



# **Trauma Complejo.**

**Una introducción a las intervenciones clínicas  
desde la psicotraumatología, el enfoque polivagal  
y la clínica bioenergética**

**TRABAJO FINAL DE GRADO  
MONOGRAFÍA**

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

Docente Revisor: Prof. Adj. Dr. Jorge Bafico

Estudiante: Liz Udaquiola Villegas C.I: 4.943.636-9

Julio 2024

Montevideo, Uruguay.

## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Trauma complejo.....</b>	<b>5</b>
<b>TEPT (trastorno por estrés postraumático).....</b>	<b>10</b>
<b>La Teoría Polivagal y su aplicación en el tratamiento del trauma.....</b>	<b>13</b>
<b>Ventana de Tolerancia.....</b>	<b>17</b>
<b>El papel del apego en las respuestas fisiológicas.....</b>	<b>19</b>
<b>Técnicas de intervención.....</b>	<b>21</b>
<b>Reflexiones finales.....</b>	<b>26</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>29</b>

## Resumen

B. van der Kolk y J. Herman, entre otros investigadores y clínicos del trauma, postulan un nuevo diagnóstico conocido como **TEPT Complejo (Complex PTSD)** o Trastorno por Estrés Extremo (*DESNOS; Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) para los casos de abuso interpersonales prolongados y severos, en que la situación traumática se haya producido repetidamente y a lo largo de mucho tiempo, de tal manera que la exposición prolongada al trauma condiciona el desarrollo de la personalidad del individuo.

El **trauma complejo** tiene un impacto profundo en la psicología, afectando la capacidad de disfrutar de relaciones íntimas y alterando la biología, incluso pudiendo afectar el sistema inmunológico. Los eventos traumáticos, que amenazan la vida y la integridad física, exceden las adaptaciones cotidianas y requieren un tratamiento complejo. La interacción con el mundo y nuestras experiencias diarias se originan en el sistema nervioso autónomo, que modela nuestras percepciones de seguridad y conexión. Los traumas pueden variar desde eventos únicos hasta abusos prolongados, afectando gravemente la salud psicológica y física.

El tratamiento del trauma complejo requiere **técnicas psicoterapéuticas específicas**. El modelo **SPIA** (Sistema de Procesamiento de la Información Adaptativo) de la técnica **EMDR**<sup>1</sup> (Shapiro, 1987) facilita el procesamiento de recuerdos traumáticos, promoviendo una integración adaptativa de los mismos. Pero, en trauma complejo, no siempre podemos usarla dentro de la **Ventana de Tolerancia** del paciente, por lo que se hace necesario trabajar -previamente- la instalación de recursos internos que funcionen a modo de **Lugar Seguro** para el paciente. Para ello describiremos dos de las técnicas que se utilizan en el abordaje del Trauma Complejo: la técnica de **Pilares de Vida** (Carvalho, 2013) que fortalece los recursos personales del paciente, mejorando su capacidad para enfrentar el trauma y la técnica **Flash** (Mansfield, 2017) que ayuda a regular las emociones y disminuir la hiperactivación que generalmente encontramos en los pacientes con trauma complejo, desacelerando los procesos hiper responsivos. Por último, describiremos la técnica del **Análisis Bioenergético, TRE**<sup>2</sup> (Berceli, 2007), que utiliza los temblores musculares naturales (*neurogenic tremors*) para reducir el estrés y descargar los sedimentos del trauma

---

<sup>1</sup> *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares.

<sup>2</sup> *Traumatic Releasing Exercises*. Ejercicios para la liberación del estrés y del trauma.

inscritos en la fascia muscular, permitiendo trabajar acelerando los estados más hiporresponsivos (Gonçalves Boggio; 2019, 2021).

A diferencia del TEPT, que suele ser resultado de un evento traumático único, el trauma complejo proviene de experiencias repetitivas y prolongadas, como abuso infantil o violencia doméstica. El TEPT se caracteriza por síntomas como la reexperimentación del trauma y un estado de alerta aumentado, mientras que el trauma complejo incluye problemas adicionales como dificultades en la regulación emocional y relaciones interpersonales disfuncionales.

La **Teoría Polivagal**, propuesta por Porges (1992) y la **instrumentalización clínica** desarrollada por Dana (2018), explica cómo el sistema nervioso autónomo (SNA) responde a experiencias traumáticas, destacando la importancia de la conexión social y la autorregulación para alcanzar estados de seguridad y bienestar. Trabajar desde este enfoque proporciona una comprensión psicológica y fisiológica de cómo y por qué los pacientes se mueven a través de un ciclo continuo de movilización, desconexión y conexión social (*social engagement*). El sistema nervioso autónomo se va moldeando por las experiencias que vivimos a lo largo de la vida, tanto las de abandono como las de enriquecimiento y de apegos seguros afectan directamente en nuestras respuestas autonómicas (Dana, 2018).

**Palabras claves: trauma complejo, TEPT, técnicas de intervención, enfoque polivagal, psicotraumatología, clínica bioenergética.**

## Trauma complejo

En el contexto de mi formación de grado en Psicología en la Universidad de la República (UdelaR), así como en mi especialización clínica en Psicoterapia Bioenergética Corporal (TEAB, Taller de Estudios en Análisis Bioenergético) es que opté por elegir la temática del trauma complejo para la realización de la monografía del Trabajo Final de Grado.

Como seres humanos, somos una especie notablemente resiliente. Desde tiempos inmemoriales, hemos logrado recuperarnos de innumerables guerras, desastres naturales provocados por el hombre, así como de la violencia (las traiciones, las humillaciones, los abandonos y las pérdidas) sufridas en nuestra vida personal. Sin embargo, las experiencias traumáticas dejan una marca profunda, tanto a gran escala en nuestras historias culturales y personales, como en nuestros hogares y familias. Estas experiencias afectan nuestra mente y emociones, nuestra capacidad para disfrutar y mantener relaciones íntimas, e incluso nuestra biología y nuestro sistema inmunológico, pudiendo generar trastornos agudos o crónicos y enfermedades psicosomáticas.

Aún estamos lejos de poseer un conocimiento completo en el campo del trauma, pero el surgimiento de tres nuevas ramas de la ciencia ha generado una explosión de conocimiento sobre los efectos del trauma psicológico, el maltrato y el abandono. Estas disciplinas son:

- a) la neurociencia, que estudia como el cerebro soporta los procesos mentales,
- b) la psicopatología del desarrollo, que investiga el impacto de las experiencias negativas en el desarrollo de la mente y el cerebro, y
- c) la neurobiología interpersonal, que analiza como nuestro comportamiento influye en las emociones, la biología y la mentalidad de las personas que nos rodean (van Der Kolk, 2014).

El trauma sucede cuando cualquier experiencia nos impacta de una manera completamente imprevista: nos abrumba y nos deja alterados y desconectados de nuestros cuerpos. Cualquier mecanismo de afrontamiento que podamos haber tenido se debilita y nos sentimos completamente indefensos y sin esperanza perdiendo por completo la estabilidad. La probabilidad de desarrollar síntomas traumáticos está relacionada al nivel de desconexión del cuerpo en el momento del trauma (Levine y Frederick, 1999).

El comportamiento inducido por el trauma no puede ser abordado desde las técnicas tradicionales de intervención en crisis, que dependen de procesos lógicos de pensamiento. El comportamiento del trauma es una respuesta ilógica e instintiva que no está bajo el control del cerebro racional (Bercei, 2005). Los acontecimientos traumáticos son extraordinarios, no porque ocurren raramente sino porque superan las adaptaciones habituales de los seres humanos a la vida, a diferencia de las experiencias cotidianas del día a día, los acontecimientos traumáticos implican amenazas contra la vida o integridad física, o un encuentro personal con la violencia y la muerte. Los síndromes traumáticos son desordenes complejos y, por lo tanto, requieren un tratamiento complejo (Herman, 2004).

Aunque comúnmente se considera que el cerebro es el principal controlador de nuestras acciones, el origen de nuestra experiencia diaria y la forma en que interactuamos con el mundo reside en el sistema nervioso autónomo. Es en este sistema donde se generan las narrativas sobre nuestra identidad, el funcionamiento del mundo, nuestras acciones y emociones. La biología subyacente es fundamental en la configuración de nuestras percepciones de seguridad y conexión (Dana, 2022).

Las personas que han pasado por experiencias terribles padecen un daño psicológico significativo. Existe un amplio espectro de desorden traumático que va desde los efectos de un único acontecimiento a los efectos más complicados de un abuso prolongado y repetido (Herman, 2004). Aunque sería un error considerar a un solo incidente traumático como un evento aislado. Todo evento traumático está compuesto de tres etapas distintas, cualquiera de las cuales puede incrementar o disminuir el impacto definitivo del trauma. Para Rothschild (2015) las tres etapas son:

- 1) las circunstancias que conducen al incidente traumático,
- 2) el incidente traumático en sí y
- 3) las circunstancias después del incidente, tanto a corto plazo (minutos y horas) como a largo plazo (días, semanas, meses).

Por otra parte, Shapiro distingue el trauma con "T" mayúscula del trauma con "t" minúscula en términos de la naturaleza y el impacto de los eventos traumáticos. El trauma con "T" se refiere a los eventos en los que se percibe una amenaza directa a la integridad física, tales como atentados, abusos sexuales físicos, secuestros, asaltos y desastres naturales. Estos eventos activan de manera intensa el sistema nervioso simpático, limitando nuestra capacidad innata para afrontar diversas situaciones. Como consecuencia, generan un

miedo extremo, sentimientos de indefensión y una pérdida de control. En contraste, el trauma con “t” se refiere a experiencias perturbadoras que, aunque quizás no sean inherentemente traumáticas, se repiten con suficiente frecuencia como para que su efecto acumulativo sea tan significativo como el trauma con “T”. Ejemplos de estos incluyen el acoso escolar, el rechazo o maltrato continuado por parte de alguno de los cuidadores, etc. (Shapiro, 2013).

El trauma complejo se refiere a la exposición repetida y prolongada a situaciones traumáticas, generalmente en el contexto de relaciones interpersonales, como el abuso físico, emocional o sexual en la infancia, la violencia doméstica, el cautiverio o la trata de personas. Para Herman (2004) la recuperación se desarrolla en tres fases. La principal tarea de la primera fase es establecer la seguridad; la de la segunda, el recuerdo y el luto; la de la tercera, la reconexión con la vida normal. Las respuestas centrales del trauma psicológico son la indefensión y la desconexión con otros. La recuperación consiste en devolver el poder a la persona superviviente del trauma y la creación de nuevas conexiones. La recuperación tan solo puede ocurrir dentro del contexto de las relaciones; no puede ocurrir en aislamiento (Herman, 2004).

Los síntomas del trauma complejo incluyen desregulación emocional, con dificultades severas para gestionar las emociones y episodios de ira intensa o tristeza profunda, alteraciones en la conciencia, como amnesia, disociación y dificultades para mantener la atención, una autoimagen distorsionada con sentimientos persistentes de culpa, vergüenza y autodesprecio y relaciones interpersonales disfuncionales, con problemas para confiar y establecer límites. También se suele somatizar, manifestándose síntomas físicos con etiología desconocida, sin posibilidades de remisión de la sintomatología desde una resolución médica tradicional.

El tratamiento del trauma aborda múltiples niveles de la experiencia traumática mediante terapias especializadas. Algunas de ellas de las que hemos pesquisado además de las que veremos específicamente en esta monografía son la terapia sensoriomotora, las técnicas de integración y experimentación somática, *mindfulness*, etc. Las mismas incluyen intervenciones a largo plazo que abarcan la estabilización emocional, el procesamiento del trauma y la rehabilitación psicosocial.

Las personas en el entorno social de un sobreviviente juegan un papel crucial en la determinación del impacto final del trauma. La comprensión y empatía de los demás pueden

aliviar el efecto del evento traumático, mientras que las respuestas negativas pueden aumentar el daño y empeorar los síntomas traumáticos. Después de un trauma, los sobrevivientes están extremadamente vulnerables, con su sentido de identidad profundamente afectado, y sólo pueden reconstruirlo a través de las relaciones con otros. Este proceso por parte de la víctima implica acción, compromiso y recuerdo (Herman, 2004).

El apoyo emocional que los sobrevivientes buscan de familiares y amigos cercanos varía de forma y cambia durante el proceso de recuperación del trauma. Justo después del evento traumático es fundamental restablecer una mínima confianza, lo que requiere una reafirmación constante de la seguridad y la protección de la víctima. Los sobrevivientes, que a menudo temen estar solos, necesitan la presencia de alguien comprensivo. Debido a su experiencia de profundo aislamiento, son muy conscientes de la fragilidad de las conexiones humanas y, al enfrentar el peligro, necesitan garantías claras de que no serán abandonados nuevamente. Una vez restablecida la sensación de seguridad básica, el sobreviviente requiere el apoyo de los demás para reconstruir una autoimagen positiva.

Es crucial restablecer el equilibrio entre la intimidad y la agresión, alterado por el trauma. Para ello, es indispensable que los demás sean comprensivos con la necesidad fluctuante del sobreviviente de cercanía y distancia y respeten sus intentos de recuperar la autonomía y el autocontrol. No es apropiado que los demás toleren explosiones incontroladas de agresión, ya que dicha tolerancia puede ser contraproducente y aumentar la carga de culpa y vergüenza del sobreviviente. La manera más natural de que los seres humanos se calmen cuando están alterados es aferrándose a otra persona.

Esto significa que los pacientes que han sido atacados física o sexualmente se enfrentan a un dilema: anhelan desesperadamente el contacto, pero al mismo tiempo, el contacto físico los aterra. Deben reeducar su mente para sentir las sensaciones físicas, y deben ayudar a su cuerpo a tolerar y a disfrutar de los beneficios del contacto (van der Kolk, 2014).

Stephen Porges describe al trauma como una interrupción crónica de la conexión, la conexión con los demás tiene que ver con una sensación de pertenencia y con crear una sensación compartida de seguridad (Dana, 2002). Mediante un número adecuado de experiencias de conexión social y oportunidades constantes y previsibles de reciprocidad y correulación, establecemos los cimientos para la autorregulación. Esta capacidad nos sustenta cuando las experiencias de correulación no están disponibles.



El trauma temprano tiene un impacto profundo y duradero en la salud y la capacidad relacional de una persona a lo largo de su vida. Este tipo de trauma, que ocurre en las primeras etapas del desarrollo, puede causar una desregulación sistémica que se manifiesta en síntomas fisiológicos y emocionales complejos, tales como baja autoestima, ansiedad y depresión. Estas manifestaciones son el resultado de experiencias tempranas de desprotección y falta de amor, las cuales afectan negativamente la identidad y la capacidad de establecer conexiones sociales saludables.

La teoría polivagal de S. Porges ofrece enfoques esperanzadores para mitigar los efectos del trauma temprano. Esta teoría ha influido en el desarrollo de diversas técnicas dentro de la psicotraumatología, incluyendo Somatic Experiencing (SE) y Tension & Trauma Releasing Exercises (TRE). Técnicas diseñadas para ayudar a desactivar los estados defensivos y los patrones de supervivencia que se establecen como resultado del trauma temprano, facilitando la regulación del sistema nervioso autónomo y promoviendo la recuperación y el bienestar.

El impacto del trauma temprano no se limita a las experiencias inmediatas de desregulación emocional y fisiológica, sino que también crea una plantilla que influye en los patrones psicológicos, energéticos, fisiológicos y relacionales a lo largo de la vida. En otras palabras, las experiencias traumáticas tempranas moldean las respuestas del individuo al estrés y a las relaciones interpersonales, socavando el desarrollo psicológico saludable y la capacidad para mantener relaciones sanas. Además, incrementa la vulnerabilidad de un bebé o niño a experiencias traumáticas en etapas posteriores del desarrollo. Por ejemplo, el trauma prenatal puede complicar significativamente el proceso de nacimiento, y un nacimiento traumático puede interferir con el establecimiento de un apego seguro. Esta cadena de eventos puede predisponer al individuo a una mayor sensibilidad a situaciones estresantes o traumáticas en fases posteriores de la vida, afectando su desarrollo emocional, psicológico y social. La angustia y la desorganización causadas por el trauma temprano en el sistema nervioso se manifiestan a todos los niveles de la función corporal, conduciendo a distorsiones en la identidad del individuo.

Para Levine y Kline (2016) es crucial diferenciar cuatro tipos o fases en las que las experiencias traumáticas tempranas pueden interrumpir el funcionamiento del SNA, generando estados defensivos y estilos de supervivencia:

- 1) **Trauma prenatal:** este tipo de trauma ocurre durante el desarrollo fetal y puede influir negativamente en el bienestar fisiológico y neurológico del feto. Las experiencias traumáticas prenatales pueden incluir estrés materno severo, exposiciones tóxicas o complicaciones médicas que afectan al feto.
- 2) **Trauma en el nacimiento:** los traumas que ocurren durante el proceso de parto pueden tener consecuencias inmediatas y a largo plazo en el desarrollo del recién nacido. Complicaciones como el parto prolongado, la falta de oxígeno o intervenciones médicas invasivas pueden dejar una huella traumática significativa.
- 3) **Trauma perinatal:** este tipo de trauma sucede en el período inmediatamente anterior o posterior al nacimiento. Incluye complicaciones médicas, separaciones tempranas de la madre y otras experiencias estresantes que pueden perturbar el inicio de la vida fuera del útero.
- 4) **Trauma de apego o relacional:** este tipo de trauma ocurre en las interacciones tempranas con los cuidadores principales y afecta la formación de un apego seguro. Las experiencias de desprotección, negligencia o abuso en esta etapa crucial pueden alterar la regulación emocional del niño y su capacidad para establecer relaciones de confianza en el futuro.

Comprender estas fases del trauma temprano y sus impactos permite desarrollar intervenciones más efectivas y específicas para abordar las secuelas del trauma temprano. Es fundamental reconocer la importancia de la intervención temprana y el apoyo continuo para mitigar los efectos del trauma temprano y promover un desarrollo saludable y resiliente.

### **TEPT (trastorno por estrés postraumático)**

Para el abordaje clínico es muy importante distinguir entre el trauma complejo y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) simple, ya que representan dos respuestas diferentes a experiencias traumáticas, con diferencias en su origen, síntomas y tratamiento.

En el año 80, se formuló el diagnóstico de TEPT para su inclusión en el DSM-III al capturar nosológica y fenomenológicamente la psicopatología asociada con la traumatización en adultos. Numerosos estudios han demostrado que la construcción diagnóstica de TEPT es clínicamente relevante para los individuos que han sufrido incidentes traumáticos únicos, tales como violación, ataques físicos (robos) y accidentes automovilísticos (Gonçalves

Boggio, 2019). Peter Levine (2012) define el TEPT como consecuencia de un evento traumático que no se ha procesado en el sistema nervioso autónomo (de aquí en más SNA) adecuadamente, lo que afecta gravemente a una persona para funcionar en su vida diaria.

Los síntomas que se presentan abarcan la reexperimentación del trauma a través de flashbacks, pesadillas o recuerdos intrusivos; la evitación de lugares, personas y actividades que recuerdan el trauma; alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, como pensamientos negativos persistentes, culpa y desapego emocional; y la hiperactivación, que se manifiesta en sobresaltos, dificultades para dormir, irritabilidad y problemas de concentración. Durante un evento traumático, el cerebro alerta al cuerpo sobre una amenaza. En el TEPT, el cerebro insiste en crear y recrear la misma alerta, estimulando al SNA para prepararse para las reacciones de defensa de lucha, huida o parálisis (Rothschild, 2015).

Sin embargo, Palacios (2002) -tal como se describe actualmente en el DSM V- señala que el TEPT no se origina simplemente por la exposición a un evento traumático, sino que es la respuesta personal al trauma lo que lo desencadena. Esta respuesta individual determina si un evento se considera traumático o no (Enrique, 2004; Palacios et al., 2002). Por lo tanto, la exposición a factores estresantes no es suficiente para desarrollar TEPT, ya que este trastorno tiene un origen multifactorial, donde interactúan factores de riesgo, factores de resiliencia y una vulnerabilidad biológica preexistente (Pieschacon, 2006).

El TEPT implica, además de los síntomas mencionados, otras reacciones como deterioro en la modulación del afecto, vergüenza, pérdida de creencias, sensación constante de amenaza, hostilidad, duda e inseguridad. Es común que las víctimas de una situación traumática experimenten aislamiento, sentimientos de ira y hostilidad hacia los demás debido a la percepción de no ser comprendidos (Pieschacon, 2006).

Según Palacios (2002), los factores de riesgo para el TEPT se dividen en dos categorías: los relacionados con la persona (individuales, familiares y sociales) y los relacionados con el evento traumático (dependientes del estresor). El TEPT resulta de la compleja interacción entre factores de riesgo, resiliencia y vulnerabilidades biológicas. La reacción individual al trauma es fundamental para determinar su impacto y el desarrollo del trastorno. Comprender estos factores permite un abordaje más eficaz y personalizado en el tratamiento y prevención del TEPT (Palacios, 2002).

El objetivo de la intervención para este trastorno es facilitar que el paciente acepte la ocurrencia del trauma sin la carga emocional asociada a los recuerdos y abordar los comportamientos evitativos surgidos por el evento. El terapeuta puede asistir al paciente en el desarrollo de estrategias para enfrentar los síntomas de hiperactivación fisiológica y los flashbacks que se presentan al recordar el trauma.

Para aliviar los síntomas del TEPT, como los flashbacks y otros pensamientos y sentimientos dolorosos, la mayoría de las víctimas necesita confrontar el evento traumático y, a través de esta confrontación, aprender a aceptar el trauma como parte de su pasado (Pieschacon, 2006). En este sentido, Pieschacon recomienda la terapia de exposición como un método para ayudar a los pacientes a enfrentar estímulos temidos, tales como situaciones, recuerdos o imágenes. Los programas de exposición pueden diferir en duración, en cómo se establecen las jerarquías de estímulos temidos y en el nivel de ansiedad experimentado (alto o bajo). Estos programas pueden incluir la exposición en imaginación, que implica recordar o enfrentarse repetidamente al evento traumático. Algunos enfoques de este tipo de exposición requieren que el paciente narre el evento traumático en detalle durante largos períodos (45-60 minutos). Aunque las técnicas de exposición son efectivas para tratar el TEPT, algunos sobrevivientes de trauma se resisten a exponerse a los recuerdos del evento, a tolerar altos niveles de ansiedad y a experimentar un aumento temporal de sus síntomas, viéndolo como una fase previa a la recuperación.

Cuando el TEPT divide al cuerpo y a la mente, las imágenes, emociones, sensaciones, y comportamientos implícitamente recordados se desvinculan de los hechos y significados explícitamente almacenados sobre el evento traumático, sin importar si se recuerdan conscientemente o no. Sanar el trauma requiere vincular todos los aspectos de un evento traumático. Se debe tender un puente entre lo implícito y explícito para poder crear una narración cohesiva de esos eventos, así como situarlos en su debido lugar dentro del pasado. Comprender las sensaciones, emociones, y comportamientos implícitamente codificados dentro del contexto de la memoria traumática resulta una parte fundamental de este proceso. Las herramientas para crear este puente se encuentran en la psicoterapia y podríamos afirmar que en la psicoterapia corporal se potencian. Es necesario abordar lo que ocurre en el cuerpo, y es igualmente necesario usar palabras para entender y describir la experiencia.

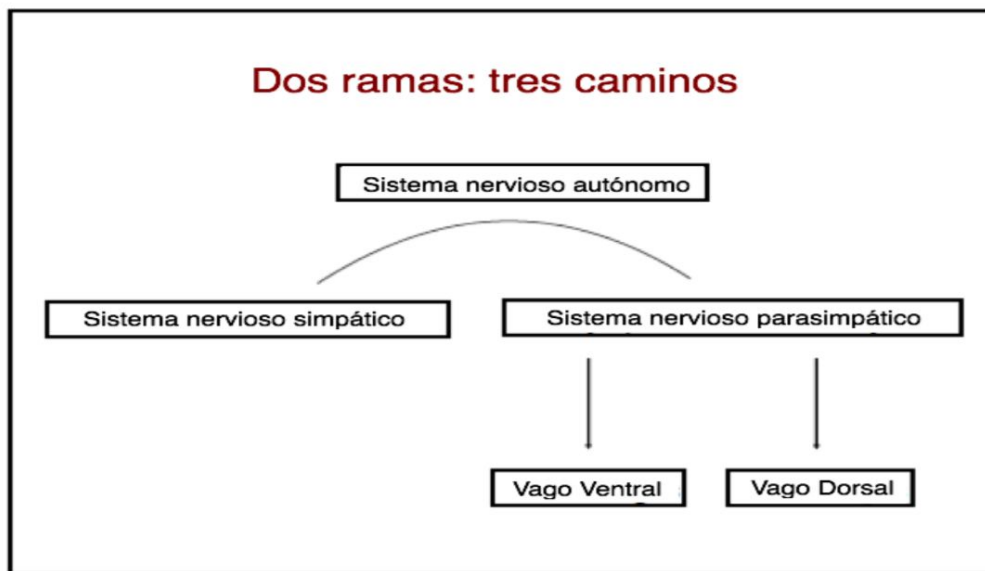
En definitiva, los sobrevivientes del trauma necesitan ser ayudados a pensar y sentir consecuentemente, es decir, ser capaces de sentir sus sensaciones, emociones y comportamientos mientras formulan conclusiones coherentes sobre la relación entre su neuroemocionalidad y las imágenes y pensamientos que los acompañan. Finalmente, una narrativa cohesiva del incidente traumático tomará forma y el evento llegará a ocupar su lugar apropiado dentro del pasado (Rothschild, 2015).

El trauma, por definición, es insoportable e intolerable. La mayoría de las víctimas de violaciones y niños que han sufrido abusos sexuales experimentan un sufrimiento tan intenso al recordar sus experiencias que intentan bloquear esos recuerdos. Requiere mucha energía cargar con el peso de recuerdos aterradores y la culpa asociada a una sensación de debilidad y vulnerabilidad (van der Kolk, 2004).

En conclusión: mientras que el TEPT suele originarse a partir de eventos traumáticos únicos o de corta duración, el trauma complejo surge de una exposición prolongada a situaciones traumáticas, como las relaciones abusivas. Los síntomas del trauma complejo son más amplios y profundos, afectando múltiples áreas del funcionamiento psicológico y social, y su tratamiento requiere un abordaje más integral y prolongado. Además, que puede afectar la percepción de seguridad personal y generar dificultades en la confianza y la intimidad, el trauma complejo tiene un impacto más profundo en la identidad personal y en la capacidad para establecer relaciones saludables y satisfactorias a largo plazo. Estas diferencias subrayan la importancia de reconocer y tratar cada tipo de trauma de manera adecuada y personalizada, buscando no solo aliviar los síntomas inmediatos, sino también promover la recuperación integral y el bienestar emocional.

## **La Teoría Polivagal y su aplicación en el tratamiento del trauma**

La teoría polivagal propuesta por Porges (1992), ofrece una perspectiva comprensiva del SNA. Esta teoría describe cómo el SNA responde tanto a las sensaciones internas del cuerpo como a las señales del entorno. El SNA se divide en dos ramas y tres vías principales: el sistema simpático (asociado con la lucha y huida) y el sistema parasimpático, que se subdivide en el sistema vago ventral (relacionado con el compromiso social y la conexión) y el sistema vago dorsal (vinculado a la inmovilización), como se observa en la figura 1.



**Figura 1:** tomada de Gonçalves Boggio (2019a) Un retorno a lo básico: aplicaciones clínicas abordajes terapéuticos psicocorporales desde la teoría polivagal (TPV). Revista Latino-Americana de Psicología Corporal. Vol. 1, nro. 8. Recuperado de: <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/89>

Vagal se refiere al nervio vago, que en realidad no es un único nervio, sino más bien un cúmulo de nervios que empieza en el tronco encefálico y recorre el cuerpo, afectando diferentes órganos por el camino (Dana, 2022).

Dana (2018) sostiene que aplicar la teoría polivagal ofrece una comprensión integral de los procesos de movilización, desconexión y compromiso (afectivo, sexual y social) en los pacientes, abarcando tanto los aspectos psicológicos como los fisiológicos. El SNA se ve influenciado por las experiencias vitales, donde factores como el abandono y la inseguridad o, por el contrario, la reciprocidad y la seguridad, tienen un impacto directo en nuestras respuestas autonómicas. Esta teoría permite evaluar la eficacia de nuestras respuestas ante situaciones traumáticas.

El sistema nervioso somático desempeña muchos roles en la experiencia del trauma. Lleva a cabo las respuestas de defensa del trauma de lucha, huida y parálisis a través de combinaciones simples y complejas de contracciones musculares que resultan en posiciones, movimientos y comportamientos específicos (Rothschild, 2015).

Desde esta perspectiva, el cuerpo a través de las neurocepciones del SNA se cuestiona constantemente: ¿qué señales de seguridad y de peligro encuentras? ¿qué información te está mandando tu neurocepción? (Dana, 2022). Cuando el SNA de una persona interactúa con otro, se crea un círculo de retroalimentación. Si las señales percibidas son de seguridad, la reciprocidad y la resonancia facilitan una conexión saludable entre ambos sistemas, permitiendo una comunicación efectiva. En contraste, si las señales indican peligro, puede generarse una desregulación que lleva a la desconexión (Dana, 2018). Esto puede provocar una respuesta de movilización defensiva (simpática), que puede ir en un crescendo desde un estado de alerta hasta uno de pánico, pudiendo instalarse, a posteriori, un trastorno de ansiedad. Si esta respuesta es excesivamente desbordante el SNA puede apelar a una respuesta de inmovilización defensiva (vago dorsal) que puede ir de un continuum de embotamiento hasta un estado de anestesia (*numbing*), pudiendo desarrollarse defensas disociativas que pueden confluir, a posteriori, en un estado depresivo (desde una distimia a una depresión mayor).

En entornos seguros las movilizaciones se caracterizan por su flexibilidad y están reguladas por el apoyo mutuo y la reciprocidad, lo que activa las partes más mielinizadas del sistema nervioso, como la prosodia vocal, el contacto visual y el tacto. Estas interacciones fomentan la autorregulación y ofrecen amplias oportunidades para la estabilidad emocional. En contraste, en situaciones de inseguridad, la movilización estimula el sistema simpático, preparando al individuo para hacer frente a posibles amenazas, ya sean reales o imaginarias. Si no se puede alcanzar un estado de seguridad a través de la autorregulación, es decir, el estado de conexión social (*social engagement*) el individuo puede recurrir a la inmovilización. En situaciones donde no se puede luchar ni huir, como en el caso de un abuso sexual, el cuerpo puede congelarse. Esto puede llevar a un estado de embotamiento, desrealización, despersonalización, y eventualmente disociación y/o depresión. Así como existe una inmovilización defensiva, también hay una inmovilización reparadora, diferenciada por la flexibilidad para alcanzar el estado vago ventral. A nivel del SNA, es esencial generar las movilizaciones coordinadas necesarias para flexibilizar los estados de movilización e inmovilización defensiva, transformándolos en respuestas reparadoras y saludables, y logrando acceder lo más rápido posible a estados de conexión vago ventral (Gonçalves Boggio, 2019a).

La quietud, biológicamente, es una mezcla de estados autónomos, donde las dos ramas del vago, la dorsal más antigua y la ventral más reciente, trabajan juntas para que podamos

inmovilizarnos sin miedo. El estado ventral nos da vida y nos permite conectar con pasión, comodidad y calma, mientras que el estado dorsal aporta supervivencia mediante el embotamiento y el colapso. Solo cuando se unen estas dos vías vagales, la antigua energía de la inmovilización y la nueva energía de la conexión, es cuando podemos experimentar la quietud con seguridad (Dana, 2022).

Dana (2022) introduce el concepto de freno vagal y lo describe como un componente crucial del circuito vagal ventral. Este circuito específico se origina en el tronco encefálico y se conecta con el nodo sinoauricular del corazón, que actúa como el marcapasos cardíaco. A través de esta conexión, se regula el ritmo cardíaco. Al igual que cualquier mecanismo de frenado eficiente, el freno vagal modula tanto la disminución como el aumento del ritmo cardíaco, proporcionando la energía necesaria para enfrentar diversas situaciones. Además, el freno vagal también regula la frecuencia respiratoria. Durante la inspiración, el freno vagal se relaja ligeramente, lo que acelera el ritmo cardíaco, mientras que, durante la espiración, se activa nuevamente, reduciendo la frecuencia cardíaca. La función del freno vagal es permitir la experiencia y utilización de la energía movilizadora del sistema nervioso simpático sin desencadenar un estado de supervivencia de lucha o huida. Cuando el freno vagal se relaja, se facilita el acceso a una variedad de respuestas emocionales y comportamentales, tales como sentirse implicado, alegre, entusiasmado, apasionado, con ganas de jugar, atento y vigilante, todo bajo la regulación del sistema vagal ventral. Sin el freno vagal, perdemos nuestro anclaje en la seguridad y la conexión, y nos desplazamos hacia estados protectores de lucha o huida (Dana, 2022).

De manera natural, transitamos entre diferentes estados del SNA, moviéndonos desde la regulación ventral hacia la desregulación simpática o dorsal, y retornando al estado ventral. La transición fuera del estado de regulación no constituye en sí un problema. El objetivo no es mantenerse constantemente en un estado de regulación, sino ser conscientes de nuestro estado actual, reconocer cuándo estamos desregulados hacia una respuesta de supervivencia y poder restaurar la autorregulación. La habilidad de moverse flexiblemente entre estados es una señal de bienestar y resiliencia. Cuando quedamos atrapados en la desregulación, incapaces de volver a encontrar el camino hacia la regulación, es cuando sentimos altos niveles de perturbación (Dana, 2022).

Siguiendo con los planteos de Dana la relación entre flexibilidad y resiliencia es fundamental, ya que un sistema flexible es inherentemente resiliente, y un sistema resiliente



exhibe flexibilidad. Un sistema que verdaderamente favorece el bienestar es aquel que, aunque experimenta episodios de desregulación, no permanece atrapado en una respuesta de supervivencia. Este sistema tiene la capacidad de recuperar su regulación mediante el ejercicio de su flexibilidad y resiliencia.

Al aprender a escuchar nuestro sistema nervioso, desarrollamos habilidades para observar nuestras experiencias con curiosidad y recuperamos la capacidad de responder de manera reflexiva en lugar de simplemente reaccionar. Mediante los simples pasos de sintonizar, interiorizar y ocuparnos, recopilamos la información necesaria para crear una acción nutritiva para nuestro SNA y nuestras relaciones interpersonales (Dana, 2022).

## **Ventana de Tolerancia**

El concepto de ventana de tolerancia (Siegel, 2016) es esencial a la hora del trabajo con trauma complejo. Este concepto, que tiene su correlato empírico, se basa en la variabilidad emocional de los pacientes a la hora de intentar elaborar sus experiencias traumáticas, ya que cada persona tolera las experiencias con un mayor o menor grado de activación del SNA.

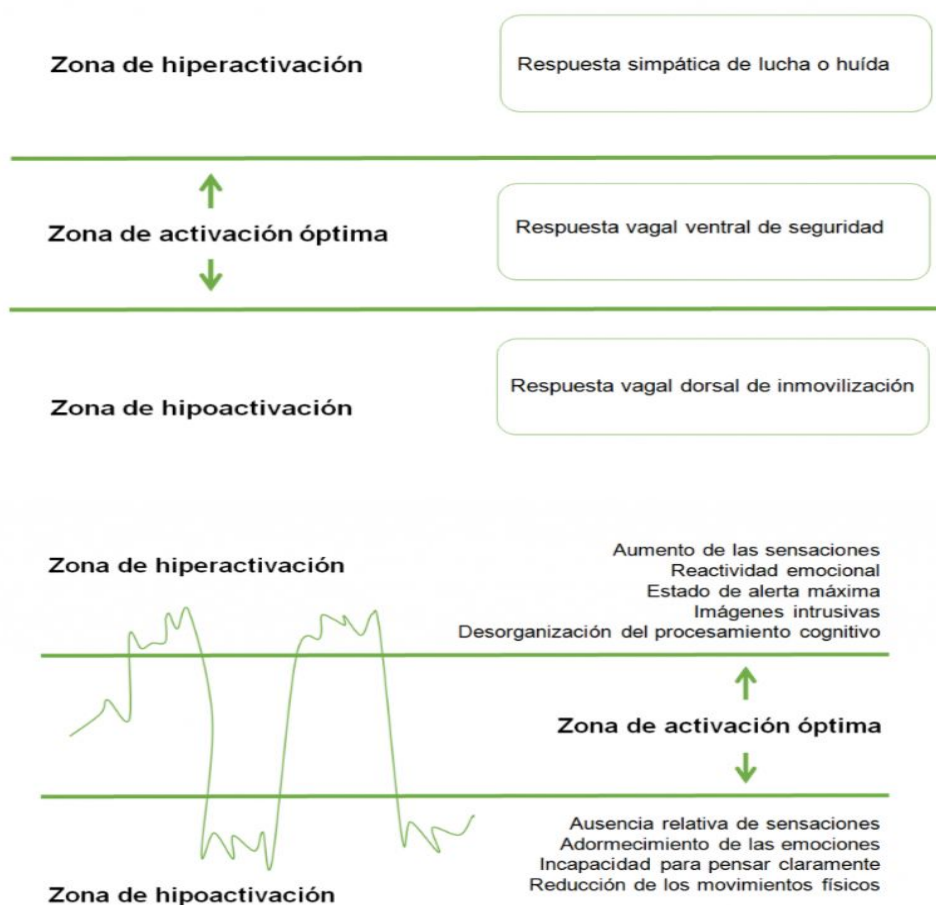
Es saludable que las personas tengan variaciones emocionales, no obstante, en algunos casos se dan situaciones o eventos que provocan que una persona se salga de su ventana de tolerancia y que otras se mantengan dentro de la ventana, a pesar de atravesar situaciones extremas. Un claro ejemplo de esto puede ser relato de V. Frankl en su libro “El hombre en busca del sentido” (1991), en donde describe que a pesar de estar en un campo de concentración nazi, pudo permanecer dentro de su ventana de tolerancia apoyado en los pequeños eventos cotidianos positivos, a pesar, del terror que vivía en su día a día.

En efecto en función de una ventana de tolerancia mayor o menor, cada persona tendrá una forma singular de elaborar y metabolizar lo que está viviendo. Salirse de la ventana de tolerancia puede generar un aumento en los niveles de ansiedad y miedo, en otros casos una disminución de la capacidad de sentir, pensar y actuar (Siegel, 2016).

Cuando nos referimos a la ventana de tolerancia, encontraremos pacientes hiperactivados e hipoactivos. En la zona de hiperactivación se presentan sensaciones aumentadas, reactividad emocional, hipervigilancia. No podemos contener la activación, nos sentimos

abrumados, a la defensiva, vigilantes, paralizados, furiosos, desesperados o en pánico, presentamos un procesamiento cognitivo desorganizado. Nuestro SNA se va orientando a las señales de amenaza, y eso es lo que percibe. Cuando la activación simpática es alta, un ceño fruncido o un tono de voz preocupado se interpretan subcorticalmente como juicio, miedo o ira.

En la zona de hipo activación se presenta un entumecimiento de las emociones, un procesamiento cognitivo desactivado, el movimiento físico está reducido y hay una relativa ausencia de sensaciones. Simultáneamente, a medida que el sistema vagal ventral se desconecta, se desploma nuestra capacidad para utilizar señales sociales para evaluar la seguridad y el peligro (van der Kolk, 2014), como lo veremos esquematizado en la figura 2.



**Figura 2:** tomada del Workshop internacional: Trauma y Memoria (2023; TEAB / Taller de Estudios en Análisis Bioenergético, Montevideo / Uruguay).

En la intervención con pacientes que presentan altos niveles de traumatización, resulta esencial comprender los mecanismos que se activan cuando el paciente empieza a desorganizarse y desestabilizarse o a experimentar anestesia emocional y disociarse, saliendo así de su ventana de tolerancia. El objetivo terapéutico principal es retornar constantemente a la ventana de tolerancia para alcanzar el deseado estado vago ventral. Ampliar la ventana de tolerancia es esencial para abrir una puerta hacia la recuperación y es lo que permite a las personas enfrentar su pasado sin quedarse atrapados en él (Siegel, 2016).

### **El papel del apego en las respuestas fisiológicas**

Según Palacios (2002), la edad a la cual se experimenta un evento traumático inicial es un factor significativo para el desarrollo TEPT. Las experiencias traumáticas durante la infancia están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar TEPT y con síntomas más severos como los vinculados al trauma complejo. Específicamente, el abuso sexual y el abuso físico en la infancia, o ambos, se correlacionan con mayores índices de victimización en la adultez. En la adultez, la exposición a un evento traumático no se restringe exclusivamente al desarrollo de TEPT.

Sin embargo, las experiencias traumáticas en la infancia son especialmente críticas debido a su impacto duradero en el desarrollo neurológico y emocional, aumentando la vulnerabilidad a trastornos psiquiátricos y a síntomas más complejos y severos en la vida adulta (Palacios, 2002).

Los niños expuestos a eventos traumáticos tienen una mayor probabilidad de desarrollar otras condiciones psiquiátricas debido a que el cerebro en desarrollo es más sensible a las agresiones traumáticas y a las interrupciones que afectan la maduración neurobiológica, lo cual puede resultar en una producción sintomática más amplia y severa. Es fundamental que todos los seres humanos, desde la infancia hasta la adultez, cuenten con un sistema de conexión social eficiente para desarrollar relaciones afectivas y vínculos sólidos. Las primeras experiencias de apego desempeñan un papel crucial en el desarrollo del sistema de conexión social, enseñándonos a regular tanto la estimulación interna como la externa.

Al nacer, el infante posee una capacidad limitada para la autorregulación, dependiendo en gran medida de la regulación proporcionada por sus figuras de apego primarias para mantener su activación fisiológica dentro de un rango tolerable. Independientemente de si esta relación de apego es consistente o inconsistente, segura o insegura, proporciona el contexto en el cual el infante desarrolla patrones de regulación fisiológica y emocional que perdurarán toda la vida. Las alteraciones tempranas en el apego pueden tener efectos adversos duraderos, reduciendo la capacidad para modular la activación fisiológica, establecer relaciones saludables y enfrentar el estrés (Ogden, 2009).

A través de experiencias repetidas de interacción diádica receptiva con la madre o el cuidador primario, el niño desarrolla progresivamente habilidades para señalar, conectar y responder al otro, configurando así su sistema de conexión social. La activación de este sistema genera experiencias de seguridad y contribuye a mantener o restablecer el nivel de activación fisiológica dentro del margen de tolerancia, moderando tanto la activación simpática como la vagal dorsal. Un sistema de conexión social competente, que regule estos circuitos neuronales, favorece un margen de tolerancia más amplio y, a largo plazo, proporciona al niño, y después al adulto, la capacidad de tolerar, procesar e incluso transformar experiencias difíciles en oportunidades de crecimiento.

Según las propuestas de Ogden (2009), el trauma relacional temprano no solo representa una amenaza para la integridad física y psicológica, sino que también implica una disfunción en el sistema de conexión social. Además, si el agresor es un cuidador primario, la traumatización interpersonal genera una alteración en la relación de apego, lo que debilita la capacidad del niño para recuperarse y reorganizarse, dificultando que vuelva a sentirse tranquilo o seguro. La posibilidad del niño de utilizar eficazmente el sistema de conexión social para recibir cuidados y protección se ve comprometida, resultando en una activación fisiológica abrumadora sin acceso al consuelo o la reparación. Sin una receptividad adecuada y el desarrollo del sistema de conexión social dentro de una relación de apego segura, el niño enfrenta considerables dificultades para gestionar el estrés y desarrollar relaciones saludables.

Los niños que han sido traumatizados no son capaces de generar un sentido de la unidad y de la comunidad de la propia identidad a lo largo del pasado, el presente y el futuro, o en la relación con los demás. Esta alteración se hace evidente en la inestabilidad emocional,

la perturbación social, la deficiente respuesta al estrés, y la desorganización y desorientación cognitiva (Siegel, 1999).

## **Técnicas de Intervención**

En el ámbito de la psicoterapia se han desarrollado diversos modelos de intervención para abordar eficazmente el trauma y otros trastornos emocionales. Entre estos modelos, el modelo SPIA (sistema de procesamiento de la información adaptativo) y la técnica de EMDR (desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares) de Francine Shapiro se destaca como una de las técnicas principales para el tratamiento del trauma.

EMDR mediante su enfoque estructurado y basado en la estimulación bilateral, facilita el procesamiento adaptativo de las experiencias traumáticas, permitiendo a los pacientes integrar recuerdos perturbadores de una manera saludable.

Complementando a EMDR, existen otras técnicas secundarias que también contribuyen al trabajo con pacientes traumatizados. La técnica de Pilares de Vida de Elsy Carvalho ofrece un enfoque alternativo para la reconstrucción de la vida del paciente, centrada en el fortalecimiento de recursos personales. La técnica Flash de Philip Mansfield se enfoca en trabajar dentro de la ventana de tolerancia del paciente, desacelerando los procesos de hiperactivación para mejorar la regulación emocional.

La técnica TRE de David Berzeli se utiliza para liberar tensiones y reducir el estrés a través de ejercicios físicos que inducen temblores musculares naturales.

Cada una de estas técnicas tiene enfoques y objetivos específicos, proporcionando herramientas adicionales para ayudar a los pacientes a superar sus dificultades emocionales y avanzar hacia la recuperación.

El protocolo EMDR, propuesto por F. Shapiro en 1987, inicialmente se centró en reducir la perturbación emocional de las personas, conocida como “desensibilización”. Posteriormente, F. Shapiro descubrió que esta técnica podría generar no solo una disminución de la ansiedad, sino también un mayor de *insight* y cambios automáticos en diversas emociones, respuestas corporales y comportamientos. Como resultado, modificó el enfoque, añadiendo el término “reprocesamiento” para garantizar que los recuerdos

tratados fueran completamente procesados y almacenados de manera más saludable (Shapiro, 2013)

El protocolo EMDR se divide en ocho fases:

- 1) **Conceptualización:** se establece la alianza terapéutica y se recopila información sobre tratamientos previos para determinar la idoneidad del paciente para el EMDR. Se busca un lugar seguro en la historia del paciente para iniciar el tratamiento.
- 2) **Preparación y estabilización:** se educa al paciente sobre el protocolo, se estabiliza y se elaboran autoinformes para prepararlo para el proceso psicoterapéutico.
- 3) **Evaluación del recuerdo:** se obtiene información sobre el trauma emocional, cognitivo y somático del paciente.
- 4) **Desensibilización:** se busca reducir la molestia asociada al recuerdo mediante la estimulación bilateral y la exploración de creencias limitantes. Se va chequeando el nivel de perturbación mediante la escala SUDS<sup>3</sup>.
- 5) **Instalación:** se integra la creencia positiva en la red de recuerdos mediante la estimulación bilateral hasta que el paciente la asume completamente.
- 6) **Exploración del cuerpo:** se verifica que no haya malestar físico asociado al recuerdo. Si existe, se procede a reprocesar el trauma.
- 7) **Cierre:** se asegura que el paciente esté estable y se le informa que su cerebro continuará procesando la experiencia entre sesión y sesión.
- 8) **Reevaluación:** se verifica si el trabajo está completo y se revisa el recuerdo/evento para confirmar si ha sido reprocesado.

Shapiro considera que todos los humanos poseen un Sistema de Procesamiento de Información Adaptativa (SPIA) en el cerebro diseñado desde un punto de vista fisiológico para manejar la información de manera que favorezca la salud mental. El SPIA es la piedra angular de la terapia EMDR, pues interpreta el fenómeno clínico, predice resultados exitosos de tratamiento y guía la práctica clínica (Jarero y Artigas, 2022).

Este sistema puede ser comparado con el sistema digestivo, donde el cuerpo extrae los nutrientes necesarios para mantener la salud y sobrevivir. A través del SPIA las nuevas experiencias suelen ser procesadas hacia estados adaptativos, asimilándose en redes de

---

<sup>3</sup> *Subjective Unity of Disturbance Scale*. Escala de medición de unidades subjetivas de perturbación.

memoria preexistentes que contienen información adaptativa. Por eso se denomina sistema de procesamiento de información hacia estados adaptativos. El modelo del SPIA sostiene que las redes de memoria son fundamentales para la percepción, las actitudes y las conductas, y que las percepciones de las situaciones actuales se enlazan automáticamente con redes de memoria asociadas (Shapiro, 2001).

Un ejemplo de esto es que, si una persona ha sufrido una caída al andar en bicicleta en el pasado, esta experiencia se almacenará en redes de memoria relacionadas con bicicletas y el riesgo de futuras caídas. Así, en el presente, al subirse a una bicicleta, la persona tomará precauciones adicionales.

Cuando el SPIA opera correctamente, es capaz de metabolizar o “digerir” las nuevas experiencias, integrando las percepciones sensoriales con la información ya almacenada en las redes de memoria, permitiendo así comprender y dar sentido a esas experiencias. La información útil se aprende, se almacena en las redes de memoria con una emoción apropiada, y está disponible para guiar a la persona en el futuro (Jarero, 2016).

Desde esta perspectiva, los recursos de los pacientes pueden considerarse experiencias positivas que activan redes de memoria con información favorable. Sin embargo, cuando una experiencia no se procesa adecuadamente y provoca emociones intensas, se incrementa la activación en las regiones subcorticales del cerebro y se reduce significativamente el flujo sanguíneo en varias áreas del lóbulo frontal. Esto puede alterar el sistema de procesamiento de la información, resultando en el almacenamiento disfuncional de la experiencia en el cerebro, “detenida en el tiempo” y aislada de su red de memoria, con sus componentes fragmentados en su estado perturbador original y sin posibilidad de conectarse a otras redes de memoria adaptativas.

Los recuerdos traumáticos se parecen a los sueños de los niños pequeños en la predominancia de las imágenes y de las sensaciones físicas, y en la ausencia de narrativa verbal (Herman, 2004).

El SPIA solo se verá alterado o bloqueado temporalmente, ya que debe seguir funcionando para procesar la información subsecuente, “digiriéndola”, reteniendo lo esencial para la salud y la supervivencia, y aprendiendo de las experiencias para modificar la conducta en situaciones futuras. Las memorias almacenadas disfuncionalmente forman la base de

respuestas mal adaptativas en el futuro, ya que los estímulos de situaciones actuales se asocian automáticamente con estas redes de memoria (Jarero, 2016).

Cuando un sistema de memoria se almacena de manera disfuncional, es recomendable utilizar el protocolo EMDR para integrar una memoria traumática en redes de memoria mayores con información adaptativa. De este modo, la experiencia se almacena de forma nueva y adaptativa, pudiendo ser recordada y verbalizada por el paciente sin los afectos y sensaciones físicas negativas que caracterizaban su condición psicológica previa. Una vez procesadas y almacenadas adaptativamente, las experiencias que antes causaban perturbación y auto denigración pueden convertirse en la base de la resiliencia y el auto empoderamiento.

La técnica de Pilares de vida, desarrollada por E. Carvalho en 2013 como parte de su programa PIPA (Programa de Intervención de Profesionales en la Adversidad), se emplea para estabilizar y fortalecer recursos en pacientes altamente traumatizados. Esta técnica combina la respiración profunda y la estimulación bilateral con la evocación de recuerdos positivos, celebrando los valores y experiencias que promueven la vida (Rothschild, 2015). Los *tappings* utilizados incluyen el “abrazo grande” y el “abrazo mariposa”, destinados a potenciar los aspectos positivos del paciente y fomentar una perspectiva de agradecimiento y resiliencia. El ejercicio comienza con el paciente cerrando los ojos y recordando experiencias positivas significativas de su vida, representadas como “pilares”. Se le pide al paciente que identifique estos pilares a lo largo de su vida, utilizando técnicas de *tapping* para consolidar y fortalecer cada uno (Carvalho, 2013). Al finalizar, el paciente elige dónde almacenar estos pilares en su cuerpo para acceder a ellos en momentos de necesidad, repitiendo el proceso de estimulación bilateral para asegurar su integración (Carvalho, 2013).

La técnica Flash, creada por P. Mansfield, se utiliza para reducir la perturbación asociada con recuerdos traumáticos o angustiosos mediante la exposición controlada a estos recuerdos, combinada con técnicas de resolución cognitiva y emocional. Este enfoque, conocido como Flash Technique, ha demostrado ser eficaz para disminuir rápidamente la perturbación asociada con recuerdos dolorosos, permitiendo estabilizar al paciente para continuar con el procesamiento posterior. Al igual que EMDR, Flash utiliza movimientos oculares o golpes alternados de estimulación bilateral. Para iniciar el protocolo Flash se solicita al paciente evocar un recuerdo perturbador, que inmediatamente se guarda en una



caja imaginaria. Luego, el paciente identifica un foco de compromiso positivo que induzca un estado vago ventral y se realiza una serie de movimientos bilaterales mientras se fortalece este foco positivo. Posteriormente, el paciente pestañea simultáneamente mientras se estimula bilateralmente, sin pensar en el recuerdo perturbador y enfocándose en el foco positivo de compromiso. Este proceso se repite varias veces hasta que la perturbación asociada con el recuerdo original disminuye dentro de la ventana de tolerancia del paciente. El protocolo Flash puede incorporarse no solo en las primeras fases del protocolo EMDR, sino también como una herramienta de cierre entre sesiones, permitiendo que los pacientes se vayan estabilizados y preparados para pausar su procesamiento, dejando el recuerdo desestabilizador dentro de la “caja” e irse con un foco positivo “instalado”.

La técnica TRE (Trauma Releasing Exercises), desarrollada por D. Bercei, se basa en ejercicios que tienen su origen en los trabajos del Dr. Wilhelm Reich y el Dr. Alexander Lowen. Su enfoque principal radica en liberar la tensión y el estrés acumulado en el cuerpo como consecuencia de experiencias traumáticas, aplicando los principios básicos de la función del orgasmo descritos por Reich, que implican una secuencia de tensión-carga-descarga-relajación. Esta técnica consiste en una serie de ejercicios físicos y movimientos específicos diseñados para activar los mecanismos naturales de descarga y regulación del cuerpo. A través de la vibración del temblor inducido por los ejercicios, la musculatura puede liberarse del congelamiento del shock traumático, que causa vasoconstricción y una disminución de la circulación sanguínea en la musculatura voluntaria (Bercei, 2012). TRE se presenta como una herramienta complementaria al enfoque Polivagal de S. Porges (1992), el cual busca generar seguridad en el paciente para permitir que fluya libremente con las vibraciones corporales, estableciendo un diálogo con el paciente y su cuerpo, y regulando la intensidad y profundidad de la carga emocional trabajada, así como su descarga. A su vez TRE proporciona beneficios significativos al reducir la ansiedad, mejorar la calidad del sueño y el descanso nocturno, aumentando la energía libre (al desligar la energía bloqueada en la fascia muscular) y favoreciendo la flexibilidad muscular. Al promover la respuesta natural y neurofisiológica del cuerpo para reducir el estrés y restaurar el equilibrio y el bienestar, se convierte en una herramienta valiosa para el abordaje del TEPT y otros trastornos de ansiedad. Fue una técnica que se usó mucho por los psicoterapeutas corporales, tanto presencialmente como en dispositivos psicoterapéuticos *on line*, a la hora de trabajar los desequilibrios neurovegetativos y humorales que produjo

el impacto del confinamiento en la reciente pandemia, tal como fue consignado en el reciente trabajo de Luis Gonçalvez Boggio (2021) *Trauma y Pandemia. Efectos psicosociales e intervenciones clínicas*. Puede ser usada para activar pacientes con trauma complejo que están en un estado vago dorsal hipo responsivo, incluso en estados disociativos, teniendo como estrategia la aceleración del proceso psicoterapéutico (Gonçalvez Boggio, 2019).

En resumen, estos modelos y técnicas de intervención ofrecen un enfoque dinámico y holístico para abordar el trauma, brindando opciones de tratamiento adaptadas a las necesidades individuales en protocolos integrativos, promoviendo así mayores posibilidades de acceder al bienestar emocional y a la recuperación postraumática.

## **Reflexiones finales**

El estudio del trauma humano revela la complejidad y profundidad de sus impactos en los individuos, tanto a nivel personal como social. A lo largo de la historia, la humanidad ha demostrado una notable capacidad de resiliencia ante adversidades extremas, pero las experiencias traumáticas dejan cicatrices duraderas.

La práctica contemporánea de la psicoterapia ha avanzado significativamente en el abordaje del trauma complejo, una de las formas más desafiantes y devastadoras de daño psicológico debido a su naturaleza prolongada y repetitiva, generalmente en el contexto de relaciones interpersonales abusivas.

La comprensión y el tratamiento del trauma complejo requieren un enfoque especializado e integral. Las intervenciones deben ir más allá de las técnicas tradicionales, incorporando técnicas de reprocesamiento, integración, desensibilización e integración somática, que aborden tanto el cuerpo como la mente. Además, es esencial un proceso psicoterapéutico a largo plazo que incluya la estabilización emocional, el procesamiento de las experiencias traumáticas y la rehabilitación psicosocial.

Es crucial reconocer que el proceso de recuperación del trauma no se limita a estrategias lógicas, sino que requiere un enfoque integral que restaure la seguridad, fomente la conexión interpersonal y reconstruya la identidad afectada. La resiliencia, por tanto, se construye no solo a través de la capacidad individual para sobrellevar adversidades, sino

también mediante el apoyo comprensivo y continuo de las redes sociales y familiares, fundamentales para restaurar el equilibrio emocional y promover una recuperación sostenida.

El papel del entorno social en la recuperación de un sobreviviente de trauma no puede ser subestimado. La empatía y el apoyo de familiares, amigos y profesionales de la salud son cruciales para ayudar a los sobrevivientes a reconstruir su sentido de seguridad y pertenencia.

La teoría polivagal de S. Porges, aplicada clínicamente en forma reciente por D. Dana subraya la importancia de la conexión social, la correulación y la autorregulación en la recuperación del trauma, destacando que la recuperación solo puede ocurrir en el contexto de relaciones sanas y de apoyo.

El concepto de Ventana de Tolerancia de D. Siegel proporciona un marco comprensivo para entender y manejar las respuestas autonómicas y la variabilidad emocional en pacientes traumatizados permitiendo trabajar con el trauma complejo en un contexto de mayor seguridad.

El EMDR y su Sistema de Procesamiento de Información Adaptativa de F. Shapiro se destacan como componentes fundamentales, demostrando eficacia en la desensibilización de recuerdos traumáticos y la integración de nuevas experiencias en redes de memoria adaptativas. Técnicas complementarias como Pilares de Vida y Flash y TRE también han demostrado ser valiosas, abordando los aspectos neurobiológicos, psicológicos y somáticos del trauma, y promoviendo una integración holística de la mente y el cuerpo.

Dada la distinción entre Trauma Complejo y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), es esencial un enfoque diagnóstico preciso y el desarrollo de estrategias de intervención adecuadas. Mientras que el TEPT puede ser abordado con terapias específicas como el EMDR, el tratamiento del trauma complejo requiere un enfoque integrador que incluya técnicas de estabilización emocional, integración somática y rehabilitación psicosocial.

Además, la influencia del apego en las respuestas fisiológicas resalta la importancia de las primeras experiencias relacionales en la regulación emocional y la conexión social de los individuos. El trauma temprano, en particular, tiene consecuencias duraderas que moldean las respuestas del individuo al estrés y a las relaciones a lo largo de la vida. La teoría y el

enfoque Polivagal, así como sus aplicaciones clínicas a través de mapas polivagales y otras técnicas modernas de psicotraumatología, como Somatic Experiencing (SE) han demostrado ser prometedoras en la mitigación de estos efectos, ayudando a regular el SNA y promoviendo más rápida y profundamente la recuperación que otras terapias tradicionales.

La investigación sobre el trauma y su aplicación de estas técnicas evidencian la necesidad de un enfoque terapéutico multifacético y personalizado para el tratamiento efectivo del trauma complejo y del TEPT. Al integrar los aspectos neurobiológicos, psicológicos y somáticos del trauma, los psicoterapeutas pueden desarrollar estrategias más eficaces y sostenibles, ayudando a los pacientes a recuperar su equilibrio emocional y funcional. El enfoque de la teoría polivagal y la búsqueda de intervenciones dentro de la ventana de tolerancia de los pacientes hiper e hipo responsivos, junto a la implementación de técnicas focales de intervención, ofrece una base sólida para abordar los desafíos multifacéticos del trauma complejo y del TEPT, avanzando significativamente en las intervenciones psicoterapéuticas para sanar y rehabilitar a los individuos afectados por experiencias traumáticas profundas.

## Referencias bibliográficas

- Berceli, D. (2012). *Liberación del trauma: Perdón y temblor es el camino*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Dana, D. (2018). *La teoría polivagal en terapia: cómo unirse al ritmo de la regulación*. Barcelona: Eleftheria.
- \_\_\_\_\_ (2022). *Anclados: como entablar una amistad con tu sistema nervioso con la teoría polivagal*. Barcelona: Eleftheria.
- Enrique, A. (2004). *Neuroticismo, extroversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: una aproximación desde el estrés postraumático*. Argentina: Interdisciplinaria.
- Frank, V. (1991). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder.
- Gonçalves Boggio, L. (2019). *Las paradojas de la migración. Estrategias psicocorporales para el abordaje del estrés postraumático*. Montevideo: CSIC-UDELAR.
- \_\_\_\_\_ (2019a). Un retorno a lo básico: aplicaciones clínicas y abordajes terapéuticos psicocorporales desde la teoría polivagal (TPV). *Revista Latino-Americana de Psicología Corporal*. Vol. 1, nro. 8. Recuperado de: <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/89>
- \_\_\_\_\_ (2021). *Trauma y pandemia. Efectos psicosociales e intervenciones clínicas*. Montevideo: Psicolibros Universitario.
- \_\_\_\_\_ (2023). *Workshop Internacional Trauma y Memoria*. TEAB; Montevideo / Uruguay.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. España: Espasa.
- Jarero, I. (2016). Terapia EMDR, el SPIA y la resiliencia. *Revista Iberoamericana de Psico traumatología y Disociación*. Suma Psicológica, Vol. 13 N° 1: 67-84, marzo 2006, Bogotá (Col.)
- Jarero, I. y Artigas, L. (2022). Conceptualización Teórica sobre el Trauma Agudo y el Estrés Traumático Continuado Basada en el Modelo del SPIA. *Revista Iberoamericana de Psico traumatología y Disociación*. Vol.10
- Levine, P. (2012). *Uma voz sem palavras. Como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*. São Paulo: Summus.
- Levine, P. y Frederick, A. (1999). *Curar el trauma: Descubriendo nuestra capacidad innata para superar experiencias negativas*. Barcelona: Urano.

- Levine, P. y Kline, M. (2016). *El trauma visto por los niños*. Barcelona: Eleftheria.
- Ogden, P. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensorio motriz de psicoterapia*. España: Desclée de Brouwer.
- Porges, S. (2018). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal: el poder transformador de sentirse seguro*. Barcelona: Eleftheria.
- Porges, S. y Dana, D. (2019). *Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal*. Barcelona: Eleftheria.
- Palacios L. y Heinza G. (2002). Trastorno de estrés postraumático: una revisión del tema (primera parte). *Salud Mental* 2002; 25 (3.):19-26.
- \_\_\_\_\_ (2002a). Trastorno de Estrés Postraumático: una revisión del tema (segunda parte). *Salud Mental* 2002; 25 (5.):61-71.
- Pieschacon, F. (2006). Estado del arte del trastorno de estrés postraumático. *Suma Psicológica*, Vol. 13
- Rosenberg, S. (2017). *El nervio vago y su poder sanador*. Barcelona: Sirio.
- Rothschild, B. (2015). *El cuerpo recuerda: La psicofisiología del trauma y el tratamiento del trauma*. Barcelona: Eleftheria.
- Shapiro F. (2001). *EMDR: Basic Principles, Protocols and Proceduras* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ (2013). *Supera tu pasado: tomar el control de la vida con el EMDR*. Barcelona: Kairós.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind*. Nueva York: Guilford Press.
- \_\_\_\_\_ (2016). *Guía de neurobiología interpersonal: un manual integrativo de la mente*. Barcelona: Eleftheria.
- van der Kolk, B. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.