

EL ESTRES POSTRAUMÁTICO Y LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS, PAUTAS PARA SU TRATAMIENTO, (PARTE I).

Autor: Mario C. Salvador

Abstract. En esta serie de dos artículos (Parte I y Parte II) revisaremos la fenomenología del trauma y los trastornos disociativos como síndromes frecuentes en las consultas clínicas, aunque poco conocidos; así como las directrices generales para su abordaje terapéutico (Parte II).

El trauma es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona.

“Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras (Janet 1919). El terror “se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la conciencia ordinaria”, dejándolos organizados como percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales (Janet 1894)

El EPT son “síntomas persistentes de arousal elevado” en el SNA. En el EPT el suceso traumático no se recuerda y se relega al pasado de la misma forma que otros hechos pasados, el almacenamiento de los recuerdos sigue pautas distintas que en los recuerdos ordinarios. El trauma continúa entrometiéndose con realidades visuales, auditivas y/o somáticas en la vida del paciente. Una y otra vez reviven las experiencias amenazantes que han sufrido, reaccionando en el cuerpo y la mente como si estuvieran ocurriendo en el presente.

Los síntomas asociados al EPT son:

- Reexperimentar intrusivamente el evento en varias formas sensoriales (flashbacks)
- Evitar recordar el trauma tratando de negarlo, hablar de él, etc.
- Hiperarousal crónico en el SNA
- Entumecimiento emocional (que conlleva depresión, somatizaciones, anhedonia, falta de motivación, estados disociados)
- Reacciones emocionales intensas y abruptas
- Problemas de sueño
- Trastornos disociativos y problemas de memoria
- Agresiones contra uno mismo u otros

El EPT se diagnostica cuando estos síntomas duran más de un mes y se combinan con pérdidas en el funcionamiento de áreas tales como el trabajo o las relaciones sociales.

En el núcleo del EPT están las **perturbaciones somáticas**. Son síntomas de terror físico que son característicos del hiperarousal del SNA:

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

- Tasa cardiaca acelerada
- Sudor frío,
- Respiración rápida
- Palpitaciones cardíacas
- Hipervigilancia
- Reacciones de sobresaltos

Cuando estos síntomas son crónicos pueden provocar:

- Trastornos del sueño
- Pérdida de apetito
- Disfunciones sexuales
- Dificultades de concentración

El EPT puede ser disparado repentinamente por recuerdos externos o internos del evento traumático; cualquier estímulo (visual, auditivo, somático, olfativo, etc) puede activar el recuerdo que, rompiendo las barreras defensivas del Yo, irrumpe en la conciencia de la persona. El recuerdo traumático puede ser activado incluso cuando el paciente adopta una postura física que recuerda la vivida en el momento del trauma, este fenómeno es conocido como Estados Dependientes. De este modo, los síntomas somáticos, por si solos, pueden disparar la reacción del EPT, ya que las sensaciones y reacciones somáticas son un recuerdo en si mismos del episodio traumático.

El EPT implica un alto nivel de disfunción diaria

La memoria y los recuerdos traumáticos

Los recuerdos traumáticos se caracterizan por un sentido de estar "fuera del tiempo" e inmutabilidad, no tienen ninguna función social, y son reactivados por un estímulo desencadenante.

Estos recuerdos traumáticos son estados en los que el suceso traumático se reexperimenta parcial o completamente. Son recuerdos intrusivos experimentados como **flashback**: reexperimentación del suceso traumático en parte o enteramente. El más familiar es el flash back visual o auditivo, pero también puede aplicarse a síntomas somáticos que replican el trauma de alguna manera. Son vividos como si el trauma continuara u ocurriera de nuevo.

Los recuerdos traumáticos son, pues, como parásitos en la mente que no se han codificado como un recuerdo normal.

Los flashbacks pueden ocurrir tanto mientras estamos despiertos como en pesadillas que perturban el sueño. Contienen experiencias sensoriales de sucesos terribles revividos con tal realismo e intensidad que es difícil diferenciarlos de la realidad del momento.

Los flashbacks visuales y auditivos son los más comunes. Son menos familiares los flashbacks emocionales, conductuales o somáticos.

Ejemplos de hiperarousal son: sobresaltos reflejos, alteraciones emocionales no explicables de otro modo. El dolor físico o la irritación intensa pueden explicarse

también con el fenómeno de flashbacks. Los flashbacks conductuales son más frecuentes en niños que reaccionan sus experiencias traumáticas en lugar de verbalizarlas.

Debido a una excesiva hiperactivación del SNA y al exceso de cortisol parece que el Hipocampo queda inhibido, impidiendo un procesamiento normal de la experiencia vivida. El hipocampo es una estructura cerebral implicada en la categorización, seriación del tiempo – secuencia-, contexto y asignación de un significado adaptativo de la experiencia. Parece que el terror bloquea el hipocampo, de manera que no puede procesarse la información; si algo dispara el recuerdo hoy se siente como “fuera del tiempo”, como ocurriendo en el presente; el paciente pierde el sentido de que está experimentando algo que ha ocurrido en el pasado.

Cuando el hipocampo queda inhibido el recuerdo permanece codificado en sus componentes sensoriales y de manera no integrada. Los recuerdos se viven como fragmentados y disociados: la persona recuerda sólo aspectos parciales que pueden referirse a cualquiera de los componentes sensoriales (visuales, auditivos, somáticos, olfativos, ...)

Estamos hablando de los dos tipos de memoria implicados en la codificación de experiencias:

La memoria implícita: implica recuerdos almacenados como imágenes, sensaciones, emociones y conductas automáticas. Es una memoria sensorial

La memoria explícita implica los hechos, la secuencia y la resolución (significado). Es una memoria narrativa

El recuerdo ordinario implica relegar un suceso a la historia: en una posición en la línea del tiempo de la vida de la persona. Durante el trauma, las piezas no se juntan: el trauma congela el proceso integrador y la información no se integra en esquemas como los recuerdos ordinarios.

HIPERAROUSAL Y BIOLOGÍA DEL TRAUMA

El EPT puede alternar períodos de hiperactividad con períodos de estar exhaustos debido a los efectos del hiperarousal traumático del SNA. Los recuerdos del trauma que se ha sufrido pueden aparecer repentinamente, provocando pánico instantáneo. Las personas se asustan no solo del trauma, sino de sus propias reacciones al trauma, debido a que son un recuerdo de las respuestas somáticas vividas en el trauma y han quedado asociadas.

Las experiencias de vida negativas o traumas trastornan el equilibrio bioquímico del sistema fisiológico de procesamiento de información del cerebro. Esta falta de equilibrio impide que la información sea procesada y llegue a un estado de resolución adaptativa con el resultado de que las percepciones, emociones, creencias y significados derivados de la experiencia quedan, en efecto, “trabados” en el sistema nervioso.

El trauma, particularmente en los estadios tempranos del desarrollo cerebral deteriora el funcionamiento mental y emocional y afecta a la fisiología mucho más

de lo que creíamos. El recuerdo traumático se almacena de una forma muy diferente a un recuerdo ordinario: en el hemisferio derecho de forma fragmentada, no integrada y separada del centro del lenguaje del cerebro (area de Broca); lo cual explica porque la terapia verbal es frecuentemente limitada para el tratamiento del trauma y por que muchos pacientes traumatizados no pueden narrar su vivencia (“terror inenarrable”)

Del nacimiento a los tres años el hipocampo no está maduro y, por tanto, no puede procesarse la experiencia en una memoria narrativa y a largo plazo. Las personas pueden recordar sucesos de la infancia como memorias implícitas con respuestas somáticas pero no narrativas.

El trauma psicológico causa una *disociación del procesamiento hemisférico*. Como hemos dicho, los recuerdos permanecen fragmentados en sensaciones somáticas, estados afectivos intensos y no pueden traducirse en narraciones. El trauma temprano causa lo que Schore (1998) llamó “poda sináptica” en el cortex frontal orbital y crea una perturbación en el sistema simpático-parasimpático que provoca hiperarousal, una mala lectura de las claves externas y una dificultad de calmarse y tranquilizarse; esta dificultad en la regulación de los afectos es un asunto central en el tratamiento de las personas traumatizadas. Las personas viven sobrestimuladas (Schore, 1998). La poda sináptica afecta también a la habilidad para experimentar estados emocionales positivos y predispone a la persona hacia la depresión. Afecta al vínculo con otros, y a la capacidad de regular el dolor corporal.

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

LA DISOCIACIÓN

La disociación es un síntoma de estrés agudo y es una sintomatología asociada al EPT. Parece ser una forma de fragmentación de la conciencia; va desde simplemente “olvidarse” de lo que uno va a hacer hasta un Desorden de Identidad Disociativo (Múltiple Personalidad). La disociación es una fragmentación de la conciencia.

Disociación significa que los aspectos emocionales, sensoriales, cognitivos y conductuales de la experiencia traumática no son integrados.

Las reacciones a un suceso altamente estresor son: **Lucha-Huida-Parálisis**. Cuando se percibe que no se puede luchar o escapar, y es inminente la muerte o es una grave amenaza, el cuerpo se hiela o se paraliza; en este estado la persona entra en una REALIDAD ALTERADA. Esto es una reacción instantánea e instintiva (más allá del control del individuo). Muchos se sienten culpables por no actuar y no saben que esta es una reacción programada biológicamente

En la parálisis se segregan endorfinas, como anestésicos naturales, y, en última instancia, la psique se disocia de la experiencia. Así, los recuerdos traumáticos parecen flotar libremente en lugar de ocupar un lugar en el pasado.

El **Desorden disociativo** se define como "... una perturbación o alteración de las funciones normales de identidad, memoria o conciencia"

El **tipo de disociación experimentado en el EPT implica**: sentido del tiempo alterado, reducción de las sensaciones de dolor, ausencia de terror, negación a recordar.

Los trastornos disociativos pueden ir desde niveles de :

- Amnesia
- Sentirse anestesiado y no sentir dolor
- Cortar las emociones (embotamiento o entumecimiento)
- Sentirse fuera del cuerpo (despersonalización)
- Sentirse alejado de la realidad (irrealidad)
- Separar diferentes partes de la personalidad (DID; el más grave)

Es posible que la disociación sea un intento de la mente de huir cuando no podemos escapar.

Levine propone que durante el trauma los elementos de la experiencia se desconectan. Una persona con EPT puede relatar posteriormente un recuerdo visual perturbador (imagen), y una emoción fuerte conectada (afecto), pero puede no encontrarle ningún sentido (disociación del significado); un niño puede mostrar conductas repetitivas después de un trauma (conducta), pero no muestra ninguna emoción (afecto disociado).

LA PERSONA TRAUMATIZADA SE VUELVE MIEDOSA NO SOLO DEL TRAUMA EN SI SINO DE SUS REACCIONES AL TRAUMA. LAS SEÑALES FÍSICAS QUE UNA VEZ APORTARON INFORMACIÓN ESENCIAL SE VUELVEN PELIGROSAS YA QUE ESTAN ASOCIADAS AL TRAUMA.

Muchos clientes traumatizados entran en terapia con un amplia rango de quejas: dificultades de relación, quejas de somatización, ansiedad, depresión, trastornos alimenticios., trastornos disociativos, autoagresiones, abusos de sustancias; trastornos de regulación de los afectos, cambios repentinos de carácter, ...

En el abordaje terapéutico original de Janet para el EPT distinguía tres fases:

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

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

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

Es importante tener en cuenta cuando se trabaja con personas traumatizadas que:

1. Las personas con EPT no atienden a estímulos neutros: su cerebro está dirigido por los estímulos traumáticos. Viven en el pasado; no toman información nueva.
2. Tienen un sistema límbico más activo y las terapias habladas no descondicionan el sistema límbico.
3. Tienen una pérdida de capacidad para analizar y categorizar la información
4. No son capaces de utilizar el lenguaje para distanciarse del estímulo peligroso.
5. Se dispara el trauma tanto por estímulos internos como externos asociados al trauma original.

En la Parte II de este artículo, señalaremos las directrices y líneas de actuación básicas para el tratamiento de las personas severamente traumatizadas y propondremos el método EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) como una técnica específica para la desensibilización emocional y el procesamiento cognitivo adaptativo de los recuerdos traumáticos dentro de un enfoque integrativo de la psicoterapia.

Referencias:

- *The Body Remembers. The psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment.* Babette Rothschild. Norton Professional Book
- *EMDR in the treatment of Adults Abused as Children.* Laurel Parnell. Norton Professional Book
- *Trauma and Recovery.* Judith L. Herman. HarperCollins Publishers, 1994
- Van der Kolk BA, Ducey CP. *The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD.* J Traum Stress 1989; 2:259-274.
- Van der Kolk BA & van der Hart O. *The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma.* American Imago, 1991; 48:425-454.