujeto, por lo que como se mencionó anteriormente, la flexibilidad y creatividad propia del ser humano comienza a verse limitada y reducida. (Levine, 2020)

- **Sobre acoplamiento:** implica un patrón donde dos o más elementos del SIBAM se asocian entre sí en respuesta a una activación generando una secuencia fija, predecible e inmutable. Esta dinámica se asocia con altos niveles de excitación y un claro ejemplo de sobre acoplamiento son los llamados ataques de pánico donde múltiples respuestas y síntomas están tan ligados que parecen ser una sola cosa. En el trabajo con sobre acoplamiento, el objetivo será comenzar a separar una a una esas asociaciones desacelerando el proceso de conexiones que trae el sujeto mediante el rastreo de los disparadores y detenerlos antes de que vuelvan a acoplarse con la siguiente parte de la escena. Esto quiere decir que se “apunta a (re)construir relaciones entre los niveles de complejidad del yo, a desarrollar la integración del sí mismo y su reinscripción en el vínculo interpersonal” (Gonçalves Boggio, 2015, p.10). Y como resultado de esta desaceleración y reconstrucción, la activación que subyace comenzará a emerger dando lugar a una descarga que permitirá la descompresión de todo el SN.
- **Sub acoplamiento:** esta dinámica podría describirse como el efecto contrario al anterior. En este mecanismo es característico la falta de conexión coherente entre los elementos del SIBAM. El mecanismo que subyace es el de tomar distancia con estos elementos para así hacer posible la asimilación de la experiencia traumática.

Es fundamental tener presente que el sub acoplamiento no quiere decir que no hay energía contenida, sino todo lo contrario: la activación fue muy intensa y las respuestas de lucha o huida fueron inútiles, por lo que el cuerpo como último intento por mantenerse íntegro y no fragmentarse se congela y disocia desconectando la fisiología ante tal sobrecarga. Un ejemplo de sub acoplamiento son las experiencias de disociación tanto del cuerpo entero como de partes del cuerpo donde la persona asegura no sentir un miembro de su cuerpo o sentirlo anestesiado, sin posibilidad de movimiento; o ante la imposibilidad de traer un evento a la memoria.

En este caso, el objetivo será ayudar al sujeto a construir conexiones, juntar las piezas que parezcan tener similitud. Es importante recordar que pueden haber conexiones evidentes para el terapeuta pero no así para el sujeto, por lo que se debe mostrar al mismo todas estas conexiones que salen en la sesión, al igual que se debe recuperar información de sesiones anteriores si es el caso. Es un proceso que debe ser realizado con suma lentitud ya que cada pieza desconectada al volver a la conciencia puede traer niveles de activación y sobrecarga muy altos. En síntesis, el terapeuta deberá ser capaz de:

- a) restablecer los límites corporales;
- b) restablecer la sensación corporal al salir progresivamente del entumecimiento;
- c) tolerar la emergencia de las impresiones que estaban desconectadas de la consciencia (por ejemplo: dolor, ansiedad, tensión o síntomas específicos).
- d) Desacoplar/desasociar las emociones (por ejemplo el sentimiento de terror) de la postura de congelamiento.” (Gonçalvez Boggio, 2015 p.9)

Cualquiera sea el caso, es necesario que el terapeuta trabaje siempre en el aquí y ahora trayendo la conciencia a la sensación corporal y pueda educar al sujeto para que este comprenda la totalidad de la experiencia. Asimismo, no es menor aclarar que estas dinámicas no serán encontradas en la clínica de forma pura sino que los sujetos con al menos una mínima capacidad para autorregularse tenderán a moverse entre el espectro de sub y sobre acoplamiento como parte del proceso natural de renegociación del trauma. En palabras de Levine (2020):

Como sanador, la tarea del terapeuta consiste en darse cuenta de qué elementos del SIBAM que presenta el cliente son modelos antiguos, condicionados e inútiles y cuales faltan totalmente por estar ocultos de forma inconsciente. Cuando podemos leer ese mapa, podemos ofrecer las herramientas somáticas para liberar al cliente, enredado en esas asociaciones fisiológicas habituales del pasado. De esa forma,

por fortuna, a las personas se les restituye una forma sana, flexible y dinámica de relacionarse con todas las nuevas experiencias que la vida trae. (Trabajar con los cinco elementos de SIBAM, párr. 5)

Finalmente, como se ha visto a lo largo de este capítulo, para poder abordar y resolver el trauma desde la perspectiva de la Experiencia Somática, es imprescindible “ser capaces de contactar y experimentar voluntariamente esas sensaciones físicas intimidantes ... y afrontarlas el tiempo suficiente como para que se muevan y cambien” (Levine, 2020, de la parálisis a la transformación, párr. 2). Es por lo tanto, el sentido de la percepción el vehículo utilizado para poner en marcha esas potentes fuerzas que subyacen a los síntomas traumáticos, y así poder comenzar lo que Levine (1999, 2018, 2020) llamó el viaje del héroe, o renegociación del trauma.

Renegociar el trauma

Hasta lo que se ha visto, la resolución del trauma es concretada cuando se logra trabajar con ese impacto no resuelto que surge a raíz de una situación amenazante y que permanece estancado dentro del SN. Desde la perspectiva de ES, revivir la experiencia traumática a través del relato detallado y minucioso y de la catarsis emocional, en el mejor de los casos suele carecer de importancia, y en el peor, puede generar efectos adversos. Dentro de estos, revivir la experiencia de este modo puede provocar una sobreactivación del SN al punto que las respuestas fisiológicas que fueron incompletas en aquel momento vuelvan a ser impedidas en el momento presente. Si esto sucede, esa energía atrapada continúa en aumento al punto de provocar como trágica consecuencia la consolidación y cronicidad de esas respuestas traumáticas, llevando al sujeto nuevamente a experimentar sensaciones de miedo y desvalimiento. Cuando esto ocurre, el círculo del trauma se continúa perpetrando y genera la retraumatización, que conlleva un alto costo de energía para la persona (Levine y Frederick, 1999).

Por otro lado, desde la perspectiva del terapeuta, el relato detallado y análisis de la situación tampoco resultará de sumo beneficio. En palabras de Herman (2004):

El trauma es contagioso. En el rol de testigo del desastre o la atrocidad, el terapeuta, a veces se ve emocionalmente abrumado. Él o ella experimentan en menor grado el mismo terror, rabia y desesperación que el paciente ... El terapeuta también comparte empáticamente la experiencia de impotencia del paciente. Esto puede llevar al terapeuta a subestimar su capacidad, o a perder de vista las fortalezas y recursos del paciente ... Cuanto más el terapeuta acepte la idea de que el paciente es impotente, más perpetúa la transferencia traumática y más le quita poder al paciente (pp. 140-142).

A su vez, la renegociación tampoco implica desaprender las consecuencias aprendidas del trauma, sino ayudar al sujeto a que tome consciencia de que las sensaciones desagradables son pasajeras y que también con su cuerpo puede experimentar placer, el cual le permitirá contradecir las sensaciones abrumadoras de indefensión del pasado. Tras conectar con el placer, este proceso permitirá que el sujeto restaure los recursos que se vieron disminuidos como resultado del trauma.

Teniendo en cuenta la poca pertinencia de la catarsis emocional y el relato hablado para la ES, Levine (2018) plantea que la renegociación “se trata de una reconsideración gradual y ajustada de los diferentes elementos sensoriales y motores que componen el engrama traumático concreto” (p.76). Esta forma de intervención entonces busca reestructurar el material traumático trayendo, desde la memoria implícita a la explícita, los recuerdos procedimentales asociados a estados irregulares del SNA que el cuerpo guarda, para luego restaurar y completar esas respuestas que estaban activas y así darles un lugar dentro de la narrativa de vida del sujeto.

Para tal objetivo el fundador desarrolló nueve pilares básicos y fundamentales en la renegociación de un recuerdo traumático. Si bien estas herramientas no son lineales, rígidas o unidireccionales, es aconsejable que los primeros tres pasos se desarrollen en primer lugar y en su secuencia para poder construir el proceso sobre tierra firme (Levine, 2020, de la parálisis a la transformación, párr. 3)

1. Establecer un entorno de relativa seguridad
2. Apoyar la exploración inicial y la aceptación de las sensaciones
3. Establecer oscilación y contención
4. Titulación
5. Restaurar las respuestas activas
6. Desacoplar el miedo de la inmovilidad
7. Resolver estados de activación estimulando la descarga de la energía de supervivencia movilizada
8. Restaurar la autorregulación y el equilibrio
9. Reorientar hacia el aquí y ahora

Establecer un entorno seguro

El simple hecho de llegar a una sesión, es de por sí una experiencia que puede resultar activadora, y más aún si la persona ya parte de niveles de estrés más elevados por múltiples experiencias traumáticas. Es total responsabilidad del terapeuta poder crear un espacio de contención para el sujeto basado en la resonancia mutua, la seguridad, la

esperanza y la posibilidad de recuperación. Sin esta base, el SN del sujeto no podrá autorregularse y sentirse en un espacio seguro y confiado para lanzarse al trabajo terapéutico. Es por lo tanto fundamental que esta alianza se solidifique, ya que permitirá sintonizar con las sensibilidades y necesidades del sujeto (Levine, 2020) En este punto es pertinente que tanto el terapeuta como el sujeto se tomen un tiempo que les permita enraizar con el aquí y ahora, a fin de estar presentes con relativa calma y tranquilidad.

A su vez, el terapeuta debe tener en mente que su presencia debe ser un 50% en el sujeto y un 50% en sí mismo. De este modo, evitará verse absorbido por el vórtice traumático del sujeto -entendido este como "todas las reacciones traumáticas involucradas en el trauma original" (Gonçalvez Boggio, 2019, p. 105) - y las sensaciones y activaciones que este esté experimentando. Si el terapeuta puede durante la sesión volver a sí mismo, a su eje, tendrá mayor facilidad para sostener desde su serenidad y ecuanimidad el proceso del sujeto, a la vez que el espacio seguro y contenido que es necesario para que este pueda inspeccionar sus sensaciones corporales positivas y negativas.

Apoyar la exploración inicial

Este paso podría decirse que es el que inicia la sesión propiamente dicha. En este punto se fomenta que el sujeto comience a explorar lenta y gradualmente las sensaciones presentes en su cuerpo, tanto las agradables como las que resultan más difíciles de aceptar. En personas muy traumatizadas, el simple hecho de explorar las sensaciones corporales puede resultar una tarea enorme ya que progresivamente han ido alejándose de las mismas cada vez más, tras concebir a su cuerpo como el verdadero enemigo por experimentar sensaciones negativas tan difíciles de asimilar y que parecieran no tener fin.

Sin embargo, el conectar con sensaciones abrumadoras sin estar preparados y sin aún ser capaz de autorregular las mismas, puede resultar contraproducente. Para que esto no ocurra, primero se ayuda a la persona a que contacte con sus recursos que faciliten un acceso seguro a las sensaciones y emociones que durante el hecho traumático fueron abrumadoras.

Levine y Kline (2016) definen a los recursos como "cualquier tipo de apoyo que ayudan a lograr un bienestar físico, emocional, mental y espiritual. Pueden ser obvios o estar ocultos. Pueden estar activos u olvidados. Pueden ser externos, internos o ambos" (p. 119)

Dentro de los recursos internos se incluye la actitud psicológica, la experiencia, las respuestas instintivas (Levine y Frederick, 1999) pero también todo lo referido a características y cualidades de la personalidad, dones, talentos, creencias espirituales, imágenes internas y demás.

Por su parte, los recursos externos son todo aquello que el entorno puede ofrecer para aportar mayor seguridad y contención (Levine y Frederick, 1999). En esta categoría se puede encontrar personas importantes para el sujeto ya sean familiares o no, mascotas, otros animales, colores, objetos, espacios de la naturaleza, etc.

Establecer oscilación/pendulación

Una vez que el espacio de contención está firmemente establecido y la persona ya contactó con sus recursos para poder navegar en sus sensaciones, es momento de comenzar la pendulación, también denominada oscilación.

Este término hace referencia “al ritmo natural de contracción y expansión inherente dentro de nosotros que nos guía continuamente entre las sensaciones, emociones e imágenes incómodas y cómodas, permitiendo que emerjan nuevas experiencias y significados” (Levine y Kline, 2016).

La importancia de la pendulación radica en que le permite al sujeto comprender que las sensaciones son siempre pasajeras y cambiantes, por lo que no importa qué tan intensa y desagradable sea la sensación, ella no permanecerá así para siempre. Este simple proceso permite reconectar al sujeto con la esperanza de poder sanar y con su propia potencia para hacerlo. Además de esto, suele ser un primer acercamiento a la comprensión de que mediante todas esas sensaciones, emociones y síntomas, el cuerpo también estaba intentando sanarse a sí mismo tras poner en marcha todos sus mecanismos inherentes orientados a superar los obstáculos y restablecer el equilibrio interno, aunque no sea un proceso fácil de atravesar.

En personas traumatizadas este ritmo de contracción y expansión suele estar anclado en el polo de la constricción (vórtice traumático), por lo que el terapeuta deberá inspirar confianza al sujeto tras recordar que no quedará atascado en ninguna sensación, a la vez que es fundamental conceder el tiempo suficiente para que el ritmo biológico de la persona se reajuste y pendule hacia el otro polo, el vórtice curativo, donde se encuentran las respuestas parasimpáticas y las imágenes curativas. Una estrategia que el terapeuta cuenta para ayudar a la persona a salir del polo de la contracción es recordar los recursos que la persona trajo en la primera instancia, fomentando volver a explorar las sensaciones placenteras que estos recursos generan en el cuerpo.

Finalmente, como plantea Gonçalvez Boggio (2015):

Un sistema nervioso resiliente es aquel que puede ir y venir entre la alerta y la acción, la calma y el reposo, sin quedarse atascado en ninguno de los dos extremos. ... Oscilando entre el congelamiento y la fluidez, entre el miedo y el coraje, entre la contracción y la expansión, el SNA encuentra su capacidad de autorregularse (p.11)

Titulación

Junto a la pendulación, la titulación conforma una díada que será de los principios más importantes en el abordaje del trauma desde la Experiencia Somática. Estas herramientas permiten a las personas “acceder e integrar de manera segura los estados críticos de supervivencia de alta carga energética. Juntos permiten que el trauma se procese sin agobio y, de esa forma, el individuo no sufre una retraumatización” (Levine, 2020, paso 4: Titulación, párr. 1).

Como se ha visto a lo largo del trabajo, el trauma implica, indudablemente, un gran monto de energía que es comprimida dentro del SN. Al procurar trabajar con este estado, es fundamental extremar la cautela al momento de proceder para perturbar lo mínimo posible el SN ya afectado del sujeto. Esto quiere decir que el acercamiento al vórtice traumático nunca puede darse de forma directa en un primer momento, sino que el trabajo es realizado desde la periferia, con el objetivo de utilizar la menor cantidad de activación para provocar un cambio dentro del SN. Por lo tanto, en cada sesión (o pendulación), solo una pequeña porción de energía estancada será liberada. Esta graduación permitirá que tal energía sea contenida por el sistema y así el sujeto pueda asimilar las sensaciones y emociones experimentadas, generando como consecuencia la adecuada integración de ese nuevo nivel de excitación y descarga dentro del SN (Gonçalves Boggio, 2019).

En una sesión de SE, la titulación puede verse traducida en preguntas del tipo: “¿Puede recordar el momento posterior al trauma donde logró recomponerse y experimentar seguridad nuevamente? ¿Qué tal si imagina el evento de un tamaño muy chico, o a una distancia totalmente lejana, donde usted pueda tener el control y sentirse seguro?” o en situaciones donde el sujeto está experimentando una intensa sensación física, puede ser útil invitarlo a sentir “sólo el borde de esa sensación, el límite entre lo tenso y lo no tenso”.

Para este lento y cuidadoso proceso, Levine utilizó el término “titulación” extraído de la Química el cual explica que en ciertas reacciones químicas los componentes deben ser adicionados gota por gota para evitar una explosión. De igual forma para resolver el trauma Levine aplica este procedimiento y dice que “al emplear fuerzas potencialmente corrosivas, los terapeutas deben neutralizar de alguna manera esas sensaciones de energía intensa y los estados emocionales primarios de ira y huida no dirigida sin desencadenar una abreacción explosiva” (Levine, 2020, paso 4: Titulación, párr. 3)

Finalmente, si este principio no es respetado, es altamente probable que el sujeto al entrar en contacto con el núcleo del vórtice traumático se vea rápidamente absorbido por el mismo y comience a revivir una infinidad de experiencias no integradas y asimiladas en relación a ese evento. Como dice Levine (2020) el trauma es como Medusa en la mitología

griega, si lo miras de frente te congela, te paraliza. Esto es lo que sucede si se procede sin una correcta titulación y pendulación entre los vórtices traumáticos y curativos.

Asimismo, en personas con TEPT, una activación no contenida, no titulada, donde hay una liberación explosiva de energía en forma de emociones intensas y una estimulación fisiológica descontrolada, no solo no será curativa sino que puede incluso re traumatizar a la persona. (Gonçalves Boggio, 2019)

Restauración de respuestas activas

Levine en su enfoque plantea que al momento del trauma, toda una serie de movimientos en forma de respuestas instintivas del cuerpo es desencadenada con el objetivo de preparar el cuerpo para la amenaza, cualquiera sea la naturaleza de la misma. Sin embargo, estos ajustes que son ejecutados de forma inconsciente y en milésimas de segundos, son imposibilitados de llegar a término cuando el peligro es inminente y las clásicas respuestas de lucha o huida son inútiles. Este hecho lleva al colapso del cuerpo y por lo tanto, todos estos movimientos quedan incompletos y la energía requerida se mantiene en esos músculos que fueron activados.

Ante esto, el autor describe dos tipos de respuestas. Por un lado, las respuestas de orientación defensiva y por otro, las de protección defensiva.

Cuando en un evento amenazante el ciclo de respuesta de la persona se ve interrumpido durante la fase de orientación defensiva (aquí la persona está completamente enfocada en el peligro y evaluar su magnitud para decidir entre la necesidad de luchar o huir), la persona tenderá a presentar un nivel muy alto de carga asociado a la acción de orientarse en el espacio. Como consecuencia directa, ante cualquier cambio repentino en el entorno (un sonido por ejemplo), la persona responde con altos niveles de activación.

Por otra parte, cuando en una situación amenazante, la respuesta de orientación defensiva determina que la amenaza es inminente, el cuerpo automáticamente comienza el ciclo de respuestas de protección defensivas, las cuales incluyen la lucha, la huida o el congelamiento. Sin embargo, si estas respuestas son bloqueadas, esa energía quedará atrapada en el cuerpo en forma de agresión e impotencia (en caso de una lucha impedida) o en forma de inmovilización (en el caso de huida, que al no ser posible deriva en congelamiento).

Ante esto, Levine (2020) propone que para liberar esa energía que fue requerida en aquel momento, es necesario dar tiempo para que patrones específicos de tensión comiencen a hacerse presentes a través de micro movimientos corporales, los cuales darán la pauta de qué músculos fueron tensionados en el momento del evento.

Con esta información presente, el terapeuta debe fomentar la conclusión de estos micromovimientos pero con total consciencia de los mismos, realizándose de forma lenta y

amplia, para que esa información pueda ser nuevamente registrada por el SN y registre una nueva experiencia que renegocie lo abrumador de la anterior.

Como beneficio de este procedimiento de restaurar las respuestas activas, la actitud física de derrota e impotencia que había sido grabada durante la experiencia pasada es reemplazada por una realidad visceral de capacidad y empoderamiento tras sentirse capaz de protegerse de forma exitosa (Levine, 2020).

En palabras de Levine (2020) y para finalizar, “al acceder a una experiencia activa y poderosa, se genera una oposición a la pasividad del parálisis y el colapso” (paso 5: Restaurar las respuestas activas, párr. 4) Y a esto agrega que, tras sentir con precisión y conciencia estas respuestas, el cuerpo comienza a aprender que no fue una víctima débil, sino un sobreviviente intacto de experiencias penosas (Levine, 2020).

Desacoplar el miedo de la inmovilidad

Como animales humanos, al momento de renegociar el trauma se nos presenta otra complejidad: cuando las respuestas de lucha y huida no son viables, se entra en estado de congelamiento o inmovilidad tónica. Sin embargo, esta respuesta de inmovilización perdura dentro del SN sin ser resuelta ya que la sobrecarga energética que implica queda aprisionada por las emociones de miedo y terror (Levine y Frederick, 1999). Esto genera como consecuencia la entrada en un ciclo vicioso de miedo e inmovilización que impide que la respuesta sea completada en forma natural. Por tal motivo, para poder avanzar hacia la resolución o renegociación del trauma, es necesario que el terapeuta separe estos dos componentes. Una vez trabajado el miedo y avanzado sobre sí, la persona recupera su empoderamiento para empezar a mover su cuerpo y así, salir del estado de inmovilización.

Es conveniente recordar que si bien para una mayor claridad estos pasos son divididos, en la terapia no siempre seguirán el mismo orden, lo que queda en evidencia entre el punto anterior de restaurar las respuestas activas y el presente. Ya que no se podrá dar lugar a las respuestas si no se desacopla el miedo, pero a la vez este no se irá sin que el cuerpo comience a entrar por lapsos breves y de forma muy titulada a la experiencia de inmovilidad con todo lo que ella implica (sensaciones de vulnerabilidad, derrota, muerte, etc.) para así poco a poco mediante la pendulación, comiencen a surgir las respuestas naturales a través de los micromovimientos. (Levine, 2018)

Estimular la descarga

Luego de que una respuesta es completada tras salir del estado de pasividad a un estado más activo, desde la constricción hacia la expansión, es normal que una serie de respuestas fisiológicas inconscientes sean ejecutadas a fin de liberar esa energía dentro del SN que fue liberadas.

Es así entonces que se experimentan olas de temblor, estremecimientos involuntarios y cambios en la respiración de un tipo superficial a una más relajada y profunda. (Levine, 2020)

El mecanismo de temblar, como plantea Berceli (2012), es la respuesta natural que tiene el sistema nervioso para intentar recuperar el equilibrio entre mente y cuerpo tras haber sido alterado. A través de estos temblores, que él llama temblores neurogénicos, los estados hiperactivados comienzan a disolverse y la energía puesta en marcha para las respuestas de lucha, huida o parálisis es descargada.

Este es un proceso que se da de forma natural tras la concreción de las respuestas bloqueadas o incompletas, sin embargo, “como sociedad, consideramos inaceptable demostrar signos de vulnerabilidad. En nuestra cultura, una voz tiritona, piernas, rodillas y manos temblorosas se interpretan como debilidad. Por lo tanto, en vez de seguir nuestra inclinación al temblor, anestesiarnos nuestro dolor” (Berceli, 2012, p.49).

Por tal motivo, es fundamental que el terapeuta incentive e invite al sujeto a experimentar esa vibración sin contenerla. A su vez, junto con el acompañamiento es necesario un feedback a la persona que explique que lo que está sucediendo son descargas, por lo que no debe avergonzarse ni incomodarse por lo que le está sucediendo, sino que simplemente se tome el tiempo de integrar y experimentar las sensaciones que vienen del temblor.

Restaurar el equilibrio dinámico y reorientar hacia el aquí y ahora

Dado que estos últimos dos puntos están muy estrechamente entrelazados, se definirán en conjunto.

Luego de que una descarga es acontecida, el cuerpo tiende como parte del proceso natural a restaurar su equilibrio y estabilidad. Esto quiere decir que, luego de la curva que atraviesa el SN donde tras una amenaza responde hiperactivándose, al descargar esa energía el SN vuelve a bajar sus niveles de activación a cero para “resetarse” y así llevar al cuerpo a estados de alerta relajada (Levine, 2020) Este proceso es el encargado de construir una resiliencia cada vez más fuerte.

Por otro lado, junto a esta vuelta natural al estado de alerta relajada, el SN necesita reorientarse nuevamente en el aquí y ahora. Poder conectar nuevamente con la capacidad de presencia que, como se ha visto, en el trauma suele estar muy deteriorada, lo que impide entonces estar disponible para establecer conexiones sociales.

Durante este momento, se puede invitar al sujeto a que comience a explorar con su visión el entorno que le rodea, que observe los colores, objetos y todo lo que pueda captar su atención y brindar confort. Asimismo, también se le puede recordar que está presente, en compañía de otro y que está seguro. (Levine,2020)

Finalmente, mientras este proceso de restauración y conexión con el presente continúa ocurriendo, puede establecerse una agradable conversación que permita a la persona conectar con el sistema de compromiso social, que es en sí mismo, autocalmante (Levine, 2020).

A modo de síntesis, a lo largo de este capítulo se ha procurado desarrollar los conceptos e ideas fundamentales de la Experiencia Somática. Para tal fin, se expusieron las bases que sentaron la teoría de este abordaje, siendo el estudio de la etología entre otras disciplinas, un factor fundamental.

Luego, se introdujo el concepto de sensaciones corporales y todo lo referido a este como vía para estar presente en el cuerpo y conectar con la información que el SN brinda continuamente.

Junto a las sensaciones, se procedió a establecer la diferencia entre estas y las emociones, introduciendo así el modelo SIBAM que define los cinco elementos de una experiencia: Sensación, Imagen, Comportamiento, Afecto y Significado.

Teniendo presente los componentes de una experiencia, se introdujeron las dinámicas de acoplamiento que surgen de ellas, describiendo entonces el Sobre y Sub acoplamiento.

Finalmente, se llegó al meollo del asunto y el objetivo fue explicar cómo se renegocia y resuelve el trauma desde la perspectiva de Experiencia Somática. Para esto, se definieron los nueve principios fundamentales que deben llevarse a cabo en las sesiones para permitir que el sujeto transforme esa vivencia y descargue la energía que había quedado estancada en el momento del trauma. (Levine,2018; Levine, 2020)

Si bien la información expuesta parece ser amplia, es crucial resaltar que más de cuarenta años de investigación son, simplemente, imposibles de abarcar en un par de hojas. Por tal motivo fue obligación escoger algunos aspectos de este tan interesante abordaje y poder sintetizarlos de forma clara, a la vez que se optó por dejar otros puntos también fundamentales por fuera, por lo que la invitación es a siempre continuar profundizando y tomarnos el tiempo de ir a la fuente original si se aspira a un conocimiento más profundo.

Capítulo IV. Trauma y pandemia.

“Si los humanos no tuvieran la habilidad de aprender de las experiencias estresantes y adaptarse, nuestra especie se hubiera extinguido”.

(David Berceles, 2012)

Habiendo atravesado la gran crisis sanitaria por Covid-19, que alcanzó una magnitud mundial, nos encontramos en un momento donde comienzan a ser evidentes algunas consecuencias de este evento en diversos ámbitos. En lo correspondiente a salud mental, semanas atrás comenzaron a circular los datos preliminares del Ministerio de Salud Pública en relación a los casos de suicidios en Uruguay. La información brindada posiciona al país dentro de los líderes con tasa más alta de suicidio en América Latina, mostrando a su vez un incremento durante los años de pandemia 2020 y 2021 (La Diaria, 2022).

Si bien el sociólogo Pablo Hein sostiene que el aumento de casos durante los años de pandemia no implican un aumento significativo y además aún no son totalmente atribuibles a la pandemia (La Diaria, 2022); no deja de ser sustancial desde la disciplina psi interrogarnos sobre el potencial traumático que ha tenido la pandemia, sabiendo que no son los acontecimientos en sí los que dañan nuestra salud, sino la forma que respondemos a ellos.

A su vez, es necesario tener presente para comenzar a reflexionar sobre lo acontecido, que las principales características de este evento fueron la incertidumbre, la imprevisibilidad y el altísimo grado de irrupción en la cotidianidad de todas las personas. Entonces, es posible pensar este evento como una situación potencialmente disruptiva.

Benyakar (2006) plantea que:

... El efecto devastador de las situaciones disruptivas se debe menos a la destrucción física que suele acompañarlos que al estado subjetivo que imponen en las poblaciones en las que inculcan el sentimiento de vivir bajo intimidaciones generalizadas y crónicas que atentan contra la existencia misma. Tanto es el valor simbólico del acontecimiento en sí que instala amenazas, y éstas no necesitan hacerse realidad para tener consecuencias desastrosas sobre las representaciones sociales, el psiquismo de las personas y las relaciones interpersonales. (p. 72)

Una característica del evento vivido fue, efectivamente, que el desconocimiento por el virus nos posicionó, tanto individual como colectivamente, en un lugar de inseguridades y de incertezas. No fue ninguna persona o grupo que nos atacó, como sería en situaciones de guerra o ataques terroristas. Tampoco vivimos ninguna destrucción física causada por

bombas o demás. Esta ausencia visible de la amenaza, donde “no podemos tener la certeza de quien es portador del virus y quien no, si nos contagiamos por aire o por superficie, por gotas o por aerosoles” (Gonçalves Boggio, 2021, p.113), generó un estado subjetivo particular minado por el miedo. Miedo a contagiarse, miedo a contagiar a un ser querido más vulnerable, y en conclusión, miedo a la muerte.

Contactar con vivencias que atentan contra la existencia misma y el terror, las cuales nos llevan a pensar en la muerte y encima en un contexto donde la premisa para mantenernos sanos era el distanciamiento social, nos colocó en una posición de aún mayor vulnerabilidad, despertando todo tipo de miedos y traumas pasados.

Como plantea Gonçalves Boggio (2020b), la estrategia de distanciamiento social generó una situación paradójica y contra-intuitiva a nivel del Sistema Nervioso Autónomo, ya que, como seres humanos una de nuestras necesidades principales es conectarnos con otros, estar en grupo y a partir de allí, co-regularnos a través del apoyo mutuo.

Tras la necesidad de aislamiento y distanciamiento social -según fuera el caso-, se le estaba pidiendo al SNA que actuara de forma opuesta a lo que el instinto ha dictado siempre. Es necesario mantenerse en grupo, aislarse para sobrevivir no es la forma en que se ha evolucionado, se necesita la co-regulación (Gonçalves Boggio, 2020)

Es bien sabido que la capacidad de compromiso social es fundamental para el sano desarrollo de todas las personas y que cualquier experiencia negativa es mejor asimilada si hay un otro presente que acompañe, sostenga y contenga. Levine (2020) dice al respecto que esta capacidad es por naturaleza autocalmante y a la vez una protección para que el propio Sistema Nervioso pueda regularse, evitando los extremos de hiperactivación (Sistema simpático) o congelamiento.

Sin embargo, tras la necesidad de distanciamiento social, también entró en escena la desconfianza hacia el otro. Un otro posible de contagiarme, otro que no sé si estaba tomando medidas de autocuidado o no. Lo que trajo como posible consecuencia una debilitación del vínculo social. Sumado a esto, los medios de comunicación solamente lograban una cosa: la propagación del miedo y más incertezas. (Gonçalves Boggio, 2020a)

El rol de los medios de comunicación siempre ha sido de mucha relevancia en la creación de las subjetividades de la época, pero en este caso, la selección de la información a absorber debía ser muy cautelosa. Si la información no aportaba en dar mayor tranquilidad y seguridad, y por el contrario, nos acoplábamos a un pensamiento catastrófico, los niveles de estrés aumentaban comenzando a perjudicar las formas de pensar, vincularnos, actuar y sentir (Gonçalves Boggio, 2020a)

Con este panorama, es incluso esperable que para algunas personas con mayor vulnerabilidad psíquica y social esta situación traumatogénica deviniera traumática, tras encontrar sus recursos para afrontar la situación desbordados o insuficientes y la

imposibilidad de encontrar un nuevo equilibrio psíquico que permitiera adaptarse a la situación que acontecía y la incapacidad de calmar la mente ante la constante preocupación por sobrevivir.

Entonces, teniendo presente todas estas particularidades, ¿cómo nuestra fisiología reaccionaba ante este período de inseguridad e incertidumbre?

Con lo expuesto en capítulos anteriores, sabemos que el SNA se prepara en cuestión de segundos liberando una cadena de hormonas y preparando los sistemas y músculos de todo el cuerpo cuando una amenaza es percibida. Esto es un proceso que ocurre incluso antes de ser plenamente conscientes de lo que está sucediendo. A esta información que es percibida por sistemas subcorticales antes que por los canales de los sentidos, Porges (2018) la denominó “neurocepción”.

En la situación de pandemia, el SNA de las personas era capaz de percibir esa amenaza inminente y constante, pero el problema reside en que, si bien la amenaza era percibida, el SNA se veía incapaz de tener certeza en saber de dónde provenía la misma. En este primer momento, la respuesta fisiológica implicó la activación del sistema simpático, es decir, prepararse para la lucha o huida, poner en movimiento el cuerpo, actuar de forma inmediata para salir de la situación de peligro o inseguridad (Gonçalves Boggio, 2021). Sin embargo, ¿cómo es posible escapar, sobrevivir a esa situación peligrosa si no es posible detectar dónde se encuentra la amenaza?

La imposibilidad de hacer frente a esa amenaza, ya sea mediante la lucha o la huida, primeramente llevó a que el cuerpo estuviera en un estado de alerta permanente, con niveles de hiperactivación y estrés constantes. Cuando el cuerpo finalmente se rindió ante la imposibilidad de actuar frente a una amenaza no determinada, sumado al confinamiento y el distanciamiento social, toda la energía puesta en marcha por el SN se vio bruscamente detenida y bloqueada, a modo de evitar aún más sobrecarga y colapso. Este proceso en términos levinianos corresponde al congelamiento. (Levine, 2018, 2020) Cabe recordar que los estados de congelamiento si bien se caracterizan por el embotamiento, la disociación, estados hipoactivos y demás, por debajo de esta superficie existen montos de energía elevadísimos debido a los intentos de lucha o huida que no fueron exitosos y por ende quedaron retenidos dentro del cuerpo.

En las personas que la pandemia devino traumática por múltiples motivos ya mencionados (no contar con los recursos suficientes, no poder llegar a nuevo equilibrio dinámico, presentar características psíquicas constitutivas que posicionan al sujeto de forma más vulnerable, etc.), esta carga energética no liberada del cuerpo comenzó a generar estrés residual. Por ende, este estrés, sumado a la incertidumbre y la inseguridad vividas en soledad, dan lugar al malestar psicológico de la ansiedad y la depresión en niveles muy elevados. (Gonçalves Boggio, 2021).

Dicho esto, cabe preguntarnos por todas aquellas personas que no encontraron los medios para elaborar la situación vivida, y que por lo tanto la han experimentado de forma traumática, sin tener un espacio de contención, un espacio que les permitiera enviar el mensaje de “estoy seguro” a sus SNA (Gonçalves Boggio, 2021). Esas personas, que no recibieron ayuda cuando la necesitaban, que no estuvo a su alcance, hoy en día están sufriendo las consecuencias del estrés traumático, la ansiedad y depresión provocada por la misma situación de la cual no han podido salir adelante. Ellas pueden estar repitiendo -a nivel del SNA- un patrón de congelamiento que se vuelve doloroso además de agotador, el cual contribuye a experimentar sentimientos desesperanzadores y aún más soledad tras lidiar con semejantes procesos de forma individual.

Levine (2018) va a decir que existe un instinto fundamental y universal orientado a la superación de obstáculos y el restablecimiento del equilibrio interno, este es el instinto de perseverar, es la resiliencia que permite sanar tras experimentar pérdidas y sucesos sobrecogedores. Pero, ¿qué pasa con esas personas que este margen de resiliencia ante el estrés y los constantes cambios no ha podido sobreponerse a las radicales fluctuaciones de estos últimos dos años? ¿Qué pasa con aquellos en los cuales el restablecimiento del equilibrio aún no se ha concretado?

Ante esto, es necesario interrogarse si todos estos sujetos que al día de hoy sus sistemas siguen sin “sentirse a salvos” tras la experiencia vivida, sumado a una nueva realidad donde parece todo haber vuelto a la “normalidad” de un día a otro, lo que requiere un nuevo reajuste en las rutinas y en el equilibrio psíquico, ¿son las mismas que hoy en día aumentan las tasas de suicidio en el Uruguay?

Finalmente, si tenemos presente la dimensión intergeneracional del trauma que plantea Hübl (2021), que refiere a que el trauma no resuelto en las personas no solo se transmite de generación en generación, sino que además es acumulativo; cabe también interrogarse sobre cómo este evento seguirá presente y transmitiéndose en futuras generaciones a través de la cultura y las colectividades de todo tipo, modificando futuras formas de percibir y entender unos a otros.

Consideraciones finales

Todos alguna vez hemos escuchado a alguien hablar de trauma en distintos contextos, desde distintas disciplinas y con diversas concepciones sobre el mismo. A lo largo de esta monografía se ha visto que es un término utilizado cotidianamente. Este hecho implica, por un lado, una suerte de familiarización del término que lo lleva a ser utilizado de forma muy banal e incluso no siempre en las situaciones indicadas. Llegando por momentos a generar confusión entre lo que son las características del evento en sí y el modo en que el sujeto vivencia lo acontecido.

Por otra parte, esta banalización del concepto crea dificultades a la hora de identificar y establecer un diagnóstico certero que permita abordar a una persona traumatizada mediante intervenciones, estrategias y herramientas que se adecuen a la situación. Ante esto, resulta pertinente destacar que si una persona atraviesa una situación difícil en su historia, no significa necesariamente que desarrollará un trauma. A su vez, una persona traumatizada no tiene porqué haber atravesado una situación en extremo compleja de elaborar, sino que en el momento en que un evento ocurre, la misma no estaba preparada o no contaba con los recursos suficientes para afrontarlo, por lo que la energía puesta en juego en ese momento es estancada en su cuerpo mismo. Cuando esto sucede, el nivel basal de estrés comienza a aumentar, lo cual conduce a la persona a niveles de activación cada vez más grandes, junto con el desarrollo de otros síntomas de estrés traumático.

Por otra parte, el trauma desde la psicoterapia ha sido tradicionalmente abordado a través de terapias habladas, posicionando en un segundo plano a la dimensión corporal del sujeto. Por lo que, parafraseando a Rothschild (2015), si se lograra establecer un puente entre las psicoterapias verbales tradicionales y las psicoterapias orientadas al cuerpo, donde se tomen los mejores recursos de ambas, se podrían obtener muy beneficiosos resultados en el tratamiento del trauma y TEPT. Ya que se ha visto que ayudar a las víctimas de traumas a encontrar las palabras para describir lo que les ha ocurrido es profundamente significativo, pero a menudo no es suficiente (van der Kolk, 2015). Si bien el lenguaje es necesario para darles sentido a las alteraciones somáticas que deja el trauma y poder comprender su significado, es también crucial permitir una reconexión con las necesidades del propio cuerpo. Como afirma van der Kolk (2015),

“El acto de contar la historia no altera necesariamente las respuestas físicas y hormonales de un cuerpo que permanece hipervigilante, preparado para ser asaltado o violado en cualquier momento. Para que se produzca un cambio real, el cuerpo debe aprender que el peligro ya pasó y a vivir en la realidad del presente.” (p. 30)

Por otro lado, esta monografía tuvo por objetivo dar a conocer una técnica novedosa e innovadora para trabajar con el sufrimiento generado por el trauma en las personas, pero poniendo en un primer plano la dimensión corporal, que tiende a estar olvidada en las clásicas terapias.

Considero que como psicólogos debemos tomarnos el tiempo de indagar, entender y profundizar en el concepto de trauma para poder conectar con otras herramientas que nos permitan trabajar con él de formas más compasivas, cuidadosas y contenidas para con el sujeto que sufre. Me atrevo a decir que el trauma se encuentra en el centro de muchos otros problemas con los que las personas llegan a la terapia, por lo que es fundamental saber identificarlo. Primero, para poder orientar la terapia hacia el camino de la transformación, y segundo, para no correr el riesgo de retraumatizar a la persona con intervenciones inadecuadas que no respeten la vulnerabilidad que hay detrás de una persona traumatizada.

Finalmente, cabe aclarar que dentro de la psicoterapia corporal, hay muchas otras corrientes y técnicas para trabajar con el trauma que son igualmente válidas e interesantes, y que también merecen ser visibilizadas dentro de la disciplina psicológica. Sin embargo, en esta ocasión la decisión por escoger la Experiencia Somática sobre otros enfoques estuvo mediada por mi propia implicación.

Por lo tanto, desde esta posición, y tras lo expuesto en este trabajo, es que se considera la Experiencia Somática como una herramienta muy completa y sensata para abordar el trauma. Este enfoque, a través de algunos conceptos centrales que maneja, como la titulación y pendulación, permite ser pensado como un enfoque natural, donde los tiempos del propio organismo en su estado más animal son escuchados y respetados.

A su vez, es digno de destacar que, a través de tomar conciencia de nuestras sensaciones corporales, automáticamente volvemos a un estado de presencia en el aquí y ahora. Vale aclarar que, como dice Rothschild (2015) aprender a dominar las sensaciones corporales no es tarea sencilla. Sin embargo, es un aspecto fundamental tanto para las personas que quedan atrapadas en las vivencias traumáticas como también para todos quienes hoy en día formamos parte de una sociedad globalizada que nos lleva a la aceleración constante y a la velocidad que se contrapone a tomarnos un momento para conectar con nuestras necesidades reales y sentidas en el propio cuerpo.

Finalmente, el hecho de trabajar con el trauma desde un abordaje corporal, permite también que la persona comience a entender porqué su cuerpo ha reaccionado de ciertas formas; permite entender los mecanismos detrás de esos procesos. Esto brinda como resultado la posibilidad de moverse de la posición de víctimas a un lugar con mayor autonomía, con mayor conciencia de nuestras propias sensaciones y emociones. Hecho

que, inevitablemente, nos llevará al camino de la compasión hacia nuestros propios cuerpos, y a reconectar nuevamente con la resiliencia propia que nos caracteriza como especie humana.

A modo de cierre, es fundamental destacar la valentía de quienes se atreven a enfrentar sus propios traumas, ya sea mediante terapias tradicionales habladas, corporales u holísticas. Porque atravesar nuestras sombras, las tormentas, nunca es un camino fácil, pero como dice Levine, renegociar un trauma “es un viaje inherentemente mítico, poético y heroico. Es un viaje que nos pertenece a todos porque somos animales humanos. [*Y este camino*] de resolver el trauma puede llevarnos más allá de nuestros límites sociales y culturales, hacia un sentimiento de mayor universalidad” (Levine y Frederick, 1999, p.127).

Referencias bibliográficas

- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Barraca Mairal, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual tercera generación. *Clínica y Salud*, 20(2), 109-117.
- Benyakar, M. (2006). *Lo disruptivo: Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Biblos.
- Benyakar, M., & Lezica, Á. (2016). El complejo traumático a la luz del modelo de los tres espacios. *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 6. https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/abril2016/benyakar_lezica.pdf
- Berceli, D. (2012). *Liberación del trauma: Perdón y temblor es el camino*. Cuatro Vientos.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128.
- Carvajal, César. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Crespo López, M., & Gómez Gutiérrez, M. D. M. (2016). Diagnostic concordance of DSM-IV and DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in a clinical sample. *Psicothema*
- Fenichel, O. (1982). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós
- Freud (1976). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. En J. L. Etcheverry (Trad.) *Obras completas* (Vol. 3, pp. 25-40). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1893)
- Gonçalvez Boggio, L. (2008) *El cuerpo en la psicoterapia: Nuevas estrategias clínicas para el abordaje de los síntomas contemporáneos*. Psicolibros
- Gonçalvez Boggio, L. (2015) *Renegociando el trauma desde Experiencia Somática (SE) y Teoría Polivagal (TPV)*. TEAB.

- Gonçalvez Boggio, L. (2019). Las paradojas de la migración. Estrategias psicocorporales para el abordaje del estrés postraumático. CSIC-UDELAR.
- Gonçalvez Boggio, L. (2020a). *Harás todo para que el otro viva. Reflexiones a partir de la entrevista realizada a Luis Gonçalvez Boggio en Desayunos Informales (canal 12)*. TEAB.
- Gonçalvez Boggio, L. (2020b). *La paradoja del virus*. TEAB
- Harrington, R. (2001). The Railway Accident: Trains, Trauma, and Technological Crises in Nineteenth-Century Britain, en Mark S. Micale y Paul Lerner (eds.), *Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870 – 1930* (pp. 31-56). (Trad. Luque, V., Bastin, V. y Lavena, E.).
- Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies*. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665. doi:10.1016/s0005-7894(04)80013-3
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa
- Hübl, T. (2021). *Sanar el trauma colectivo: La integración de nuestras heridas intergeneracionales y culturales*. Gaia
- La Diaria (2022, mayo 31). Según especialista, para intentar atenuar las cifras de suicidio es necesario crear políticas públicas sin patologizar la problemática. <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/5/segun-especialista-para-intentar-atenuar-las-cifras-de-suicidio-es-necesario-crear-politicas-publicas-sin-patologizar-la-problema>
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Planeta
- Levine, P. (2018). *Trauma y memoria: Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo. Una guía práctica para comprender y trabajar la memoria traumática*. Eleftheria
- Levine, P. (2020) *En una voz no hablada: Cómo el cuerpo se libera del trauma y restaura su bienestar*. Gaia.
- Levine, P. y Frederick, A. (1999). *Curar el trauma: Descubriendo nuestra capacidad innata para superar experiencias negativas*. Urano.
- Levine, P. y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños: Despertar el milagro cotidiano de la curación desde la infancia hasta la adolescencia*. Eleftheria.
- Murcia, F. M., & García, R. F. (2015). Fenomenología y psicopatología en las terapias de tercera generación. *Psychology, Society & Education*, 7(1), 97-106.

- Porges, S. (2018). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal. El poder transformador de sentirse seguro*. Eleftheria.
- Shapiro, F. (2014). *Supera tu pasado: Tomar el control de la vida con el EMDR*. Editorial Kairós.
- Selye, H. (1956) *The stress of life*. McGraw-Hill Book Company
- Somatic Experiencing Uruguay (s.f). *Qué es y cómo se aplica - Formación en Somatic Experiencing - Contenido y Programa*.
<https://experienciasomaticauruguay.com/experiencia-somatica/que-es-y-como-se-aplica-formacion-en-experiencia-somatica-contenido-y-programa/>
- Uribe, N., Jiménez Ruiz, C. P., Moreno Agudelo, S. D. y Castaño Betancur, A. C. (2017). El concepto de trauma en Freud y la ley de víctimas de la guerra en Colombia. *Revista Poiésis*, (32), 193-209.
<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/2314/1750>
- Valdivieso-Jiménez, G. y Macedo-Orrego, L. (2018). Neurociencias y psicoterapia: mecanismo top-down y bottom-up. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(3), 183-195.
<https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3386>
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Elefthería.
- Rothschild, B. (2015). *El cuerpo recuerda: La psicofisiología del trauma y el tratamiento del trauma*. Elefthería.