

Iliana París García

Psicoterapia del parto traumático



EDITORIAL
SINTESIS

PSICOTERAPIA DEL PARTO TRAUMÁTICO

Colección:
Temas en Perinatalidad

Coordinadora:
IBONE OLZA FERNÁNDEZ



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

PSICOTERAPIA DEL PARTO TRAUMÁTICO

Iliana París García



Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Colaboradora: Liset Bárbara Álvarez de Castro-Palomino

Ilustración de portada: Lorena Marín García

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Iliana París García

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-1357-483-7
Depósito Legal: M-8019-2026

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

<i>Prólogo</i>	11
<i>Agradecimientos</i>	15

PARTE I

Parto y trauma. Algunas consideraciones teóricas

1. <i>Trauma y experiencia traumática</i>	19
1.1. Definiciones de trauma	19
1.2. Breve historia del estudio del trauma psíquico	24
1.3. Trauma y apego: el trauma relacional temprano y el trauma complejo	27
1.4. Trauma vicario y traumatización secundaria.....	32
1.5. El trauma desde la mirada ecosistémica	35
1.5.1. <i>Microsistema</i>	37
1.5.2. <i>Mesosistema</i>	38
1.5.3. <i>Exosistema</i>	39
1.5.4. <i>Macrosistema</i>	40
1.5.5. <i>Cronosistema</i>	42
1.6. Factores que afectan en el proceso de traumatización	42

2.	<i>Trauma psíquico y trauma físico</i>	47
2.1.	El trauma en el cuerpo. El cuerpo y su lenguaje.....	48
2.1.1.	<i>Dolor físico y dolor psíquico</i>	50
2.1.2.	<i>Cerebro y trauma</i>	53
2.1.3.	<i>La memoria del cuerpo</i>	57
2.2.	El dolor emocional del trauma.....	59
2.2.1.	<i>Reconocer el hecho traumático</i>	60
2.2.2.	<i>Elaborar el trauma</i>	61
2.2.3.	<i>Trascender la vivencia: el crecimiento postraumático</i>	64
2.2.4.	<i>El activismo como manera de sobrellevar el trauma</i>	66
3.	<i>Partos, contextos de riesgo y violencia obstétrica</i>	69
3.1.	El parto fisiológico y el parto intervenido.....	70
3.2.	Contextos de riesgo para las parturientas.....	75
3.2.1.	<i>Partos complicados desde el punto de vista médico</i>	80
3.2.2.	<i>Partos complicados desde el punto de vista de la salud mental materna</i>	82
3.3.	¿Por qué un parto deviene traumático?.....	84
3.4.	Apuntes sobre la violencia obstétrica.....	89
3.4.1.	<i>¿Estructural, sistémica, de género o institucional?</i>	92
3.4.2.	<i>Negar el elefante en la habitación</i>	95
3.4.3.	<i>Estado de la cuestión en España</i>	98
4.	<i>Experiencia traumática y trastorno de estrés postraumático causado en el parto</i>	103
	<i>Liset Álvarez de Castro-Palomino</i>	
4.1.	Experiencia de parto traumático centrada en la mujer: impacto emocional y psicopatológico.....	105
4.1.1.	<i>Definición de experiencia de parto traumático: la fuerza de la subjetividad</i>	105
4.1.2.	<i>Síntomas clínicos de la experiencia de parto traumático. Manifestaciones emocionales y psicopatológicas</i>	108
4.2.	Definición y sintomatología del TEPT causado en el parto.....	109
4.3.	Características específicas del trastorno de estrés postraumático causado en el parto.....	110
4.3.1.	<i>El TEPT causado en el parto y la EPTCM desde una perspectiva clínica: entre la normatividad diagnóstica y la subjetividad del sufrimiento</i>	122
4.4.	Comorbilidad entre TEPT y depresión posparto.....	124
4.5.	Efectos del parto traumático en el bebé.....	125

5.	<i>Prevalencia, factores de riesgo y protección asociados al TEPT causado en el parto</i>	129
	<i>Liset Álvarez de Castro-Palomino</i>	
5.1.	Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en el posparto	129
5.2.	La vivencia de un parto como traumático y la importancia de la reducción de riesgos	132
5.3.	Vulnerabilidad perinatal: factores que predisponen a una experiencia de parto traumática y al TEPT posparto.....	133
5.3.1.	<i>Vulnerabilidad prenatal. Factores de riesgo</i>	134
5.3.2.	<i>Vulnerabilidad durante el parto. Factores de riesgo</i>	136
5.3.3.	<i>Vulnerabilidad en el posparto. Factores de riesgo</i>	139
5.4.	Reducir la frecuencia y el impacto de un parto traumático. Factores de protección	141
5.4.1.	<i>Prevención de la experiencia de parto traumático en población de riesgo. Propuesta de cribado, detección y acompañamiento</i>	141
5.4.2.	<i>Propuesta inicial breve, para profesionales sanitarios, de intervención temprana tras un parto traumático</i>	144

PARTE II

Psicoterapia del parto traumático

6.	<i>El posparto tras un parto traumático. Empezar con mal pie</i>	151
6.1.	La madre.....	151
6.2.	El establecimiento del vínculo madre-bebé.....	156
6.3.	La lactancia.....	163
6.4.	La relación de pareja	168
6.4.1.	<i>El padre o la pareja de la madre</i>	171
6.5.	El proyecto vital y el crecimiento postraumático.....	174
7.	<i>Guía para la valoración y diagnóstico del trauma causado en el parto</i> ..	179
7.1.	Habilidades del terapeuta en la entrevista clínica.....	180
7.1.1.	<i>El establecimiento del encuadre</i>	181
7.1.2.	<i>El cuidado de la relación terapéutica</i>	182
7.2.	Valoración de la salud mental materna, motivo de consulta.....	185
7.2.1.	<i>El momento vital en el que llega la paciente</i>	189
7.2.2.	<i>Antecedentes ginecobstétricos</i>	194

7.2.3. <i>Las secuelas físicas y psíquicas</i>	195
7.2.4. <i>Historia previa de traumas</i>	196
7.2.5. <i>Situación psicosocial y red de apoyo</i>	198
7.3. La importancia del relato de parto	200
7.4. Recursos psicométricos para la valoración del trauma causado en el parto	204
7.4.1. <i>Escalas para evaluar el TEPT en el postparto</i>	205
7.4.2. <i>Cuestionarios y escalas para evaluar la experiencia del parto</i>	208
7.4.3. <i>Postpartum Bounding Questionnaire (PBQ)</i>	210
7.4.4. <i>Early Trauma Inventory (ETI)</i>	212
7.4.5. <i>Stafford Interview. Sexta edición del Birmingham Interview for Maternal Mental Health</i>	213
7.5. A modo de resumen	213
7.6. Valoración y diagnóstico del padre o pareja de la madre.....	214
8. <i>Plan de intervención psicoterapéutica del trauma causado en el parto.</i>	219
8.1. Propuesta sistémica en la atención del trauma causado en el parto	220
8.2. Intervención psicoterapéutica individual con la madre.....	222
8.2.1. <i>Apuntes generales sobre la intervención en el trauma</i>	222
8.2.2. <i>Fases del tratamiento psicoterapéutico del TEPT causado en el parto</i>	225
8.2.3. <i>Intervención psicoterapéutica madre-bebé</i>	230
8.2.4. <i>La elaboración de las pérdidas</i>	235
8.2.5. <i>Reconstrucción de la identidad y crecimiento postraumático</i> ...	248
8.3. Intervención sobre la relación de pareja y la sexualidad	252
8.4. Otras intervenciones terapéuticas.....	255
9. <i>Cuando el trauma se asienta: el trabajo terapéutico en el después.</i>	257
9.1. El aniversario después del parto	257
9.2. Volver a confiar en los profesionales sanitarios	262
9.3. Impacto en la fertilidad y los embarazos posteriores	264
9.4. Vivir con el recuerdo del trauma a largo plazo	268
10. <i>Casos clínicos: miradas y abordajes</i>	275
10.1. Anna. La importancia de vivir una experiencia de parto positiva tras un parto traumático	276
10.2. El parto gemelar de Estela. La desvalorización como consecuencia del trauma.....	283

10.3. Michelle, el trauma en el parto y el trauma de apego.....	290
10.4. Eugenia. El arte como vehículo para la sanación.....	297
11. <i>Prevención del trauma a causa del parto e intervención temprana para profesionales sanitarios</i>.....	313
11.1. La importancia de la prevención.....	313
11.1.1. <i>Atención perinatal sensible al trauma</i>	318
11.2. Habilidades de comunicación	332
11.2.1. <i>Validar las expectativas de parto de las mujeres</i>	333
11.2.2. <i>Escucha activa y validación de la experiencia traumática</i>	334
11.3. Criterios de derivación. Identificación de síntomas de estrés y trauma periparto en las madres.....	336
11.4. La atención de los profesionales sanitarios. La importancia de visibilizar su herida	337
12. <i>El cuidado de los psicoterapeutas que trabajan con el trauma</i>	341
12.1. Sanar la propia herida.....	341
12.1.1. <i>¿Por qué hemos elegido trabajar con el trauma perinatal?</i>	345
12.1.2. <i>¿Psicoterapia como forma de activismo?</i>	347
12.2. Los cuidados de quien cuida. El impacto emocional del psicoterapeuta en la atención del trauma causado en el parto	349
12.3. La supervisión clínica como espacio de autocuidado	352
<i>Bibliografía seleccionada</i>	355

2

Trauma físico y trauma psíquico

En el cuerpo no cabe la gratitud del olvido.

PILAR CÁMARA

Dad palabras al dolor: el dolor que no habla gime en el corazón
hasta que lo rompe.

WILLIAM SHAKESPEARE

En el cuerpo, el silencio no existe, funciona como un rizoma cuyos brotes se ramifican, crecen de manera indefinida, se transforman y generan nuevos brotes a partir de sus nudos.

NEREA BARJOLA

¿Qué parte de la experiencia traumática se aloja en el cuerpo, en los dolores físicos, y cuál permanece imborrable en el psiquismo a través del recuerdo, la remembranza y el sufrimiento?

Esta es una pregunta que se han realizado muchos autores y que ha recibido respuestas diversas, dependiendo del lugar donde hayan puesto más énfasis: ya sea en lo fisiológico-físico —el cuerpo—, ya sea en lo psicológico-psíquico. Sin embargo, independientemente del foco escogido, existe un consenso general: el trauma habita en ambos planos.

Algunas veces, la psique no puede articular un discurso coherente de la vivencia, y entonces es el cuerpo el que la asume y grita, desplegando sintomatologías diversas. Otras veces, es a través del lenguaje, de las expresiones artísticas, de la meditación o del movimiento como se logra elaborar y trascender la experiencia traumática, permitiendo que la persona pueda recuperar un estado de paz y equilibrio.

Sea como fuere, los profesionales que se dediquen a trabajar en la esfera del trauma deben ser conscientes de que la solución se encontrará en algún punto entre estas dos aguas: las del cuerpo y la mente, que muchas veces confluyen en la desembocadura. Ambas dimensiones deben ser convocadas e interpeladas en la intervención si se pretende alcanzar un trabajo verdaderamente reparador.

Este principio se hace especialmente evidente, con mucha frecuencia, en el campo de la intervención en psicoterapia perinatal, cuando se trabaja con mujeres que han vivido una experiencia traumática durante el parto. No es posible atender al trauma psíquico sin tener en cuenta las secuelas que un parto difícil haya dejado en un cuerpo dolorido o roto. Del mismo modo, no se puede curar la herida física tras el parto sin pasar por la elaboración psicológica de cómo llegó esa herida allí, ni sin atender a las consecuencias subjetivas que ha producido.

Precisamente sobre estas cuestiones trata el presente capítulo.

2.1. El trauma en el cuerpo. El cuerpo y su lenguaje

El cuerpo, como nuestra más íntima morada, es el lugar donde residen nuestras penas y nuestras alegrías. Toda vivencia del mundo pasa por la experiencia corporal. Incluso en la era de la inteligencia artificial y de experiencias virtuales y *metavérsicas* diversas, nada de eso puede percibirse sin la presencia de un cuerpo que lo contenga.

El cuerpo (no solo el físico, el mero organismo) acoge y cobija infinidad de recuerdos, desde el primer abrazo materno (algunos autores, de hecho, sostienen que almacenamos memorias de nuestra vida acuática, intrauterina, que no somos capaces de traer a la consciencia) hasta cualquier cantidad de estímulos cotidianos que no registramos conscientemente.

Lo traumático también queda, innegablemente, alojado en el cuerpo. Es algo sobre lo que Van der Kolk (2015) insiste de manera reiterada a lo largo de toda su obra: “el cuerpo lleva la cuenta”. El cuerpo memoriza y reacciona, incluso si conscientemente no hay registro del trauma, si la represión ha corrido su velo sobre el recuerdo o si la disociación ha hecho acto de aparición a manera de defensa psíquica. El cuerpo nos/se delata.

Desde las histéricas de Charcot hasta el escalofrío repentino ante un estímulo que no alcanzamos a nombrar, al que no somos capaces de dar sentido, el cuerpo cuenta, habla, dice cosas. Pero ¿qué dice?

Según Barjola (2024), cuando es el cuerpo quien toma el control, fractura el silencio rompiendo (a través de las heridas) aquello que no puede nombrarse. De esta manera, la piel no recubre el secreto ni esconde el recuerdo. El cuerpo grita con la finalidad de ser escuchado, buscando un lugar donde poder legitimar su dolor, aunque sea a través del síntoma.

Sin embargo, debemos matizar y diferenciar. Hay experiencias en las cuales *tenemos* un cuerpo, y otras en las que *somos* un cuerpo. Cuando sentimos angustia, quedamos reducidos a un cuerpo, y esto es parte de lo que ocurre en la experiencia traumática y su reexperimentación: terror puro en un ser que solo siente la amenaza en el cuerpo. En estas situaciones no se puede *tener* un cuerpo: el cuerpo *es* desde la angustia.

Ahora bien, Nasio (2008) nos dice que, desde el punto de vista subjetivo, psicológico, no *somos* nuestro cuerpo de carne y hueso, sino lo que sentimos y percibimos de él. Somos el cuerpo que sentimos y el cuerpo que vemos o percibimos. Nuestro *yo* se forma a partir de las representaciones mentales de nuestras experiencias corporales. Dicha representación se actualiza de manera constante en virtud de los cambios corporales que percibimos: “el *yo* está, pues, compuesto por dos imágenes corporales diferentes pero indisolubles: la imagen mental de nuestras experiencias corporales y la imagen especular de nuestro cuerpo” (Nasio, 2008, p. 56).

En este sentido, durante el embarazo y el posparto, una parte importante del trabajo psíquico radica en ir aceptando los cambios corporales bruscos que se van generando en ese breve lapso. La identidad materna no solo irrumpe bajo la certeza de que se será madre y de que ese hecho cambiará la vida. Aunada a la aceptación del vínculo, de la relación que ya se está construyendo con ese otro que crece en el propio vientre, se impone una transformación yoica de la imagen mental y la imagen especular o perceptual de sí misma. Por esta razón algunas mujeres, madres recientes, refieren que les cuesta reconocerse en el espejo, aceptar a esa que el reflejo les muestra.

Esto puede resultar aún más imponente cuando ha quedado alguna secuela física, consecuencia de un parto traumático: alguna marca que les recuerde el horror vivido o que, aunque haya pasado el tiempo, impida sentirse bien. De este modo, no es infrecuente escuchar en consulta a madres que confiesan haber tapado los espejos de casa, ducharse con las luces apagadas, cambiarse sin mirar su reflejo o ser incapaces de reseguir con los dedos la cicatriz de su cesárea o su episiotomía. Pueden pasar meses en lucha, negando el cuerpo que les ha quedado: con dolor, con rabia y con angustia.

El cuerpo es aquello que sentimos (o sufrimos) y aquello que percibimos (o evitamos ver). La manera como comunicamos nuestros estados corporales es a través del lenguaje, siendo lo metafórico un recurso de vital importancia. Esto es así debido a que, tal y como sostiene Lutereau (2023), cuando una persona habla de su síntoma (un dolor de cabeza, un dolor de muelas, etc.), aunque este parezca ser objetivo, aparece la metaforización: “se me parte la cabeza”, “siento un taladro en la boca”. Y de esta manera hace su entrada el cuerpo psíquico: un cuerpo de palabra.

A menudo, a través de la expresión del dolor, de poner en palabras el síntoma y sentirse entendido por el otro, las personas experimentan un cierto alivio. Con las experiencias traumáticas, sin embargo, no siempre se goza de ese bálsamo, debido

a que en muchas de ellas el dolor es de un carácter indescriptible, inenarrable. Las personas que han atravesado un trauma, algunas veces, no pueden poner en palabras su sufrimiento. Es un dolor que escapa a la metáfora y se mantiene alojado en el cuerpo. En estos casos, se ha de acceder primero a trabajar sobre lo corporal para luego poder *metaforizar* el dolor, hacerlo psíquico a través de su puesta en palabras significantes.

Por este motivo, es fundamental, crítico incluso, que todo tratamiento del trauma englobe la totalidad de la persona: el cuerpo, la psique, el cerebro.

Afirman Van der Kolk (2015) y Álvarez (2024) que tanto los niños como los adultos traumatizados presentan numerosos síntomas somáticos para los que no se encuentra ninguna base física clara: agotamiento generalizado, cefaleas, sensación de opresión en el pecho, trastornos del sueño, disminución de la libido, alteraciones del peso corporal, problemas cutáneos, dolores crónicos de espalda y cuello, fibromialgia, migrañas, trastornos digestivos, colon espástico o síndrome del intestino irritable, fatiga crónica y ciertas formas de asma. El riesgo de no identificar la relación entre estas dolencias y la vivencia traumática (o con sus causas psicógenas) es que la persona quede atrapada en un espiral de diagnósticos, recibiendo etiquetas diversas y siendo finalmente catalogada por el sistema sanitario como “paciente difícil”...

Según García y Beyebach (2022), estos síntomas corporales son más frecuentes en personas que han sufrido violencia interpersonal, y más aún en los casos de violencia sexual. De esta manera, no es inhabitual que una persona que ha sufrido abusos sexuales encuentre muchas dificultades para tener un orgasmo, disfrutar o simplemente recibir una caricia, o que haya partes de su cuerpo que literalmente no consiga sentir. También es frecuente que haya rigidez corporal y dificultades para dejarse tocar o abrazar. A veces, las personas pueden llegar a sentirse extrañas en su propio cuerpo o desconectadas de él.

La experiencia clínica en el trabajo con mujeres que han vivido partos traumáticos, o que han sufrido grados elevados de violencia obstétrica, evidencia las mismas dificultades que las referidas por las sobrevivientes de abuso sexual. Secuelas que, como veremos en capítulos posteriores, pueden arrastrarse durante meses, incluso años, condicionando de forma determinante la vida de quienes las padecen.

En este sentido, es de vital importancia que los y las terapeutas puedan reconocer y nombrar estas experiencias dolorosas e incapacitantes como lo que son: secuelas de una traumatización vivida.

2.1.1. Dolor físico y dolor psíquico

La RAE define la palabra *dolor* como la “sensación molesta o aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”. En su segunda acepción, nos dice que se trata de “un sentimiento de pena y congoja”. María Moliner (2016) incluye, en su

definición, una tercera acepción: “sentimiento causado por un desengaño o un maltrato moral recibido, o por ver padecer a una persona querida” (p. 927). Definición bastante cercana a las descripciones actuales que se manejan sobre lo que constituye un hecho traumático.

Si consultamos cualquier manual de medicina, al hablarnos de dolor se hará referencia, muy seguramente, a experiencias sensoriales desagradables que experimentan los seres vivos con sistema nervioso central. Se mencionarán las lesiones, los diferentes mecanismos neurofisiológicos que modulan la experiencia dolorosa y otras cuestiones que entran dentro del orden de lo orgánico.

Sin embargo, apunta Castellanos (2009) que la concepción del dolor ha ido cambiando a lo largo del tiempo. El modelo biomédico, que únicamente atribuía el dolor a causas exógenas (heridas, traumatismos, tumores) y que solo se centraba en la importancia del sistema nervioso como transmisor de este, ha sido superado. Actualmente, se reconoce que también hay factores psicológicos o contextuales que influyen de forma decisiva en la experiencia dolorosa:

En el campo de la medicina se pasó a un modelo multidimensional que establece que en la sensación dolorosa intervienen distintos factores (emoción, pensamiento, atención, etc.) que modulan el dolor y que hacen que la intensidad del mismo no dependa solamente de la intensidad del estímulo (Castellanos, 2009 p. 17).

A partir de la aceptación del elemento subjetivo, se puede llegar a la conclusión de que dolor es todo aquello que la persona reconoce como tal. Es decir, aquello que quien lo padece refiere, en el momento y sitio en que lo siente, y con la intensidad con que dice experimentarlo. Sin embargo, en contextos de atención sanitaria aún nos encontramos con profesionales sanitarios que niegan, minimizan, tratan con desdén o condescendencia, patronizan, ningunean o relativizan esa experiencia dolorosa con frases como: “tienes anestesia”, “es imposible que te esté doliendo”, “esto molesta, pero solo un poco”, entre otras. Este tipo de invalidación sigue siendo especialmente frecuente en la atención ginecológica a mujeres y en la atención a la infancia. De esta manera, se niega sistemáticamente la experiencia encarnada, la vivencia corporal del otro.

Nasio (2007), en su obra *El dolor físico*, nos dice que los seres humanos tenemos un vínculo de amor con nuestro propio cuerpo. En este sentido, estamos apegados a nuestro cuerpo, lo amamos, lo preservamos, lo cuidamos, sobre todo en lo referente a su integridad. Se trata de un vínculo de amor implícito, puesto que no solemos ser conscientes de él. El dolor, entonces, para el autor, es una reacción afectiva a una pérdida, a la pérdida de una unidad. En el caso del dolor físico concretamente, dicha reacción afectiva aparece cuando se pierden la armonía y la integración equilibrada de las diferentes partes del cuerpo.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo especificado anteriormente, si nuestro yo es la representación mental de nuestras experiencias corporales, hablar de dolor es hablar de algo que emerge en el nivel del límite, “o bien en el límite impreciso entre el cuerpo y la psique, o bien entre el yo y el otro e incluso entre el funcionamiento ordenado del psiquismo y un funcionamiento perturbado” (Nasio, 2007 p. 15). El dolor es un fenómeno mixto que surge en el límite establecido entre el cuerpo y la psique. Comprender esto, dentro del tratamiento clínico del trauma, resulta indispensable.

Nasio (2007) explica que el proceso de formación del dolor se da de una manera compleja: comienza con una ruptura o *dolor de la lesión*, continúa con la conmoción psíquica, el *dolor de la conmoción*, que dicha ruptura desencadena, y acaba con una reacción defensiva (o *dolor de reaccionar*) del yo que intenta detener la conmoción.

El dolor de la lesión, o dolor nociceptivo, es el que sentimos cuando se experimenta un dolor local por cualquier herida, dándose dos percepciones simultáneas. Por un lado, se percibe el dolor que se localiza en el órgano específico que ha sido herido por algo exterior al yo; esta sensación dolorosa que se identifica en el cuerpo en realidad se produce en el cerebro. Por otro lado, se percibe un estado de conmoción interna ante el hecho, una emoción dolorosa (Nasio, 2007).

La sensación dolorosa se reaviva al formarse la representación mental de la herida. El dolor no está en la herida sino en el yo mismo, en la imagen mental del lugar lesionado. Con lo cual, en el fondo, no hay diferencia entre el dolor físico y dolor psíquico; el dolor es también un afecto:

El dolor corporal es una brecha, una ruptura, una efracción del límite protector del yo que es el cuerpo. La efracción puede haber sido provocada por un accidente externo que rompe el límite y desencadena un fenómeno energético de entrada masiva de energía por esta abertura, una entrada que irrumpirá en el seno del yo como una tromba de agua y que sumergirá no al cuerpo, sino al yo. Este matiz es importante y por eso quiero ser preciso: el dolor corporal es un afecto, una sensación provocada por la entrada masiva de energía que toca el centro mismo del psiquismo (Nasio, 2007, p. 97).

De este modo, todo aquello que se sufre en el cuerpo sucede porque está pasando algo en la psique. Y a ese estado de conmoción psíquica, provocado, a su vez, por un estado de conmoción del yo, se le denomina trauma. Cualquier excitación demasiado intensa, cualquier entrada masiva de energía que la persona no sea capaz de integrar, asimilar o amortiguar, puede devenir en algo traumático.

Al mismo tiempo, el dolor psíquico también es una percepción que tiene el yo de un quiebre, pero esta vez se trata de una endopercepción, es decir, ocurre hacia el interior de una conmoción interna. La lesión no se aloja en el límite protector del yo, sino en el vínculo que conecta a una persona con otra. Se trata, entonces, de

una lesión del vínculo. Cuando esta lesión se produce, como en el caso de la lesión física, puede devenir traumática.

Quizás, si se tuviera esto en cuenta en la atención al parto, a lo mejor las intervenciones serían realmente las mínimas, entendiendo la importancia de dejar que el cuerpo haga, que madre y bebé realicen el trabajo que les corresponde sin interrumpir el delicado proceso neurohormonal que se pone en juego, sin correr el riesgo de generar una ruptura innecesaria en lo físico, por un lado, y cuidando las interacciones con la mujer de parto para prevenir una ruptura en el vínculo, por el otro.

2.1.2. Cerebro y trauma

El avance de los estudios en neurociencias ha demostrado, incuestionablemente, que cada emoción, pensamiento o acción realizado por una persona va presidido y acompañado por cambios biológicos en su cuerpo. Así, afirman Ford y colaboradores (2015) que cada acto mental (es decir, cada forma de pensamiento y cada producto mental, como pensamientos, emociones, metas, intenciones y planes de acción) es el resultado de la actividad fisiológica en nuestro cerebro.

Comprender la interconexión inherente del cuerpo y la mente es fundamental en el tratamiento de las afecciones provocadas por el trauma.

De hecho, en el caso concreto del trastorno de estrés postraumático, numerosos estudios científicos han demostrado que las personas que lo sufren se encuentran en estados biológicamente diferentes, en una gran variedad de maneras: alternaciones en el sistema corporal de respuesta al estrés, alteraciones en la estructura y el funcionamiento cerebral, química asociada a la reactividad ante el estrés y problemas de salud o enfermedades físicas relacionadas con una reactividad elevada (Ford *et al.*, 2015; Van der Kolk, 2015; García y Beyeback, 2022).

En síntesis, estos estudios demuestran que los eventos potencialmente traumáticos pueden provocar un impacto tan profundo que son capaces de alterar el funcionamiento ordinario del cerebro.

En líneas generales, García y Beyeback (2022) resumen los siguientes efectos neuropsicológicos tras un evento traumático:

- *Pérdida del equilibrio entre el córtex prefrontal y el sistema límbico.* Esto hace que el córtex prefrontal y el hipocampo no puedan regular la activación de la amígdala. Los estímulos sensoriales acceden directamente a esta última, la cual se activa centésimas de segundos antes de que el hipocampo pueda contextualizar la información y el córtex prefrontal valore racionalmente la amenaza. La persona queda presa de una experiencia emocional sin estructurar. A esto se le denomina el *secuestro del córtex prefrontal*. Y en palabras sencillas significa quedar a la merced del terror absoluto, sin te-

ner la capacidad de interpretar si la situación en la que el sujeto se encuentra realmente es tan amenazante.

- *Amígdala hiperactivada.* En personas traumatizadas, la amígdala se encuentra en constante estado de alerta, pese a que las amenazas ya no estén presentes, con un hipocampo debilitado y un córtex prefrontal y un cíngulo anterior que no consiguen regularla. Desde una mirada neuropsicológica, esta hiperactivación es la causa del estado de hipervigilancia de las víctimas de violencia, por ejemplo, de sus altibajos emocionales y de la desconfianza interpersonal, ya que cualquier individuo es percibido como una amenaza potencial.
- *Hiperestimulación del sistema simpático.* La hiperestimulación de la amígdala se transmite al hipocampo, sobreactivando el sistema simpático a través del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. Esto mantiene al sujeto en constante estado de preparación para la lucha o la huida, lo cual acaba produciendo una alteración hormonal permanente (adrenalina y cortisol). Dicha alteración genera respuestas fisiológicas como: aumento de la tensión arterial y la tasa cardíaca, sudoración intensa, contracción muscular, debilitando así la salud física. Al mismo tiempo, la activación del simpático implica la inhibición del parasimpático, interfiriendo con las “labores de mantenimiento”, lo cual se traduce, entre otras cosas, en problemas digestivos, incapacidad para relajarse, dificultad para dormir, etc.
- *Deterioro del córtex prefrontal.* La alteración anterior acaba interfiriendo con el funcionamiento ejecutivo del córtex prefrontal, derivando en problemas de atención, dificultades en el razonamiento y la toma de decisiones, dificultades en el proceso de mentalización, en el monitoreo de los propios procesos mentales y la regulación de la conducta.
- *Afectación del hipocampo.* Al estar implicado en el aprendizaje, su alteración conlleva déficits en la memoria y en la capacidad de adquirir nuevos conocimientos.
- *Pérdida del sentido del yo.* Cuando los sucesos son especialmente traumáticos puede darse una pérdida del sentido de sí mismo. Esta se puede expresar de dos maneras: a través de una desconexión sensorial, es decir, de la dificultad de sentir partes del propio cuerpo, debido a las secuelas que el trauma genera en el lóbulo parietal encargado de procesar sensaciones táctiles. O presentando dificultades en la conciencia del sí mismo, debido a la afectación del córtex orbitofrontal, medial y la ínsula.
- *Predominio del hemisferio derecho.* El efecto de los eventos traumáticos se inscribe, sobre todo, en el hemisferio derecho del cerebro, en el que se procesa la información de un modo no verbal, más global y emocional. Así, el hemisferio izquierdo, más verbal y analítico, no puede ejercer su función. Este es el motivo por el cual muchas personas traumatizadas tienen

serias dificultades para narrar la experiencia, organizar de forma coherente el recuerdo (ya que se ha almacenado en forma de memorias inconexas), y producir una narrativa elaborada. Hay trozos del recuerdo de la experiencia traumática que son emoción pura. Según un estudio de neuroimagen realizado por Van der Kolk (2015), cuando una persona está sufriendo un *flash-back* de una experiencia traumática, el área de Broca, uno de los centros de habla del cerebro, se desactiva. Por esto se insiste tanto en decir que el trauma tiene un carácter preverbal.

- *Impacto corporal*. El trauma también afecta a nivel corporal-físico debido a la acción del sistema vagal ventral, parte del sistema nervioso parasimpático, que se encarga de inervar todos nuestros órganos y las partes de nuestro cuerpo. Por esto es posible tener sensaciones corporales sin que haya una lesión física concreta.

Todos estos efectos sobre las funciones, estructuras y áreas cerebrales muestran la profunda huella neurológica del trauma, lo cual explica por qué una gran parte de la experiencia traumática escapa al control racional y verbal de las estructuras corticales.

Como psicoterapeutas, conocer estos efectos psiconeurológicos nos puede permitir ofrecer un marco explicativo a las pacientes que nos consultan y que, a menudo, se encuentran sufriendo muchos de estos efectos como síntomas inexplicables. Estas explicaciones generalmente ayudan a dar sentido y, principalmente, desculpabilizan a la persona por aquello que está padeciendo, que siente que se apodera de ella en momentos puntuales y que no logra comprender.

Ahora bien, García y Beyebach (2022) enfatizan que también es importante recalcar la cuestión de la neuroplasticidad cerebral; es decir, la maravillosa capacidad que tiene el cerebro de transformarse a sí mismo, reconfigurando su funcionalidad y sus estructuras como resultado de la exposición a otros estímulos ambientales, experiencias conductuales, sensoriales, emocionales o demandas cognitivas diferentes.

Así, del mismo modo que el cerebro reaccionó y se adaptó a la experiencia traumática, es posible que se readapte a la nueva situación de seguridad; “si el cerebro fue modelado por experiencias negativas también puede reconfigurarse a partir de experiencias positivas” (García y Beyebach, 2022, p. 60).

En los casos de las mujeres que han sido madres, la presencia del bebé, el establecimiento del vínculo, la consolidación de la identidad materna y de la transformación generada por el fenómeno de la matrescencia pueden ayudar a amortiguar el impacto atronador del trauma. Sin embargo, hasta el momento no existen estudios específicos que analicen la interrelación de estas variables.

Frente a estos hallazgos, se hace necesario ampliar la mirada de nuestras intervenciones. La principal herramienta de la psicoterapia actual es la palabra, independientemente de la corriente psicológica, de la concepción ontoepistemológica

y la base teórica que la sustente. Es a través de la palabra como, principalmente, accedemos al mundo interior del otro. No obstante, según Van der Kolk (2015), la desactivación del hemisferio izquierdo tiene un impacto directo sobre la capacidad de organizar la experiencia en secuencias lógicas y de traducir nuestros sentimientos y pensamientos cambiantes en palabras. “Sin secuenciar, no podemos identificar la causa y el efecto, comprender los efectos a largo plazo de nuestras acciones ni hacer planes de futuro coherentes” (Van der Kolk, 2015, p. 50).

Se trata, en efecto, de una pérdida del funcionamiento ejecutivo.

Durante cien años o más, todos los manuales de psicología y de psicoterapia han sugerido que el hecho de hablar sobre los sentimientos angustiantes puede resolverlos. Sin embargo, la propia experiencia del trauma se entromete en nuestra capacidad de hacerlo. Por mucho conocimiento y comprensión que desarrollemos, el cerebro racional es básicamente incapaz de sacar al cerebro emocional de su realidad hablando (Van der Kolk, 2015, p. 51).

Esta realidad incorpora un reto añadido a la intervención psicológica en el trauma. Por un lado, debemos trabajar ayudando a la persona a narrar el episodio traumático de una forma coherente, facilitando nuevas comprensiones de lo sucedido y posibilitando que se integren las memorias traumáticas. Por otro lado, es imprescindible no perder de vista este carácter preverbal del trauma que a menudo nos señala las posibles limitaciones de una intervención basada exclusivamente en la palabra.

Por este motivo, la intervención ha de ir más allá: proponiendo cambios en la acción, invitando al cuerpo, en la medida de lo posible, a través del cambio de hábitos, de alimentación y de descanso, de la inclusión del ejercicio físico o el movimiento, de desplazarse a lugares, estar en contacto con la naturaleza, aprender a hacer cosas nuevas, interactuar con los otros de otras maneras, abrirse a la experiencia de las expresiones artísticas. Comunicar, más allá de la palabra. A veces será necesario quitar el foco del trauma y ponerlo en la vida. Saber ir y volver es un arte que se va aprendiendo con la experiencia.

En muchas otras ocasiones, nuestro tratamiento deberá ser complementado con la derivación a profesionales afines que puedan actuar directamente sobre el cuerpo. El uso de diversas técnicas, como el masaje, la reeducación postural, la acupuntura, las intervenciones fisioterapéuticas y osteopáticas, y otras expresiones corporales como el ejercicio físico, la meditación, el baile o la biodanza, el teatro terapéutico, el yoga sensible al trauma, entre otras que hagan uso de lenguajes no verbales u otros medios de expresión, siempre que el caso lo permita, potenciará el trabajo que se esté realizando.

Por último: otro elemento para tener presente es el imperativo de nunca perder de vista a la persona. Si bien los avances neurocientíficos nos han mostrado, y nos siguen mostrando, todas las capacidades que tiene el órgano rector de nuestro

racionino, el cerebro, Castellanos (2009) nos advierte de que no debemos confundir el órgano y sus mecanismos con su función en relación con lo mental. Pecar de un reduccionismo biologicista nos puede llevar a ignorar “el estatuto singular y particular de cada sujeto, que supone que la actividad anímica está articulada a las experiencias y vicisitudes particulares de la vida de cada uno” (Castellanos, 2009, p. 32).

2.1.3. La memoria del cuerpo

La idea de que el cuerpo está dotado de memoria ya aparecía en Freud, cuando hablaba de la conversión histérica como el salto de la psique a lo somático. El cuerpo, como ya se ha mencionado anteriormente, tiene la capacidad de almacenar “recuerdos” que no pasan por el tamiz de la consciencia, elucidando a veces reacciones ante estímulos sensoriales que, en apariencia, han pasado desapercibidos.

Afirma Nasio (2008) que un dolor antiguo, intenso y experimentado en un lugar específico del cuerpo deja huellas que, más tarde, una excitación interna o externa puede reactivar, dando lugar a un dolor atenuado en el mismo sitio. “Este segundo dolor, recuerdo somático de un dolor del pasado, se presentará a los ojos del clínico como un sufrimiento físico completamente real pero injustificado” (Nasio, 2008 p. 91). Vivir después de haber pasado por una experiencia traumática es estar expuesto a estos recuerdos somáticos sin origen físico aparente y, a veces, incluso, sin explicación lógica que los valide. Es vivir a merced de la angustia.

En este sentido, nos dice Álvarez (2024) que es fundamental saber diferenciar entre una memoria traumática y una memoria autobiográfica no traumática. La primera suele ser de modalidad sensorial, produce una alta activación emocional y cerebral, no se integra en nuestra vida personal y presenta distorsiones temporales, porque es de carácter atemporal. En cambio, la memoria autobiográfica es explícita, semántica y episódica; nos genera una activación emocional tolerable, forma recuerdos narrativos y somos capaces de tener un control voluntario sobre ella, puesto que se encuentra integrada en nuestra historia vital y situada en el tiempo.

Por su parte, Aznar y Varela (2018) afirman que a las víctimas de trauma relacional el impacto de su sufrimiento les secuestra la capacidad de narrar una historia que permita integrar su memoria y su emoción. Así, alguien que sufre de trauma relacional solo parece revivirlo; no es capaz de enarbolar una historia que integre de forma compleja las experiencias traumáticas porque las vive como algo que está sucediendo ahora, y lo que siente, lo siente como si estuviera siendo herido en el momento presente.

Una de las maneras en las que se almacena el recuerdo de la impotencia es en forma de tensión muscular o de sensación de desintegración en la parte afectada del cuerpo: cabeza, espalda y extremidades en las víctimas de acci-

denes, la vagina y el recto en las víctimas de abuso sexual. La vida de muchos supervivientes de traumas acaba girando en torno a la lucha y a la neutralización de unas experiencias sensoriales indeseadas (Van der Kolk, 2015 p. 302).

Así lo relata Eugenia, cuando explica las consecuencias físicas que le dejó la experiencia de parto que tuvo, más de seis meses después:

Siento un dolor lumbar intenso y la pelvis como desencajada. Además, siento una presión o sensación en la vagina, es como si tuviera algo allí, como una presencia. Esto es lo que más mal llevo, me desespera y paso los días muy mal, con muchísimo dolor.

La fisio dice que tengo unas contracturas muy fuertes y que tendremos que ir poco a poco. A mí, la verdad, lo que menos me apetece es que me estén tocando ahí. Además, tener que ponerme en una camilla me recuerda al potro obstétrico y me pongo mala, se me dispara la ansiedad. La osteópata me dice que no me preocupe, que el problema es mecánico y tiene solución, pero yo lo llevo muy mal, tengo que estar pidiendo ayuda para todo y me produce mucha ansiedad el sentir ese dolor todo el tiempo.

Yo nunca había tenido tal nivel de sufrimiento físico en mi vida, y me hace pensar muchas cosas. Quiero a mis hijos y quería ser madre, pero me habría ahorrado el embarazo y el parto. El parto me ha traído consecuencias físicas muy bestias y no quisiera echarle eso en cara a mis hijos en el futuro.

(TESTIMONIO DE EUGENIA)

Las víctimas de traumas no pueden recuperarse hasta que aprenden a familiarizarse y aceptar las sensaciones de su cuerpo. De esta manera, para que pueda operarse un cambio, se requiere que la persona tome consciencia, o vuelva a ser consciente, de sus sensaciones y de la manera en que su cuerpo interactúa con el mundo que la rodea. La autoconciencia física es uno de los primeros pasos para poder superar la vivencia traumática (Van der Kolk, 2015).

Para esto, inapelablemente, las pacientes deben aprender a identificar sus sensaciones corporales. No las emociones, sino la sensación física que las acompaña: presión, calor, tensión muscular, hormigueo, taquicardia, colapso, vacío, etc.

En este sentido, cuando nos encontramos en sesión, debemos estar muy atentas al lenguaje no verbal de la persona que tenemos delante para poder interrumpirla en su relato, si es necesario, e invitarla a identificar sus sensaciones físicas. Hacer este sencillo ejercicio resulta muy eficaz para ayudar a las madres a reconocer las sensaciones corporales y las partes de su cuerpo que se activan cuando evocan determinados recuerdos.

Igualmente, deben contar con recursos para que, haciendo uso del cuerpo de una manera controlada, a través de correcciones posturales, el uso consciente de la respiración o la activación de ciertos movimientos, puedan activar sensaciones asociadas a estados de relajación y tranquilidad. Enseñar, en consulta, a las madres a regularse de esta manera es una intervención muy potente, puesto que acaba convirtiéndose en una estrategia de la cual pueden echar mano fuera del espacio terapéutico.

2.2. El dolor emocional del trauma

¿Cómo se trasciende, entonces, el dolor que significa haber sido dañado de manera incomprensible? ¿Qué hacer con el recuerdo doloroso, con las sensaciones que se despiertan en el cuerpo y reviven, nuevamente, lo sufrido? ¿Cualquier evento traumático puede superarse o elaborarse?

Plantea Van der Kolk (2015) que las personas que tienen un trastorno de estrés postraumático se encuentran con las compuertas de lo emocional completamente abiertas. Al carecer de filtros, sufren una sobrecarga emocional constante.

Para intentar hacer frente a ello se desconectan de su realidad, anestesiándose a sí mismos mediante diferentes recursos, como el abuso de pantallas, la comida, las sustancias, el deporte o, simplemente, estando ausentes a través de una presencia corporal sin implicación psíquica (estar sin estar ahí). Así, desarrollan una visión en forma de túnel y un hiperfoco. Es decir, por un lado, tienden a percibir solo un área estrecha (lo que tienen delante), afectando de este modo a su capacidad de percibir otros estímulos de alrededor; y, por otro, tienden a concentrarse de manera extrema en actividades específicas.

En este sentido, el hiperfoco cumple una función defensiva: les permite evadir el recuerdo o minimizar las sensaciones de la experiencia traumática, o su impacto emocional, concentrándose en actividades absorbentes para reducir la angustia. “La tragedia es que el precio que pagan por cerrarse incluye también cerrarse a fuentes de placer y de alegría” (Van der Kolk, 2015, p. 77).

Pat Ogden y Janine Fisher, pioneras en psicoterapia somática, son las creadoras de la psicoterapia sensoriomotriz. Se trata de un modelo de intervención que aúna la psicología somática y la psicoterapia, basado en la neurobiología interpersonal, la neurociencia y la investigación sobre trauma y apego.

Dichas autoras exponen que los objetivos del sistema de defensa de las personas traumatizadas entran en conflicto con los sistemas asociados a la vida cotidiana; esto es, con la posibilidad de relacionarse con otras personas y con el medio que las rodea. Cada una de las categorías del sistema estimula estados neurobiológicos contradictorios, incluidos las emociones, los pensamientos, las acciones físicas y los sentidos del yo contradictorios entre sí: