

## EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS, PAUTAS PARA SU TRATAMIENTO, (PARTE II).

Autor: Mario C. Salvador \*

*Abstract.* En esta segunda parte propondremos las etapas y los asuntos prioritarios a tener en cuenta en el tratamiento del estrés postraumático (EPT), así como algunas consideraciones necesarias en la curación de esta patología. Proponemos el **EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) como la metodología de tratamiento y reprocesamiento de los recuerdos traumáticos.

### GUIA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA SEVERO

Diferentes autores proponen una secuencia de etapas necesaria para el tratamiento de las personas que han sido sometidas a traumas severos o acumulativos. En el cuadro de abajo expongo una comparación entre las etapas propuestas de Judith Herman en relación con las etapas propuestas por Eric Berne de manera que podamos emparejar los distintos enfoques.

<i><b>Fases de recuperación de un shock</b></i> <i>(Herman)</i>	<i><b>Fases de tratamiento</b></i> <i>(Berne)</i>
<i>Seguridad y</i>	<i>Contrato</i>
<i>Empoderamiento</i> <i>(capacitación)</i>	<i>Descontaminación</i>
<i>Recuerdo</i> + <i>Duelo, aflicción (Mourning)</i>	<i>Deconfusión</i>  <i>Redecisión</i>
<i>Reconexión</i>  <i>(Reorientación)</i>	<i>Reaprendizaje</i>  <i>Terminación</i>

Como había señalado en la parte I de este artículo, es importante tener en cuenta cuando se trabaja con personas traumatizadas que:

1. Las personas con EPT (Estrés Postraumático) no atienden a estímulos neutros: su cerebro está dirigido por los estímulos traumáticos. Viven en el pasado; no toman información nueva.
2. Tienen un sistema límbico más activo y las terapias habladas no descondicionan el sistema límbico.

---

\* Mario C. Salvador es el Director de ALECÉS, Instituto de Psicoterapia Integrativa (Lugo, Spain), Analista Transaccional Clínico en entrenamiento, Nivel II en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), y Psicoterapeuta Integrativo. [www.aleces.com](http://www.aleces.com)

3. Tienen una pérdida de capacidad para analizar y categorizar la información
4. No son capaces de utilizar el lenguaje para distanciarse del estímulo peligroso.
5. Se dispara el trauma tanto por estímulos internos como externos asociados al trauma original.

De acuerdo a Van del Kolk (1998) parte del tratamiento es enseñar a los pacientes a prestar atención a los estímulos no traumáticos como forma de descondicionar el sistema límbico.

En el abordaje original de los fenómenos postraumáticos y disociativos Janet distinguía tres fases en el tratamiento del EPT :

1. Contención, estabilización y reducción de síntomas
2. Modificación de los recuerdos traumáticos
3. Integración y rehabilitación de la personalidad

En esencia, estas tres fases recogen e incluyen las etapas propuestas por Herman y Berne.

El objetivo del tratamiento del EPT es ayudar a la persona a vivir en el presente, sin comportarse o sentir de acuerdo a exigencias irrelevantes que pertenecen al pasado. Psicológicamente significa que las experiencias traumáticas han de ser situadas en TIEMPO Y LUGAR PASADO y distinguidas de la realidad presente.

No obstante, el hiperarousal, las revivencias intrusivas, el entumecimiento y la disociación continúan confundiendo el presente con el pasado.

Muchos clientes traumatizados entran en terapia con un amplio rango de quejas: dificultades de relación, quejas de somatización, ansiedad, depresión, trastornos alimenticios., trastornos disociativos, autoagresiones, abusos de sustancias; trastornos de regulación de los afectos, cambios repentinos de carácter, ... Hemos de hacer un diagnóstico adecuado de la sintomatología para un tratamiento adecuado.

En adelante, expongo las consideraciones oportunas en el tratamiento del trauma, así como los asuntos importantes a considerar, apoyados en los fundamentos expuestos en la parte I de este artículo. Seguiré las etapas propuestas por Janet por su mayor simplicidad.

### **ETAPA I. CONTENCIÓN, ESTABILIZACIÓN Y REDUCCIÓN DE SINTOMAS**

Esta primera etapa es particularmente indicada con personas que manifiestan abundante sintomatología disociativa o incluso múltiple personalidad; en las que la capacidad relacional y el vínculo con otros seres humanos quedaron severamente dañados.

Debido a que las personas severamente traumatizadas fueron objeto de lesiones importantes en los vínculos de confianza con otros, la falta de control sobre la

situación y sobre las emociones y conductas vividas, b primero a considerar son los asuntos siguientes:

- Seguridad en el terapeuta y en el setting: "el mundo no es seguro", "no puedo confiar en nadie". Es importante que el paciente se sienta al control de la situación y de su experiencia interna. Hemos de considerar si todavía vive en una relación abusiva y tratar esto. Son necesarios contratos de seguridad que bloqueen el hacerse daño a si mismo: en la casa, al conducir, ...
- Descontaminación en cuanto a la responsabilidad: estos pacientes creen haber merecido el abuso: hemos de descontaminar las creencias que mantienen la disociación
- Potenciar las opciones y sentimiento de control: en terapia hemos de transmitir que puede elegir y estar al control (en cuanto al lugar físico en el despacho, el ritmo, ...)
- Tratar los asuntos de límites interpersonales : el espacio y la distancia es un asunto esencial en las personas que han sido abusadas. Debido a que en el trato interpersonal traumático han sido muchas veces invadidos, su consciencia de las sensaciones ha quedado como anestesiada o, a veces , anulada.

Esta etapa primera etapa incluye pues:

- a) Ayudar a la persona a *identificar y etiquetar las sensaciones y emociones sentidas en el cuerpo y aprender a vivirlas como señales que informan de necesidades internas y relacionales* que requieren un curso de acción adecuado, en lugar de interpretarlas como peligrosas.
- b) *Enseñarles técnicas de regulación y contención emocional:*
  - Respirar y calmarse
  - Aprender a visualizar: Lugares de seguridad, Recuperar las figuras de apoyo y seguridad, ... Es útil:
    - o Crear visualizaciones para enseñarle a distanciarse de la experiencia traumática (pantalla de cine, imaginar desde la ventana de un tren); cambiar la imagen a blanco y negro, imaginar al niño cogido de la mano del Adulto; imaginar al Niño siendo protegido por una figura nutritiva
    - o Imaginar al Niño estando protegido por una pantalla de cristal que lo separa del abusador
  - c) *Identificación, Desarrollo e Instalación de Recursos Internos y externos.* Habitualmente empleo EMDR en la instalación y reforzamiento de estos recursos para realzar la experiencia positiva.
  - d) *Recuperar situaciones y momentos en los que la persona demostró competencia* (en los estudios, aprendizaje de habilidades, ....)
  - e) Crear un PN (Padre Nutritivo) interno que desarrolle habilidades de autoconsuelo y calma
  - f) Identificación de experiencias positivas diarias, ya que tienden a interpretar las experiencias negativamente y buscar lo negativo en cada día

- g) Crear una relación entre el Adulto y el Niño como una parte de la personalidad que es competente en hacerse cargo y manejar la vida de la persona
- h) *Contener el Hiperarousal* del SNS. Es como aprender a usar el cuerpo y frenar las hiperactivación. Mientras el hiperarousal es demasiado elevado, el hipocampo no será capaz de entrar en funcionamiento como núcleo implicado en el procesamiento de los recuerdos traumáticos.
- i) Hemos de enseñar al paciente a desarrollar un yo observador (Adulto), de manera que pueda mantener la distancia psicológica necesaria para “observar” sus recuerdos sin revivirlos de manera regresiva.
- j) Es muy importante enseñar y desarrollar **Habilidades de enraizamiento**: sentir el cuerpo y estar conscientes de las sensaciones, fortalecer la estructura muscular con ejercicios,...
- k) Desarrollar la capacidad de nombrar y manejar afectos y reacciones somáticas. Es un requisito absolutamente necesario antes de la exploración de los recuerdos traumáticos; de otro modo, el peligro es la retraumatización sin beneficio alguno.

En definitiva, antes de la exploración de los recuerdos traumáticos hemos de desarrollar todas aquellas habilidades que faciliten al paciente a mantener el contacto con la realidad presente y con el terapeuta de forma que pueda contener los flashbacks.

## ETAPA II. MODIFICACION DE LOS RECUERDOS TRAUMATICOS

La exploración del pasado será un imprescindible para la resolución del trauma; habremos de invitar a la persona a recordar y enfrentar su autodefensa de evitación y negación de la realidad.

En esta etapa después de la anterior de Preparación podemos seguir las siguientes fases:

- 1) Síntesis (compartir todas las partes el trauma) ,
- 2) Reprocesamiento e Integración

Hemos de insistir en la conveniencia de no tratar los recuerdos hasta que la relación es segura y el paciente posee los recursos y habilidades para contenerlos .

*El OBJETIVO de esta etapa es separar el pasado del presente*

Una vez que el paciente sabe como contenerse, controlarse, estar al control de si mismo y la situación podemos pasar a la SINTESIS

El propósito de la síntesis es aliviar la disociación ayudando a los diferentes alters a compartir sus experiencias traumáticas respectivas, tanto las unas con las otras como con el terapeuta.

Las abreacciones o catarsis descontroladas de afectos traumáticos sobrecogedores o abrumadores conduce a estados de hiperarousal y, a veces, a una descompensación psicológica. El punto de vista hidraulico de los afectos (“están

dentro y necesitan salir”) está en contraste con la noción de Janet de que el afecto, así como otros elementos del trauma, necesitan ser realizados/reprocesados e integrados o “metabolizados”.

La síntesis terapéutica de los recuerdos traumáticos es un acción mental intencionada, fundamentada en una decisión consciente de la personalidad global, o de los alters implicados en la experiencia traumática.

Al narrar el trauma cuantos más detalles cuente el paciente, más riesgo hay de hiperarousal. Monitorizar la activación del SNA y llevar al paciente a que frene sus reacciones somáticas facilitan la sensación de control y dominio y la experiencia de poder tolerar y digerir.

Una técnica útil es dividir la narración en tres fases:

1. **Nombrar el trauma** (“fui abusada a los 9 años”). Hemos de chequear continuamente el estado físico del cliente. Si aumenta el arousal, hemos de parar
2. **Delinear los asuntos principales del trauma, sin detalles:** (“ubo una explosión, fui arrojado al suelo, fui capaz de pedir ayuda, ...” Solo decir los asuntos. Si el paciente entra en detalles, podemos interrumpirlo, cambiar de tema, ....
3. **Cuando está listo, el paciente puede narrar el incidente en detalle..** Es aconsejable interrumpir periódicamente y chequear el nivel de hiperarousal. Si se eleva, podemos emplear anclajes, conducir la visualización del lugar seguro, ...

En estas fases, el terapeuta ha de ayudar a descontaminar las DISTORSIONES COGNITIVAS, contrastar con pruebas de realidad, y ayudar al paciente a considerar que la experiencia tuvo un INICIO (precursores) – UN DESARROLLO Y UN FINAL, que fue algo que pasó y ahora está a salvo y tiene nuevas opciones.

Es aconsejable resolver primero los sucesos que siguieron al trauma antes de tratar el trauma mismo: esto refuerza el sentido de que “ya acabó”.

A veces, separar el pasado del presente puede hacerse a nivel físico simplemente: sugerirle que mueva un dedo o se levante y pasee mientras cuenta un recuerdo. Si, por ejemplo, durante el trauma estaba paralizado: “no pude moverme entonces pero puedo ahora”. Esto proporciona una vivencia correctiva nueva y una asociación somática distinta con el recuerdo.

En esta etapa podemos enseñar al cliente a:

- Identificar los ESTIMULOS ACTIVADORES DE LOS RECUERDOS
- MANTENER UNA CONSCIENCIA DUAL: “aunque estoy recordando algo terrible, ahora estoy a salvo”
- Cuando hay partes disociadas hemos de invitar al cliente a mantener diálogos frecuentes con el Niño interno, o los diferentes alters, para calmarle, consolarle y transmitirle que ya no está solo.

Curar el trauma implica ligar todos los aspectos del recuerdo y/o todas las partes de la personalidad

El cliente necesita ser ayudado a sentir y pensar al mismo tiempo: formular conclusiones coherentes mientras siente

En este momento, el paciente estará preparado para poder enfrentarse al recuerdo revivido de su experiencia traumática disponiendo de los recursos necesarios y el contacto con el presente indispensable para desensibilizar y reprocesar las conclusiones dolorosas y defensivas allí tomadas.

Propongo el EMDR o Estimulación Bilateral como una técnica altamente efectiva para el tratamiento de estos recuerdos. En mi experiencia, cuando el paciente está preparado y confía en sus capacidades y en el terapeuta, el tratamiento con EMDR funciona como un excelente catalizador de la Redecisión del paciente.

### **Desensibilización y Reprocesamiento de Recuerdos traumáticos con EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

El tratamiento de eventos traumáticos con el método de EMDR está basado en la hipótesis de que hay un componente fisiológico en cada dolencia. Está probado que cuando ocurre un incidente que es "traumático", el equilibrio excitatorio/inhibitorio, que es necesario para que ocurra el procesamiento de la información, está perturbado. Esta traumatización provoca una sobreexcitación de un locus específico del cerebro y se presenta una patología neuronal (Pavlov, 1927). Podemos decir que en la experiencia traumática se "congela" la información en su forma original (Memoria implícita). Se genera la misma ansiedad, la misma imagen, así como la misma evaluación negativa del sí mismo y el mismo afecto. Al no poder ser procesada en forma adaptativa esta información se manifiesta en las patologías propias del stress post-traumático (EPT) y se manifiesta como pensamientos intrusivos, "flashbacks" y pesadillas (Shapiro, 1989 a).

Estos eventos fisiológicos son aparentemente contrarrestados por los movimientos oculares en sí mismos (u otras formas de estimulación rítmicas bilaterales), que podrían restablecer el equilibrio excitatorio/inhibitorio, permitiendo que la información "congelada" sea desensibilizada, procesada e integrada adaptativamente (Shapiro, 1989 a). Cuando se utiliza en cierta forma, esto parece causar la cesación de la sintomatología del EPT después de un tratamiento con EMDR. Aparentemente, el procesamiento total de la información es catalizado por el método, resultando en la difusión de las imágenes traumáticas, una completa reestructuración cognitiva, junto con una neutralización del afecto negativo (Shapiro, 1989 a, 1989 b). Así, una vez procesado e integrado parece que no hay más nada negativo al cual retornar.

El trauma psicológico causa una *disociación del procesamiento hemisférico*. Los recuerdos permanecen como fragmentados en sensaciones somáticas, estados afectivos intensos y no pueden traducirse en narraciones. Parece que el terror bloquea el hipocampo, de manera que no puede procesarse la información; si algo dispara el recuerdo hoy se siente como "fuera del tiempo", como ocurriendo en el presente; el paciente pierde el sentido de que está experimentando algo que ha ocurrido en el pasado. El trauma temprano causa lo que Shore (1998) llamó "poda sináptica" en el cortex frontal orbital y crea una perturbación en el sistema simpático-parasimpático que provoca hiperarousal, una mala lectura de las claves externas y una dificultad de calmarse y tranquilizarse. Las personas se vuelven

sobrestimuladas (Schore, 1998). La poda sináptica afecta también a la habilidad para experimentar estados emocionales positivos y predispone a la persona hacia la depresión. Afecta al vínculo con otros, y a la capacidad de regular el dolor corporal.

En personas traumatizadas debido a que la conexión amígdala-hipocampo es interrumpida, la información no se integra y archiva. Permanece en una manera fragmentada: información visual, afectiva, táctil, olfatoria, auditiva y somatosensorial. En el trauma se desactiva el área de Broca (la parte lingüística del cerebro) y causa un "terror inenarrable" para muchas personas; no pueden hablar o explicar lo que viven. Son incapaces de comunicar lo que sienten.

La metodología EMDR, como una forma de Procesamiento Acelerado de Información puede desbloquear el sistema de procesamiento de información del cerebro.

El tratamiento completo de EMDR tiene un abordaje en tres niveles.

- I. El terapeuta debe dirigirse al incidente original que estableció la estructura cognitiva/ afectiva.*
- II. Evocar los disparadores ambientales e internos actuales que estimulan la conducta desadaptada, y*
- III. Instalar una respuesta cognitiva conductual deseada, incrementando así el sentido de la eficiencia del cliente.*

Mientras que los primeros dos elementos son necesarios para desensibilizar la respuesta ansiosa, el tercer elemento (instalación) permite que se establezca una nueva pauta imaginaria que incrementa la posibilidad de un efecto terapéutico a largo plazo in vivo.

Se obtiene el mantenimiento adicional de los efectos del tratamiento instruyendo al paciente que *anote durante la semana siguiente cualquier incidente o recuerdo* que le provoque ansiedad o lo inhabilite en sus tareas habituales. Estos "trastornos" son desensibilizados en la próxima sesión. En el tratamiento se anima a los clientes a mirar todo como una "retroalimentación" más que como "fracaso", y cada desensibilización, reestructuración cognitiva, e instalación de conductas positivas, facilita un funcionamiento más efectivo en las semanas siguientes.

#### TRATAMIENTO CON EMDR

El recuerdo /cognición es tratado terapéuticamente requiriendo que el cliente mantenga en su mente uno o más de los siguientes elementos:

- Una imagen visual del recuerdo.
- Una evaluación negativa de sí mismo.
- La respuesta sensorial y emocional.

El proceso terapéutico incluye la medición de las emociones perturbadoras y la evaluación cognitiva del cliente. Esto sirve como monitor para obtener el efecto deseado.

Asimismo, se emplea una medida de los cambios de las creencias del cliente en relación a la evaluación deseada de sí mismo / cognición positiva en una escala de Validación de las Cogniciones (VoC) desarrollado por la Dra. Shapiro. Se compone de una escala Diferencial Semántico de siete puntos (1 = completamente falso, 7 = completamente verdadero). Esta escala provee una rápida evaluación de la estructura cognitiva del cliente mientras se le pide que se concentre en el recuerdo que se quiere procesar. Los clientes son interrogados *“Qué palabras sobre usted mismo o sobre el incidente concuerdan mejor con la imagen?”*. Esta es la cognición negativa dolorosa. Luego son interrogados acerca de cómo les gustaría sentirse y que presenten una frase que refleja este sentimiento deseado. Esta declaración deseada sobre sí mismo es medida con el VoC.

El arte, EMDR, el movimiento y el juego activan el hemisferio derecho.

### **ETAPA III. INTEGRACIÓN Y REHABILITACIÓN**

Con una síntesis y reprocesamiento exitoso el recuerdo traumático deja de operar a un nivel sensoriomotor.

El recuerdo traumático se ha transformado de ser una reexperimentación intrusiva a una historia narrativa relacionada con el acontecimiento traumático dentro del campo global de consciencia. Herman afirma que las experiencias centrales en esta etapa son *“el empoderamiento y la reconexión”* (1992, p 197).

El reprocesamiento (o realización según la terminología de Janet) es la formulación de una creencia acerca de lo que ocurrió (el trauma), cuando ocurrió (en el pasado), y a quien ocurrió (al self). El trauma se convierte en algo personalizado, relegado al pasado, y contiene propiedades simbólicas en lugar de sensoriomotoras.

El reprocesamiento implica una experiencia de la historia personal como propia de uno. Proporciona una transición desde el reinado de las intrusiones traumáticas disociativas no-verbales hasta el proceso mental secundario, en el que las palabras construyen un significado y dan forma, transformando la experiencia en un recuerdo narrativo.

La integración o asimilación implica un cambio multidimensional en la vida del superviviente. Como ha dicho un superviviente: *“No tengo que vivir más mi vieja historia ahora que la conozco; estoy creando una nueva cada día. No estoy ya atado a mi guión”*.

En muchos casos el paciente ha de aprender a llorar profundamente la pérdida de la infancia que nunca ya puede ser recuperada; la soledad y el dolor que ha perdurado; la pérdida de tiempo, dinero, educación, trabajos, relaciones, y energía empleada en evitar o pelear con las secuelas del trauma. Y finalmente, la terrible verdad que debe llevarse encima para el resto de la vida.

La tarea del terapeuta en esta etapa es escuchar empáticamente la narración de la historia, repetidamente, si es necesario. La narración hace la historia más real y personal, así como cambia la vivencia del trauma de una experiencia autista (en aislamiento), a una vivencia de compartir en la relación con alguien y ligado a una alianza terapéutica. El

superviviente no ya no está solo en el trauma. Las palabras permiten al paciente formar nuevas estructuras semánticas que le permitirán asimilar el trauma.

Cuando utilizamos EMDR generalmente, esta fase tiene lugar en el mismo proceso de desensibilización y durante el procedimiento de reprocesamiento e instalación de la nueva cognición positiva adaptativa. Generalmente, es el propio paciente el que llega por sí mismo a estas nuevas cogniciones y las redecisiones de manejar su realidad en adelante de una manera distinta y funcional. Parece que EMDR pone en conexión los recursos que la persona dispone en otras áreas de su vida con los compartimentos estancos en los que estaba almacenado el recuerdo traumático.

### **Exposición a nuevas experiencias rehabilitadoras (Reorientación)**

Los pacientes necesitan exponerse activamente a experiencias que les proporcionen sentimientos de dominio y placer. Comprometerse en actividades físicas, tales como deportes o actividades al aire libre, experiencias físicas gratificantes tales como masajes, or actividades artísticas pueden ser vivencias que el paciente asuma, no están contaminadas por el suceso traumático, y que pueden servir como el punto de partida para nuevas experiencias gratificantes.

#### REFERENCIAS

Armstrong, , N and Vaughan, K, (1994), An Orienting Response Model for EMDR. Paper presentado en la reunión de New Wales Behavior Therapy Interest Group, Sydney Australia.

Herman. J.L. Trauma and Recovery . HarperCollins Publishers, 1994

Lipke, H (1992), Manual for the teaching of Shapiro`s EMDR in the treatment of combat-related PTSD, EMDR Institute.

Nicosia, G.J.(1994), The QEEG of PTSD with EMDR, Paper presentado en la Conferencia Internacional, Sunnyvale, California. Copias disponibles en Neuro Diagnostics. 4927 Centre Ave Pittsburg, Pennsylvania, 15213.

- Parnell. L. EMDR in the treatment of Adults Abused as Children. Norton Professional Book

Rothschild. B. The Body Remembres. The psychophysiology of Trauma and Trauma Treatmen. Norton Profesional Book

Shapiro, Francine, (1995), Eye Movement, Desensitization and Reprocessing Basic Principle, Protocols and Procedures, New York, Guildford Press.

- Van der Kolk BA, Ducey CP. The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. J Traum Stress 1989; 2:259-274.
- Van der Kolk BA & van der Hart O. The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. American Imago,1991;48:425-454.