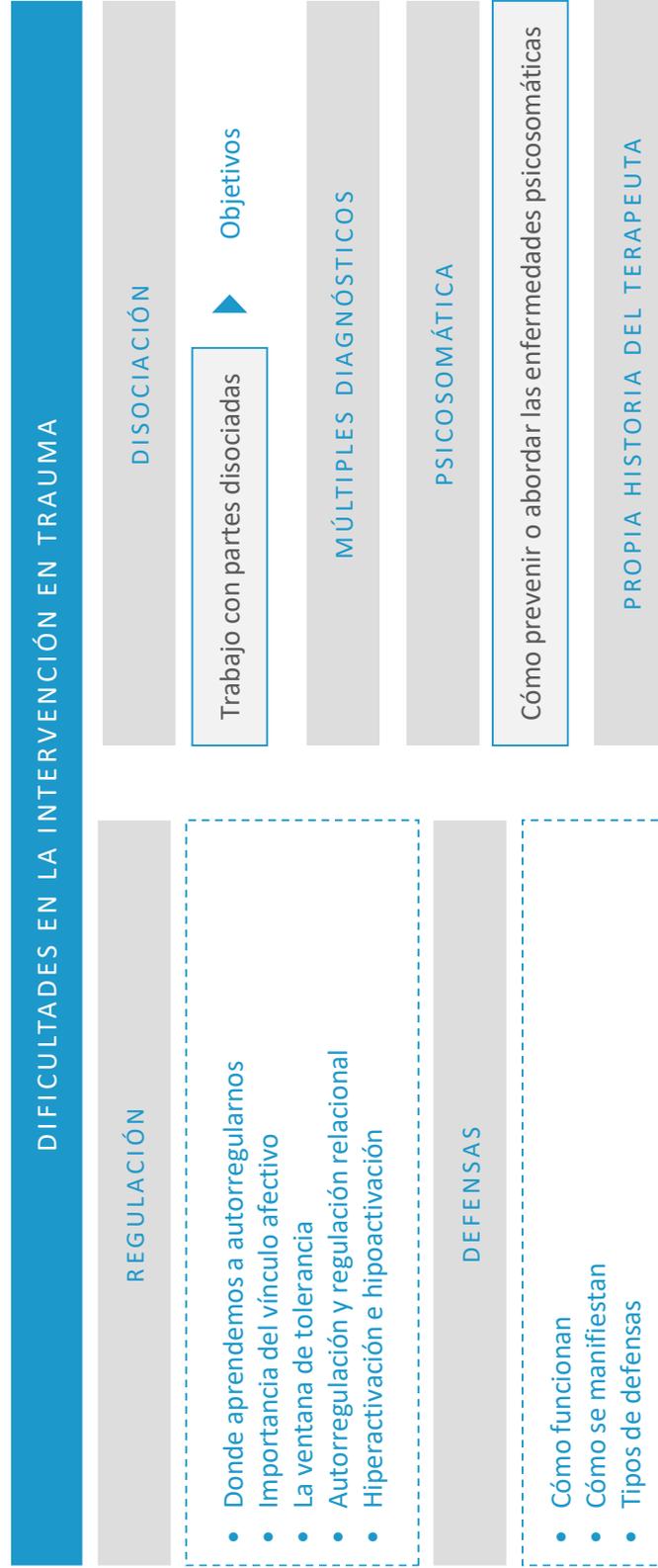


Intervención en trauma: EMDR

Dificultades en la intervención en trauma

Índice

Esquema	3
Ideas clave	4
8.1. Introducción y objetivos	4
8.2. Regulación	4
8.3. Defensas	12
8.4. Disociación	18
8.5. Múltiples diagnósticos	20
8.6. Psicósomática	21
8.7. Historia del terapeuta	23
8.8. Referencias bibliográficas	24
A fondo	26
Actividades	¡Error! Marcador no definido.
Test	27



Esquema

8.1. Introducción y objetivos

En la terapia EMDR encontraremos muchos tipos de trauma, pero para llegar a la fase de reprocesamiento y que la persona pueda hacer frente a todo lo que le ha pasado, necesitaremos trabajar previamente en la **fase 2**, la cual a veces es corta y otras, muy larga.

En este tema, pretendemos que el alumnado consiga:

- ▶ Conocer las áreas más comunes en las que se pueden encontrar dificultades para la intervención en trauma.
- ▶ Saber intervenir en las dificultades de forma ágil.
- ▶ Tener estrategias para la regulación (hipo e hiper).
- ▶ Identificar y poder trabajar con las defensas.
- ▶ Reconocer los traumas t.
- ▶ Tener un modelo de intervención práctico.
- ▶ Reconocer la sintomatología para poder intervenir.

8.2. Regulación

Para intervenir en trauma, la persona tiene que tener capacidad de **autorregulación** o, lo que es lo mismo, cuando tenga malestar tiene que poder calmarse a sí misma.

Para poder reprocesar un recuerdo traumático, necesitamos que la persona esté en un estado óptimo de activación, ni muy alto ni muy bajo.

¿Dónde aprendemos a regularnos?

Los bebés lloran, es la única forma de comunicación que tienen cuando nacen y se desregulan fácilmente (frío, hambre...). Esto se debe a que no aprendemos solos a regularnos, ya que nuestra estructura cerebral encargada de ello no está madura, así que tenemos que aprender **a través de una persona adulta** que tenga la capacidad de regular sus propios estados emocionales y esté calmada.

En este aprendizaje, además, necesitamos que haya una persona adulta que aprenda a leer nuestros propios estados emocionales (desregulación), sea capaz de ver qué necesidades tengo y las cubra.

Es un proceso de aprendizaje que tiene que suceder una y otra vez: el adulto se autorregula y luego regula al bebé cubriendo la necesidad. Esto sucede en su mayor parte debido a las **neuronas espejo**. Esta correulación entrena al cerebro para que más adelante pueda autorregularse. Esta interacción se encuadra dentro de las conductas de apego.

El **apego** es un vínculo afectivo fuerte que se genera entre los infantes y sus cuidadores a lo largo de las interacciones. Se caracteriza como una conexión profunda emocional, psicológica y personal que proporciona al infante una sensación de seguridad (Bowlby, 1969).

John Bowlby (1969) afirmó que las perturbaciones en las relaciones de apego primarias podrían dar lugar a inseguridad emocional y posteriores perturbaciones en el desarrollo de relaciones significativas.

¿Cuál es la importancia del vínculo afectivo?

El apego describe la necesidad básica que experimenta todo niño de buscar, establecer y mantener cierto grado de contacto físico y cercanía con las figuras vinculares (madre, padre, cuidador, abuelos, etc.).

Es un **mecanismo innato** que se activa en situaciones percibidas como distresantes o peligrosas. Por ejemplo: un niño, al escuchar un ruido fuerte, se asusta y abraza a su figura de apego.



Figura 1. Apego seguro infantil.

Si sentimos amenaza, buscaremos la seguridad que nos da estar cerca de nuestra figura de apego; si no, podremos dedicarnos a explorar el ambiente.

La ventana de tolerancia

Ventana de Tolerancia/Resiliencia



Figura 2. Ventana de tolerancia o de resiliencia. Fuente: Boom, Steele, y Van Der Hart (2014).

Hay muchas situaciones críticas cuya salida no es hacia una normalidad, sino hacia una «normalidad de alto estrés» que se sitúa en el último tercio de la ventana. El efecto de una trayectoria de crisis múltiples con salidas a un estrés alto ha sido bien descrita por Terr (1991) en términos de **consecuencias serias** en el funcionamiento psicológico. Esto incluye:

- ▶ Medidas significativas de protección del *self*: negación, represión, disociación, autoanestesia y autohipnosis, identificación con el agresor, autoagresión.
- ▶ Cambios profundos de carácter (especialmente en menores de cinco años): ausencia de sentimientos, rabia y tristeza. Diagnosticados como trastornos de conducta, déficit de atención, depresión y trastornos disociativos.
- ▶ Frecuentemente se relaciona con experiencias tempranas en la niñez de abuso y negligencia por parte de las figuras de apego (apego traumático) (Terr, 1991).

La **regulación emocional** es una parte imprescindible para poder estar bien. Sin embargo, muchas personas tienden a experimentar demasiado o muy poco en diferentes áreas de la vida:

- ▶ Sentir cada pequeño dolor o cambio en el cuerpo (demasiado) o no sentirlo cuando se han hecho daño (muy poco).
- ▶ Pensar demasiado y ser incapaces de parar los pensamientos o no ser capaz de pensar en absoluto y quedarse en blanco.
- ▶ Ser muy sensible a los cambios que hay alrededor o no prestar nada de atención al entorno.

Sentir demasiado o muy poco indica dificultades con la regulación de la **activación fisiológica**. El nivel de activación indica lo física y emocionalmente receptivo o reactivo que estamos. Por ejemplo, podemos dejar de estar regulados cuando reaccionamos a estímulos que son especialmente emocionales o estresantes como

aprender una nueva habilidad difícil, discutir con otra persona, conducir en atascos, tener un sentimiento desagradable o recordar algo doloroso.

Con el fin de funcionar lo mejor posible, todos necesitamos un **nivel de activación óptima**, según lo que necesitemos para la situación actual. Nuestros pacientes tendrán que aprender a experimentar lo «suficiente» en lugar de demasiado o muy poco. A esta activación óptima se le llama **ventana de tolerancia**.

Es el rango de intensidad emocional que es tolerable para cada persona, dentro del cual se puede aprender y tener una sensación interna de seguridad.

Cuando estamos fuera de nuestra ventana de tolerancia, experimentamos demasiada activación (hiperactivación), o no la suficiente (hipoactivación).

Algunas veces, la ventana de tolerancia puede ser demasiado pequeña, de forma que podemos agobiarnos rápidamente y sentirnos fuera de control. En este caso, la tarea será ir ampliando cada vez más la ventana de tolerancia hasta que sea suficiente para afrontar la vida diaria.

Cuando se ha estado crónicamente abrumado, estresado, etc., nuestra habilidad para regular la activación fisiológica queda alterada.

Autorregulación y regulación relacional

Nos regulamos utilizando una mezcla de regulación relacional (regulación interactiva, con el otro) y de autorregulación (regulación interna) (Schoore, 2003).

Como hemos visto anteriormente, es en la primera infancia donde los cuidadores primarios ayudan a calmar a los bebés o a los niños pequeños, atendiendo sus necesidades emocionales, físicas y consolándolos. Esto sienta las bases tanto para

que seamos capaces de regularnos a nosotros mismos (tranquilizándonos, frenándonos para reflexionar, practicando ejercicios para calmarnos o haciendo cosas que nos hacen sentir mejor) como para crecer y desarrollarnos.

Algunas personas tienen dificultades para confiar en los demás para cualquier tipo de ayuda, es decir, no utilizan la regulación relacional, mientras a otras les es difícil confiar en sí mismas, es decir, no utilizan la autorregulación. Ambos grupos tienen una desventaja significativa, puesto que todos tenemos situaciones en las que una de las formas de regularse no es suficiente o apropiada.

Si aprendemos a no juzgar las emociones y otras experiencias internas, pudiendo reflexionar sobre ellas sin evitarlas, nuestra ventana de tolerancia aumentará, tendremos más tolerancia para una gama más amplia de intensidad en las experiencias.

A continuación, exploraremos algunos de los problemas y soluciones para cuando se experimenta demasiado o muy poco.



Vídeo. Dificultades terapéuticas relacionadas con la regulación emocional.

Accede al vídeo a través del aula virtual

Experimentar demasiado: hiperactivación

A veces, algunas personas se sienten tan sensibles e irritables que es muy fácil que se desborden y abrumen en la vida diaria. Una vez desbordados (agitados, ansiosos, asustados, enfadados...), les puede resultar muy difícil calmarse.

El tiempo parece pasar más lento, como si fueran a estar así siempre y no pudieran recordar cómo es estar tranquilos. Esto aumenta el malestar y necesitan parar la intensidad lo que está sintiendo utilizando **recursos desadaptativos** para conseguirlo (beber alcohol, tomar drogas, autolesionarse físicamente, meterse en peleas, decir cosas de las que luego se arrepienten o aislarse de los demás). Después, pueden no entender por qué se sentían tan terriblemente mal ni lo que ha pasado, esto pasa a veces cuando se ha desencadenado una parte disociada.

Recursos que ayudan al experimentar demasiado

- ▶ Distraerse temporalmente con actividades sanas.
- ▶ Expresar las emociones de forma adaptativa.
- ▶ Hacer ejercicios de enraizamiento que ayuden a mantenerse en el presente.
- ▶ Respirar profundamente y descansar.
- ▶ Hacer alguna actividad física como pasear o correr.
- ▶ Ver una película agradable.
- ▶ Leer un libro.
- ▶ Escuchar música tranquila.
- ▶ Hacer algo agradable o divertido.
- ▶ Llamar a un amigo y quedar juntos.
- ▶ Hacer una actividad que requiera concentración (un crucigrama, un juego, dibujar, colorear...).
- ▶ Recordar o leer que todas las experiencias, por desagradables o intensas que sean, tienen un principio y un final.
- ▶ Observar qué estaba ocurriendo cuando empezó a sentirse desbordado.

Experimentar muy poco: hipoactivación

A través de la evitación y la insensibilización, a veces se experimenta bastante poco, a esto se le llama hipoactivación. Tendemos a la hipoactivación cuando nos estresamos.

Algunas personas pueden ser incapaces de oír o responder a quienes están hablando con ellas, se bloquean al sentirse abrumados, evitan pensar sobre algo doloroso o desagradable, se sienten entumecidas e indiferentes. Puede que hayan etiquetado ciertos sentimientos o experiencias como «malos» y de esa forma los evitan.

Son apropiadas muchas de las intervenciones utilizadas para la hiperactivación mencionada anteriormente.

Recursos para afrontar el experimentar muy poco:

- ▶ Activarse física y mentalmente (levantarse, moverse). Evitar el quedarse cada vez más quieto.
- ▶ Sentirse seguro fijándonos en el presente.
- ▶ Hacer una actividad física breve para aumentar el ritmo cardíaco y el nivel de energía (hacer flexiones o correr).
- ▶ Observar el entorno utilizando los cinco sentidos, por ejemplo, nombrando en voz alta las cosas que se observan para enraizarse en el presente.
- ▶ Estimular la mente para conseguir que el cerebro esté más activo, contar hacia atrás desde 100, de tres en tres, de cinco en cinco, salir fuera y contar árboles o coches.
- ▶ Movernos muy poco a poco: un dedo, guiñar los ojos o mover la nariz.
- ▶ Si se siente frío o como si se estuviera congelando (una experiencia común en la hipoactivación), darse un baño o ducha caliente.
- ▶ Si se siente entumecimiento físico, observar en qué lugar del cuerpo sí puede sentir, por ejemplo, tocar el brazo suavemente mientras dice: «estoy tocando mi brazo».

8.3. Defensas

Para desenvolvemos de forma adaptativa en la vida diaria, necesitamos darnos cuenta de todo lo que puede ser una amenaza (física, social y relacional) para nosotros y aprender a defendernos.

Para ello nuestra mente tiene defensas, encargadas de prevenir y defendernos de las amenazas que hay a nuestro alrededor. En el momento en el que se crearon, fueron muy necesarias y es gracias a eso que sobrevivimos, ya que tienen un valor adaptativo muy importante, se automatizan para no tener que estar pensando qué hacer ante situaciones de peligro, ya que es vital actuar rápido para la supervivencia. Sin embargo, a veces no resultan útiles, ya que esas amenazas ya no existen. Es por ello que necesitamos entender de qué quieren defendernos y por qué.

Estos mecanismos defensivos utilizan la energía disponible, por eso, un síntoma común cuando hay estrés es el cansancio o el agotamiento. Hay veces que como estos mecanismos no pueden hacer lo que necesitarían para defendernos, desencadenan acciones sustitutivas (comer en exceso, jugar a las máquinas, drogarse) que afectan a nuestro bienestar.

¿Cómo funcionan las defensas?

Las defensas pueden funcionar correctamente o no, pero para funcionar necesitan vigilar el entorno e identificar si existe alguna amenaza alrededor que requiera que nos preparemos para la defensa y, una vez identificada la amenaza y evaluado el peligro, se tomarán dos acciones: huir de ella o hacerle frente y luchar.

Muchas de las defensas se crearon en circunstancias externas que fueron una amenaza y que hacía falta actuaciones inmediatas para protegernos.

El problema aparece cuando esas amenazas ya no están y nuestras defensas siguen actuando indefinidamente, como si todo siguiera igual, sin darse cuenta de que la situación ha cambiado.

¿Cómo se manifiestan las defensas?

Las defensas tienen muchas formas de mostrarse:

- ▶ Huyendo cuando hay situaciones que generan ansiedad (evitación).
- ▶ Huyendo para no sentir emociones negativas: comer compulsivamente, beber alcohol, tomar drogas...
- ▶ Mediante hiperactivación fisiológica: ponerse en alerta haciendo que los sentidos sean capaces de percibir cosas que normalmente pasarían por alto.
- ▶ Impidiéndonos concentrarnos en algo.
- ▶ Produciendo amnesia.
- ▶ Anestesiando nuestras emociones.

Se activan mediante **disparadores**, estímulos que nuestro cerebro entiende que se parecen a situaciones, personas, lugares, sensaciones o experiencias pasadas, pero que en la actualidad no suponen ningún peligro.

La idea no es que las defensas desaparezcan, son muy necesarias y no podemos vivir sin ellas, pero sí es importante que aprendan a seguir cumpliendo su función de otra forma más adaptativa. Por ejemplo, si se tiene la experiencia de que alguien pida algo por la calle (un boli) y, al dárselo, nos agredió y robó, la próxima vez desarrollaremos mecanismos para que no vuelva a suceder lo mismo (defensas):

- ▶ Pensar que en realidad quiere hacerme daño o robarme.
- ▶ Tener cuidado.
- ▶ Activar alertas fisiológicas.

Sin embargo, no todas las personas que nos piden alguna vez algo quieren hacernos daño, esto es **desadaptativo**: si se activan las defensas cada vez que nos piden la hora, nos pregunten algo por la calle o nos piden prestado un boli, la defensa ya no es adaptativa y habrá perdido su función.

Tipos de defensas

Represión

Freud llamó represión a la actividad mental que hace que un pensamiento, un impulso o un recuerdo se mantengan al margen de la consciencia.

Esta defensa destierra parte del material de nuestra mente a un nivel inconsciente, es decir, no accesible a la conciencia. Activamente tapa, reprime, olvida y olvida que ha olvidado; no recordamos haber hecho este proceso. A pesar de que permanece en la memoria subconsciente, no puede ser fácilmente recuperado, ya que si lo hemos reprimido es porque nos resulta demasiado doloroso o inaceptable.

Este mecanismo es comúnmente conocido como **amnesia** y es lo que les ocurre a muchas personas que han sufrido un incidente del tipo que sea, especialmente traumático, donde se han enfrentado con un dolor extremo o peligro para sí mismo o los demás.

Por ejemplo: alguien que, tras un accidente de coche, es incapaz de recordar los detalles a pesar de no haber recibido ningún golpe en la cabeza. Esta defensa hace que nuestra memoria sea extremadamente selectiva con relación a lo que debe o no debe recordar.

Aislamiento afectivo

Esta defensa no elimina de la memoria el hecho traumático o desagradable, pero sí guarda los sentimientos que genera. La atención se concentra en los hechos y anula

todos los sentimientos negativos, desapareciendo de la atención y pasando al inconsciente, pudiendo tener una **versión suavizada** de esa experiencia.

Por ejemplo, una paciente que haya sufrido abusos sexuales y la primera vez que lo cuenta en terapia, nos da detalles muy precisos sin mostrar ningún sentimiento doloroso. Estas personas suelen decir «hace mucho que pasó», «lo tengo totalmente asumido», cuando la realidad es que han aislado ese dolor del resto de la mente, manteniéndolo oculto en el inconsciente para evitar ese dolor.

Despersonalización

Esta defensa hace que se **altere la percepción** o experiencia de uno mismo, de modo que se inhibe un sentimiento o sensación de forma que la persona se siente separada del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior al propio individuo, no sintiendo emociones o sensaciones físicas. Muchas personas relatan sentirse vacíos, como muertos en vida, desconectados de ellos mismos.

Por ejemplo, cuando estamos en un incendio e intentamos salvar a otra persona, ponemos en riesgo nuestra vida de forma automática, sin sentir miedo o dolor en el cuerpo, simplemente lo hacemos.

El trabajo emocional se hace imposible mientras la persona está separada de sus emociones y sensaciones, por lo que tendremos que trabajar con esta defensa para poder llegar al reprocesamiento.

Anulación retroactiva

Se produce cuando una persona se esfuerza en hacer como si pensamientos, palabras, gestos o actos pasados no hubieran ocurrido. Se pretende mentalmente borrar algo que ha sucedido y que es irreversible. No se trata de una amnesia, sino de algo peor: de convencernos de que no ha pasado.

Por ejemplo, un padre que actuaba como si su hija siguiese con vida y a su lado. No podía admitir que hubiera fallecido y que nunca fuera a volver, por ello seguía preparando su mochila del colegio, no dejaba que nadie ocupara su silla, leía todas las noches su cuento...

Desplazamiento

Actúa cuando un sentimiento conectado a una persona o circunstancia en particular se desplaza hacia otra persona, habitualmente con ninguna o escasa relación con el hecho desencadenante.

Por ejemplo, tener un mal día en el trabajo, que un compañero nos eche una bronca y quedarnos bloqueados sin responder y, al llegar a casa, discutir con nuestro hijo por cualquier cosa.

Fantasear

Inventarnos cosas puede satisfacernos al **sustituir los problemas reales** del día a día. Por ejemplo: que nuestra pareja nos deje y nosotros sigamos imaginando que va a volver, sin contarle a nadie lo que ha pasado e imaginando el reencuentro como algo maravilloso a partir del cual todo irá bien.

Formación reactiva

Intentamos convertir un hecho desagradable, controvertido o doloroso en otro amable para nosotros, aquello que no podemos satisfacer se sustituye por lo contrario.

Por ejemplo, un adolescente que es rechazado por una chica y pasa a odiarla y que ya no le guste. O un día no darse una ducha y el «ser guarro» lo lleva a ducharse tres veces al día siguiente.

Proyección

Cuando los sentimientos se convierten en una carga demasiado pesada, la mente los puede manejar mejor si los distancia. Una forma de hacerlo es hacerse la idea de que son de otro. Por ejemplo, que empiece una película de miedo y decir «mejor la cambiamos porque te va a dar miedo».

Negación de la realidad

Se transforma la realidad de forma que nos negamos rotundamente a aceptar las cosas como realmente son y las consideramos exactamente al contrario. Por ejemplo, una persona con una enfermedad grave que conoce la realidad, pero la niega.

Racionalización

Es una de las estrategias más frecuentes, permite la negación de los verdaderos motivos «tapando» los impulsos negativos con un manto de racionalidad. Por ejemplo: una persona que no tiene amigos por su actitud desagradable, pero se cree que es por «ser demasiado inteligente y no encajar con gente normal».

En el reprocesamiento, al principio sobre todo, las defensas que más encontraremos serán las **somáticas**. Al intentar reprocesar, la persona no podrá conectar con las emociones ni las sensaciones físicas; de hecho, normalmente tampoco vienen pensamientos ni imágenes y no es que no haya canales de memoria, es que hay defensas. Las respuestas suelen ser: «No me viene nada», «estoy en blanco»..., por lo que tendremos que prestar mucha atención al lenguaje no verbal y al cuerpo, ya que entre el pensamiento, la emoción y el cuerpo, este último es el que menos miente.



Vídeo. Dificultades terapéuticas relacionadas con las defensas y la disociación.

Accede al vídeo a través del aula virtual

8.4. Disociación

La disociación es un mecanismo psicológico de defensa que se activa cuando nos sentimos sometidos a alguna forma de violencia, física o emocional, siendo su aspecto más nuclear la **falta de integración de la identidad**.

Una personalidad bien integrada tiene una perspectiva de primera persona del *self*, los otros y el mundo, una capacidad integrativa y conductas adaptativas en el mundo. Incluye capacidades regulatorias y reflexivas.

Cuando una persona tiene necesidades, carencias emocionales o ha sido herida, humillada, asustada o avergonzada en algún momento de su pasado, muchas veces, con la suficiente intensidad o en un momento en el que era vulnerable, permanecen en ella partes que contienen las emociones, las sensaciones y los recuerdos de esas experiencias.

En estos casos se desarrollan defensas internas para mantener estos aspectos dolorosos fuera de la conciencia y así, proteger a estas partes vulnerables y necesitadas para evitar el sufrimiento asociado con ellas.

Para detectar los síntomas disociativos, veremos algunos ejemplos:

- ▶ Indicios de disociación: lapsos de memoria, pruebas de actos no recordados, despersonalización, etc.
- ▶ Síntomas más claros de disociación: sentir que tiene otra personalidad, actos controlados por otra persona, lapsos de tiempo perdido fuera de la conciencia, alucinaciones auditivas, sentir que «no soy yo»...

Uno de los síntomas que más nos encontramos y, como hemos visto, una defensa psicológica, es la **amnesia**: cuando lo que se reprime o se oculta en lo más profundo del inconsciente son los recuerdos, el mecanismo que lo lleva a cabo es lo que denominamos amnesia. Por definición, es la pérdida parcial o total de la memoria, puede deberse a causas emocionales, orgánicas o a la combinación de ambas.

A veces la amnesia puede ayudarnos a sentirnos mejor al desarrollar una barrera frente a un suceso desagradable, de forma que no afecte a nuestra conciencia o a nuestros futuros comportamientos.

Trabajo con las partes disociadas

Desde el inicio del tratamiento, debemos tener en cuenta todos los estados mentales del paciente. La fragmentación está ahí y es importante tener técnicas que nos ayuden a reducirla. Cuando hablamos del trabajo con partes no nos estamos refiriendo al extremo de mayor fragmentación de la personalidad (TID, trastorno de identidad disociativo), sino también al manejo de estados mentales o estados del ego.

Objetivos del trabajo con las partes disociadas (González, 2010)

- ▶ Establecer una buena alianza con todo el sistema: «que todo tu interior pueda escucharme», «¿qué opina esta parte de ti sobre lo que estamos diciendo?».

- ▶ Desmontar las cogniciones que mantienen las barreras entre estados de conciencia: «Esa parte no soy yo».
- ▶ Cambiar discusión y lucha interna por diálogo y cooperación: puede hacerse de moderador o ayudar al paciente a buscar uno en una especie de «mesa redonda interna».
- ▶ Establecer sistemas de ayuda interna: nuestro modo de relacionarnos y considerar todos los estados mentales del paciente como buenos y útiles introduce un modelo de aceptación y cuidado. También ayuda enseñar a estos estados mentales a reproducir este modelo.
- ▶ Centrar la colaboración entre partes en conseguir objetivos en el mundo externo: las partes, además de aprender a trabajar como un equipo, pueden aprender a colaborar para ayudar a solucionar problemas cotidianos.
- ▶ Buscar una nueva finalidad adaptativa a cada parte, incluidas las aparentemente disfuncionales.

8.5. Múltiples diagnósticos

Los pacientes con disociación reciben comúnmente otros diagnósticos. Como hemos visto, la dificultad del diagnóstico, la multiplicidad de síntomas y las defensas dificultan el tratamiento.

Al estar presente tanto trauma, presentan un alto grado de comorbilidad con otros trastornos asociados, como por ejemplo:

- ▶ Trastornos de ansiedad.
- ▶ Trastornos afectivos.
- ▶ Adicciones.
- ▶ TLP.
- ▶ Trastornos psicóticos, esquizofrenia.
- ▶ Trastornos por somatización y somatomorfos.

8.6. Psicósomática

Cuando un problema emocional no se resuelve se puede convertir en un problema físico, a eso lo llamamos **somatizar**.

Las **enfermedades psicósomáticas** son alteraciones de la salud originadas o agravadas por problemas de ámbito psicológico.

Una persona sufre somatizaciones cuando presenta uno o más síntomas físicos y, tras un examen médico, estos síntomas no pueden ser explicados por una causa única física. Además, pese a que la persona pueda padecer una enfermedad, tales síntomas y sus consecuencias son excesivos en comparación con lo que cabría esperar.

La somatización está estrechamente relacionada con la traumatización y con su mayor gravedad. La frecuencia de antecedentes traumáticos nos hace pensar en posibles síntomas disociativos y con ello, un nuevo enfoque en el abordaje.

Cuando lo que ocurre en el entorno provoca emociones que nos producen malestar, por ejemplo, el estrés, la activación de nuestro cerebro cambia, se liberan las hormonas del estrés. Este debilita el sistema inmunológico, especialmente si es sostenido en el tiempo, una persona expuesta al trauma tiene un cerebro distinto, con estructuras cerebrales menos desarrolladas.

Algunos **ejemplos** de enfermedades psicósomáticas son:

- ▶ Fibromialgia. Síndrome caracterizado por dolor en los músculos y las articulaciones que generalmente se acompaña con cansancio o fatiga crónica.
- ▶ Cefalea. Dolores de cabeza frecuentes que tienen un origen tensional.
- ▶ Fatiga crónica. Sensación de cansancio que dura varios meses sin que exista una causa y no desaparece ni siquiera después de haber descansado lo suficiente.

- ▶ Dolor crónico. Dolor o sensación de malestar que se extiende durante más de 6 meses. En algunos casos puede ser debido a una enfermedad, pero en otros no se conoce la causa específica.
- ▶ Trastornos dermatológicos: Como la psoriasis, el eccema, la dermatitis, que normalmente tienen un gran componente psicológico, ya que la piel es uno de los órganos más afectados por el estrés.



Vídeo. Dificultades terapéuticas en pacientes con sintomatología psicósomática.

Accede al vídeo a través del aula virtual

¿Cómo prevenir o abordar las enfermedades psicósomáticas?

Tendremos que enseñar a nuestros pacientes a gestionar el malestar emocional, algunas propuestas pueden ser:

- ▶ Trastornos de ansiedad.
- ▶ Aprender a gestionar el estrés y las emociones: ejercicios de respiración y relajación.
- ▶ Descanso y horas de sueño.
- ▶ Alimentación saludable.
- ▶ Relaciones sociales, familiares y laborales sanas.
- ▶ Poner límites de manera asertiva.
- ▶ Conectar lo que pasa con lo que siento y cómo eso lo nota mi cuerpo.
- ▶ Estrategias para sacar y regular el malestar: escribir, dibujar...

8.7. Historia del terapeuta

Sabemos que el autocuidado es muy importante, especialmente el nuestro como terapeutas, ya que somos personas que cuidamos de otros y, para poder cuidar, debemos estar bien.



Figura 3. Cuidarse. Fuente: <http://www.pastoraljuvenil.es/cuidarse/>

Este aviso en los aviones es un buen ejemplo, si en caso de descompresión a bordo hay un niño a tu lado, ¿le pones primero la mascarilla o te la pones tú?

La respuesta instintiva puede ser colocársela al niño primero, pero si no tienes puesta tu mascarilla de oxígeno, sin oxígeno suplementario pierdes capacidad de reacción, te vas debilitando rápidamente, te desmayas y no puedes ayudar a nadie.

Nos relacionamos en consulta con personas que vienen con múltiples problemas, síntomas y malestar y, como hemos visto, esto hace que tengamos sentimientos y que nuestro cuerpo lo registre (por mucho que no queramos). Esta profesión se enmarca en las profesiones expuestas al riesgo, sobre todo si nos especializamos en trauma, ya que estamos en contacto con trauma vicario.

La transferencia y contratransferencia se dan en todos los enfoques terapéuticos, pero con pacientes traumatizados son especialmente importantes, por ello es

esencial que antes y después de una sesión con un paciente traumatizado, nos observemos y veamos si estamos sintiendo algo en relación con nuestra propia historia. Así podremos manejar mejor lo que surja durante la sesión, sabiendo si tiene que ver con el paciente o si es nuestro. Si tiene que ver con nosotros, tendremos que llevarlo a nuestra propia terapia para poder ver qué se me está conectando y trabajarlo para que no interfiera en el tratamiento.

Si al empezar una sesión estamos descansados y de pronto en la sesión sentimos un cansancio extremo ante el paciente (contratransferencia), probablemente será algo que el paciente nos está haciendo sentir.

Si no estamos conectados con nosotros mismos, con nuestras emociones y no trabajamos nuestra propia historia, no podremos hacer un buen trabajo terapéutico porque se nos estará escapando un gran porcentaje de material muy valioso.

8.8. Referencias bibliográficas

Boom, S, Steele, K. y Van Der Hart, O. (2014). *Vivir con disociación traumática: entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loos: Vol.1. Attachment*. London, UK: Penguin Books.

González, A (2010). *Trastornos disociativos: diagnóstico y tratamiento*. (Madrid): Pléyades.

Schore, A. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. Nueva York: W.W. Norton.

Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.

Asociación Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación

Asociación Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación. Página web oficial.

<https://www.isst-d.org/>

Esta web contiene gran cantidad de recursos en lengua inglesa.



Asociación Europea de Trauma y Disociación

Asociación Europea de Trauma y Disociación. Página web oficial. <https://www.estd.org/>

Web de la Asociación Europea de Trauma y Disociación.



1. El apego. Elige la opción incorrecta:

- A. Es una necesidad básica que tienen todos los niños.
- B. Es un mecanismo innato.
- C. Solo nos sirve para pedir comida, necesitamos sobrevivir.
- D. Se activa en situaciones percibidas como distresantes o peligrosas.

2. Sobre la ventana de tolerancia.

- A. Todos tenemos la misma.
- B. Es algo que no se puede cambiar.
- C. Sentir demasiado o muy poco indican que estoy fuera de mi ventana de tolerancia.
- D. Experimentar demasiada activación fisiológica indica hipoactivación.

3. Relaciona cada ítem con su ejemplo de regulación:

Cuando estoy mal, coloreo y eso me ayuda a estar mejor.	1	A	Autorregulación (ítem 1)
Cuando estoy mal, necesito que alguien me dé un abrazo y eso me calma.	2	B	Autorregulación (ítem 3)
Cuando estoy mal, necesito estar solo para poder organizar mis sentimientos.	3	C	Regulación relacional (ítem 2)
Cuando estoy mal, llamo a algún amigo para poder contarle lo que me pasa.	4	D	Regulación relacional (ítem 4)

4. Algunas cosas que pueden ayudar cuando experimentamos demasiado:

- A. Hacer alguna actividad física.
- B. Respirar profundamente.
- C. Hacer algo agradable.
- D. Todas son correctas.

5. Las defensas. Elige la respuesta incorrecta:
- A. Se encargan de prevenir y defendernos de las amenazas que hay a nuestro alrededor.
 - B. Utilizan la energía disponible, por eso un síntoma es estar muy cansados.
 - C. Nunca son adaptativas porque ya nunca estamos en peligro.
 - D. Son problemáticas si están activadas todo el tiempo, actuando como si siempre hubiese peligro.
6. El siguiente ejemplo es un tipo de defensa: «En casa mi pareja me dice que no hago nada en casa y que soy una vaga; cuando voy a pedir cita en el ayuntamiento, dos trabajadores están en su tiempo de descanso desayunando y hay cola, yo digo “sois unos vagos, no trabajáis nada”». Elige la respuesta correcta:
- A. Formación reactiva.
 - B. Represión.
 - C. Desplazamiento.
 - D. Racionalización.
7. La amnesia. Elige la respuesta incorrecta:
- A. Es una defensa psicológica.
 - B. Es un mecanismo que reprime u oculta en lo más profundo del inconsciente los recuerdos traumáticos.
 - C. Puede deberse a causas solo emocionales.
 - D. A veces puede ayudarnos a sentirnos mejor.
8. Entre los objetivos del trabajo con las partes disociadas. Elige la respuesta incorrecta:
- A. Establecer una buena alianza con todo el sistema.
 - B. Cambiar discusión y lucha interna por diálogo y cooperación.
 - C. Enfocar la colaboración entre partes a conseguir objetivos en el mundo externo.
 - D. Intentar que las partes no adaptativas desaparezcan, una nueva finalidad adaptativa a cada parte.

9. Sobre la psicósomática. Elige la respuesta incorrecta:
- A. Cuando un problema emocional no se resuelve se puede convertir en un problema físico.
 - B. La somatización está estrechamente relacionada con la traumatización y con su mayor gravedad.
 - C. Puede deberse a causas solo emocionales.
 - D. El estrés hiperactiva nuestro cerebro y eso produce cambios en su estructura, además de poder debilitar el sistema inmunológico.
10. Nosotros como terapeutas. Elige la respuesta incorrecta:
- A. Es muy importante nuestro autocuidado.
 - B. Nuestro cuerpo puede registrar el malestar que traen los pacientes.
 - C. Somos profesiones expuestas al riesgo.
 - D. Es importante que no conectemos demasiado con nosotros para protegernos.