

Sanando el cuerpo: un abordaje somático para trabajar con trauma sexual

Ana Tempelman, MA

Mayo 2015

Universidad de Naropa

Abstracto

El abuso sexual, definido como cualquier tipo de contacto sexual no consensuado, es un fenómeno esparcido globalmente. Es una experiencia profundamente traumática que afecta aspectos del funcionamiento emocional, espiritual, físico y conductual de la víctima. El objetivo de este trabajo de investigación consiste en descubrir cómo la psicoterapia somática, como practica holística integrativa, puede apoyar el procesamiento y la integración de diversas experiencias de trauma sexual a un nivel fisiológico, psicológico y espiritual. La lógica detrás de este estudio está basada en un entendimiento de la neurociencia y los sistemas neurológicos implicados en la memoria. La investigadora utilizó una metodología de entrevistas cualitativas: tres psicoterapeutas con formación somática fueron entrevistadas. El análisis de los datos recolectados concluyó en una conceptualización del trauma sexual y de los objetivos de un tratamiento desde el punto de vista somático, cuatro principios fundamentales del abordaje somático, quince temas de material terapéutico, y nueve intervenciones para procesar el trauma y catalizar el crecimiento terapéutico y espiritual. La hipótesis de este estudio es que la Psicología Somática, una modalidad terapéutica holística y con correlato en la neurociencia, es un abordaje óptimo para trabajar el trauma sexual.

Palabras clave: psicología somática, trauma sexual, neurociencia, memoria implícita

Introducción

El abuso sexual, definido como cualquier tipo de contacto sexual no consensuado, es un fenómeno esparcido globalmente. Las estadísticas que calculan la prevalencia del abuso sexual indican que, a nivel global, el 7,9% de los hombres y el 19,7% de las mujeres sufren algún tipo de abuso sexual antes de los dieciocho años (Pereda et al., 2009). Según información del centro de control y prevención de enfermedades en los Estados Unidos, estudios cuantitativos representativos de todo el país indican que el 18,3% de las mujeres y el 1,4% de los hombres denuncian experiencias de violación en algún momento de sus vidas, y aproximadamente 1 de cada 20 hombres y mujeres había tenido otro tipo de experiencias de contacto sexual no deseado en los 12 meses previos al estudio (Black et al., 2011). Adicionalmente, alrededor del 50% de la población transgénero en los Estados Unidos tiene experiencias de violencia sexual en algún punto de sus vidas (Stotzer, 2009).

En este trabajo, el término trauma sexual es utilizado para indicar una respuesta significativa de angustia y dolor causada por una o más instancias de contacto sexual no deseado o consensuado. El objetivo de este trabajo consiste en descubrir y explorar en qué formas la psicología somática puede apoyar y posibilitar la sanación e integración del trauma sexual a un nivel psicológico, espiritual y físico, y apoyar la evolución y la salud de los individuos que vivieron experiencias de trauma sexual. La Psicología Somática (PS) es un tipo de psicoterapia basada en la premisa de que la mente, el cuerpo y el espíritu están interconectados, que el cuerpo refleja estados internos emocionales, y que los cambios en el cuerpo conducen a cambios en la mente, posibilitando la integración emocional, cognitiva, física, social y espiritual del individuo (Levy, 2007; adta.com). La PS es un campo interdisciplinario que estudia la interacción entre el cuerpo (“soma” del griego antiguo, significando “cuerpo”), la mente y el espíritu.

En años recientes los campos de la neurociencia y la PS han crecido y se han acercado. Los descubrimientos recientes en el área de la neurociencia están brindando una base y una guía para el desarrollo de la PS (LaPierre, 2006; Siegel, 2007; Siegel, 2012; Cozzolino, 2010). La interacción entre la neurociencia y la PS en el tratamiento clínico del trauma sexual resultó evidente en este estudio, dado que las tres expertas entrevistadas se basaron en ambas áreas de investigación para definir y describir el trauma sexual y sus implicancias. Los conceptos de regulación del sistema nervioso, sistema de apego y sistema auto-protector fueron usados por las entrevistadas de un modo informado por las teorías de PS y los descubrimientos en neurociencia. La conceptualización de los sistemas de la memoria, desde el punto de vista de la neurociencia, también fue una base para determinar el diseño de este estudio. La hipótesis de este estudio es que la PS, como modalidad holística y con un correlato neurocientífico, es un abordaje óptimo para trabajar con el trauma sexual a nivel psicológico y espiritual.

Estado actual del conocimiento

El abuso sexual es una experiencia profundamente traumática que afecta aspectos del funcionamiento emocional, espiritual, físico y conductual de la víctima. Como ha sido dicho, es un problema global que, a pesar de evidenciar

características propias a cada cultura, cruza las barreras políticas y culturales (Spring, 2007; Brook, 2007).

El diseño y la lógica de este estudio fueron basados en una investigación previa del campo. Diversos temas relacionados con el procesamiento del trauma y de las memorias traumáticas serán brevemente presentados para proveer un contexto. El uso de terapias somáticas, holísticas y expresivas como modalidad para apoyar la integración y la salud serán ofrecido como una modalidad óptima para trabajar con sobrevivientes de abuso sexual. Los temas presentados a continuación incluyen: la codificación y recuperación de memoria explícita e implícita, las consecuencias somáticas y espirituales del trauma, las implicancias somáticas del trauma sexual, y una revisión de la breve literatura preexistente en el área del trabajo de la PS con sobrevivientes de abuso sexual.

Las investigaciones sobre el impacto del trauma psicológico revelan que el estrés postraumático no tratado tiene consecuencias altamente negativas para la salud psicológica y física de la persona, así como también para su expectativa de vida. El impacto del trauma va más allá del incidente traumático en sí: los sobrevivientes a menudo continúan angustiados y afectados por memorias explícitas e implícitas que invaden su día a día e impactan las maneras en que se relacionan con los otros, y con ellos mismos (Young 1992; Eberhard-Kaechele, 2012).

Mientras que la memoria explícita incluye eventos fácticos, autobiográficos, e información temporalmente lineal, la memoria implícita almacena memorias preceptuales, emocionales, comportamentales y sensoriales. Investigaciones en el área de la neurociencia indican que la memoria de eventos traumáticos es principalmente no verbal, somática e implícita, muchas veces fragmentada del recuento verbal y cognitivo. Durante un evento traumático, los niveles excesivos de cortisol que son liberados pueden bloquear el procesamiento del hipocampo, que construye la memoria explícita. Simultáneamente, el impacto químico de la adrenalina y de la norepinefrina exagera la codificación del miedo, las emociones y las sensaciones corporales por medio de la amígdala (Siegel, 2007; Siegel, 2012; Cozzolino, 2010; Perry, 1999; Rothschild, 2002). Este bloqueo en el procesamiento de la memoria explícita, combinado con un aumento en la codificación de memoria implícita, suele resultar en varias memorias corporales fragmentadas que no son accesibles a través del habla y la cognición. Los eventos traumáticos impactan el cuerpo y la memoria corporal: el cerebro registra sensaciones corporales que conforman emociones, estados físicos de activación, y secuencias de movimiento (i.e. luchar, escapar, congelarse, desmayarse). Algunas veces los hechos fácticos de la situación son codificados simultáneamente, y otras veces no, dejando memorias corporales que son atemporales, no lineales, y que a menudo invaden el presente (Rothschild, 2002; Caldwell, 2012; Eberhard-Kaechele, 2012; Kruithoff, 2012). Como resultado, los investigadores en el campo del trauma psicológico sugieren que para acceder y reprocesar disparadores inconcientes y mecanismos de defensa tales como la disociación y la somatización, el trabajo psicoterapéutico debe incluir el cuerpo, el movimiento de la memoria corporal, y las impresiones sensoriales (Schore, 2003; Levine & Frederick, 1997; van der Kolk, 1994; Krantz & Pennebaker, 2007; Goodwin & Attias, 1999).

El abuso sexual implica una violación a muchos aspectos de la integridad de la persona. El cuerpo es invadido y abusado, y las barreras emocionales son rotas. Muchas veces los sobrevivientes han vivido violencia, una amenaza a sus vidas,

manipulación y abuso psicológico, una traición del amor y la confianza familiar en casos de incesto, y un impacto profundo a su sistema nervioso. Los sobrevivientes a menudo quedan con cicatrices emocionales y espirituales, un concepto deteriorado de su autoestima y autovaloración, sensaciones de culpa, vergüenza y confusión, depresión, tendencias disociativas, y experiencias de odio y autoagresión (Mills and Daniluk, 2002; Valentine, 2007; Dolan, 1991). Sumado a esto, son proclives a tener dificultades en sus relaciones, y una propensión a disfunciones sexuales (Bernstein, 1995; Ambra, 1995). A pesar de que la relación de los sobrevivientes con su cuerpo suele ser profundamente afectada y distorsionada, los abordajes tradicionales rara vez tratan directamente los aspectos corporales de la experiencia psicosocial del paciente (Simonds, 1994), la relación del paciente con su cuerpo, o la experiencia del paciente de vivir en su cuerpo (Mills and Daniluk, 2002; Krantz & Pennebaker, 2007).

La PS trabaja para recuperar y reprocesar memorias implícitas inconscientes, emociones y sensaciones, y para dar lugar a una integración consciente y un crecimiento a nivel emocional, espiritual y cognitivo. La PS también puede restaurar el repertorio de movimientos de la persona y su conciencia corporal, ayudando a sanar y reforzar la estabilidad emocional y espiritual.

Los estudios que exploran a la PS como una modalidad efectiva para tratar sobrevivientes de trauma sexual es limitada. Los artículos son mayormente teóricos (Bernstein, 1995; Valentine, 2007) y algunas veces ofrecen ejemplos clínicos (Goodill & Dulicai, 2007; Goodill, 1987). Los estudios en este área también incluyen casos específicos (Frank, 1997; Silverman, 2007), estudios fenomenológicos (Mills & Daniluk, 2002), y estudios cualitativos basados en entrevistas en profundidad (Ambra, 1995). La escasez y antigüedad de estos estudios sugieren que hay mucho que puede ser aprendido investigando cómo están trabajando actualmente los psicólogos somáticos que tratan sobrevivientes de trauma sexual. El desarrollo y crecimiento en el campo de la neurociencia, junto a la evolución de la PS, indican que puede haber habido un progreso y refinamiento de las herramientas e intervenciones somáticas que este estudio aspira a explorar y descubrir.

Método

Con el objeto de investigar cómo están trabajando los psicólogos somáticos que tratan trauma sexual, la investigadora utilizó una metodología de entrevistas cualitativas en profundidad. Por la naturaleza del estudio, los participantes fueron elegidos por conveniencia, cercanía y posibilidad de participar. Se eligieron tres expertas en el área como participantes, que fueron reclutados por su experiencia en modalidades de PS, y por su experiencia práctica y clínica trabajando con trauma sexual. Para proveer información culturalmente competente, la investigadora juntó información sobre la identidad cultural de las tres participantes, así como también de las poblaciones con las que han trabajado. La Entrevistada A (EA) se identificó como una mujer blanca americana y estableció que proviene de la clase trabajadora. Su experiencia clínica incluye trabajo en centros comunitarios católicos con niños abusados sexualmente, y más recientemente, un consultorio privado donde trabaja principalmente con mujeres entre 30 y 50 años. También trabaja con hombres y niños, y atiende pacientes de varias nacionalidades y que se identifican con diversas orientaciones sexuales. En

cuanto a su orientación teórica, es una psicóloga somática y tienen entrenamiento extensivo en Body-Mind Centering, un abordaje enraizado en el movimiento, el cuerpo y la conciencia desarrollado por by Bonnie Bainbridge Cohen. La Entrevistada B (EB) es una mujer que se identifica como europea-americana. Trabaja mayormente con mujeres de diversas etnicidades. Sus pacientes se identifican con diversas orientaciones sexuales, y algunos de sus pacientes se identifican como trans. Su experiencia clínica incluye varios años trabajando en centros de violencia doméstica y violencia sexual, y más recientemente se ha enfocado en su consultorio privado trabajando con trauma psicológico y espiritual. Es una psicóloga somática, y su orientación teórica está fuertemente influenciada por la Experiencia Somática (trabajo de Peter Levine), EMDR (reprocesamiento y desensibilización a través de los movimientos oculares), y el trabajo de Susan Aposhyan: Body-Mind Psychotherapy. La Entrevistada C (EC) se identificó como una mujer americana blanca que viene de una familia de clase media alta. Sus pacientes son de diversidad étnica y cultural. Ha trabajado con niños y adultos trans, y con adultos que se identifican con diversas orientaciones sexuales. Es una psicóloga somática y ha estudiado y trabajado con Experiencia Somática por más de 20 años. Trabaja en un consultorio privado especializado en trauma.

La elección de un método científico cualitativo basado en entrevistas en profundidad tuvo el objetivo de recolectar información actual y detallada sobre el objeto de estudio. La investigadora dirigió tres entrevistas semi-estructuradas con el fin de identificar temas de material terapéutico que comúnmente surgen en el tratamiento de víctimas de abuso sexual, como así también intervenciones somáticas concretas que facilitan el procesamiento y la integración de este material. Los resultados potenciales de este estudio tienen la intención de proveer recursos, información y ejercicios concretos a terapeutas somáticos que trabajan con víctimas de abuso sexual, como así también a otros terapeutas que deseen incluir trabajo somático en el proceso terapéutico.

El proceso de entrevistas semi-estructuradas estuvo basado en el abordaje de Seidman (2006) de entrevistas fenomenológicas en profundidad. La investigadora utilizó una serie de cuatro preguntas abiertas de guía para entrevistar a las tres expertas. La primera parte de la entrevista consistió en establecer un historial culturalmente competente de cada participante, definir su orientación teórica y su experiencia clínica. La segunda parte focalizó en descubrir temas comunes de material terapéutico que suelen surgir en el trabajo con trauma sexual. La última parte de las entrevistas hizo hincapié en discutir y detallar intervenciones somáticas que los expertos utilizan para trabajar con esta población, como así también intervenciones somáticas específicas que posibilitan el trabajo de estos temas específicos. El método preferido por este estudio fue el de entrevistas semi-estructuradas ya que posibilitó una conversación rica y fluida, y catalizó el descubrimiento de temas e intervenciones terapéuticas.

La información recolectada durante el proceso de entrevistas fue grabada y transcrita. La información escrita fue analizada y codificada a través de varias rondas de conexión, organización y creación de significados. El análisis de la información resultó en diferentes niveles de material temático que fueron codificados y organizados por la investigadora. Los resultados son presentados a continuación.

Resultados

El análisis de datos resultó en información que fue categorizada en supertemas, temas y subtemas de abordaje terapéutico y de material temático, y temas y subtemas de intervenciones terapéuticas. Esta categorización de los resultados concluyó en una conceptualización del trauma sexual y de los objetivos del tratamiento terapéutico desde el punto de vista somático, cuatro principios básicos del abordaje somático, quince temas de material terapéutico, y nueve intervenciones para reprocesar e integrar experiencias traumáticas y catalizar el crecimiento personal.

Conceptualización del trauma sexual y de los objetivos del tratamiento

Las tres entrevistadas enfatizaron el hecho de que el trauma sexual es de naturaleza relacional, y muy complejo a nivel fisiológico. Tres sistemas psicológicos y fisiológicos están involucrados en este tipo de trauma: EC describió esto explícitamente, y EA y EB hablaron de los tres sistemas de modo indirecto. Los sistemas que pueden ser impactados como resultado del trauma sexual son: el sistema de auto-protección o auto-defensa, el sistema de apego, y el sistema reproductivo. El sistema de auto-protección es regulado por el cerebro reptiliano y se encarga de orientarse a las potenciales amenazas y decidir si es conveniente luchar, escapar, congelarse o desmayarse, dependiendo de lo que evalúa que dará más altas probabilidades de supervivencia. EC explicó: las respuestas de auto-protección incompletas pueden dejar a los sobrevivientes hiper-vigilantes y asustados, y mantener al sistema nervioso sobre-activado. El sistema de apego está especialmente comprometido cuando el abuso es incestuoso o el abusador es alguien conocido para la víctima. EA y EC explicaron que el sistema de apego domina e invalida al sistema de auto-protección, y la interacción entre estos dos sistemas que crean impulsos opuestos es altamente compleja. El sistema reproductivo también es activado en el trauma sexual, sumando un tercer nivel de complejidad a este trauma relacional. La activación del sistema reproductivo puede afectar la excitación, el deseo sexual, y, en casos de abuso infantil, puede despertar impulsos sexuales a una edad que no es evolutivamente apropiada.

El objetivo del tratamiento, desde un punto de vista somático, implica diferenciar y atender a estos tres sistemas, sin juzgar o polarizar los impulsos que derivan de ellos. El trabajo implica reconocer los tres y sostenerlos simultáneamente: la naturaleza del trauma es la división y polarización, para reparar es necesario sostener juntas las partes y fomentar la integración. Las tres entrevistadas explicaron que el proceso implica mantener el sistema nervioso regulado y dentro de la ventana de tolerancia, atender a los diferentes impulsos para ayudarlos a secuenciar, e integrar la complejidad de la experiencia a nivel somático, espiritual, psicológico y fisiológico.

Principios del abordaje somático

Se identificaron cuatro principios fundamentales que guían el abordaje somático en el tratamiento del trauma sexual. Estos principios guían el trabajo desde un punto de vista teórico e impactan la progresión del proceso terapéutico a nivel práctico y vivencial. Los principios son: el establecimiento de recursos antes de trabajar el trauma; el pendular entre los recursos y el material traumático para

mantener regulado el sistema nervioso; la conducción del trabajo informada por el paciente y dirigido por el terapeuta, trabajando con lo que está activado para el paciente momento a momento; y la utilización de psico-educación para normalizar la experiencia y empoderar al paciente.

Recursos.

Las tres entrevistadas hicieron hincapié en la importancia de establecer buenos recursos en el paciente antes de adentrarse en el material traumático. EB explicó que la base del trabajo con trauma consiste en crear suficiente seguridad interna en el cuerpo y en la mente del paciente que éste puede lentamente acercarse al material traumático con elección y control. Este proceso crea en el paciente una sensación de confianza en su propio cuerpo y en su capacidad de volver a un estado de calma.

EC afirmó que antes de hablar del trauma identifica fortalezas y recursos para el paciente: “no hago nada sin tener un recurso bien visceral establecido”, insistió. Al tener recursos, el trabajo se mantiene dentro de un rango de resiliencia para el paciente, donde entra en contacto de manera proporcional con la angustia y la calma. EA afirmó: “es necesario desarrollar fuerza interna antes de poder permitirse colapsar”.

Pendular.

Una vez que los recursos están identificados y establecidos, el trabajo consiste en pendular entre recursos y material traumático para mantener al sistema nervioso dentro del rango de resiliencia. EB y EC describieron cómo importar recursos y volver al paciente a un estado de mayor calma periódicamente para incrementar la seguridad y fomentar la integración. EC explicó que el objetivo es lograr que eventualmente el paciente oscile de manera autónoma, moviéndose fluidamente entre calma y angustia. Pendular evita que el paciente se sienta abrumado por la angustia, lo cual llevaría a su sistema nervioso por un patrón de estrés que ya ha recorrido demasiadas veces.

Progresión informada por el paciente y dirigida por el terapeuta.

Trabajar con lo que está presente y activado para el paciente en el momento, y seguir su ritmo y progresión es un principio fundamental de la PS (Levy, 2007). Las tres entrevistadas hablaron de la sabiduría inherente del paciente y de la importancia de ayudarlo a secuenciar sus propios impulsos. Esto no significa meramente observar y sostener al paciente, sino dirigir la progresión, desacelerar el ritmo cuando es necesario, tomar pautas del paciente y ayudarlo a pendular. EA afirmó que trabaja con lo que está presente en el momento porque ahí es donde está la carga para el paciente, ahí es donde algo puede desarrollarse o suceder. EB habló de darle el poder de decisión al paciente, preguntándole cómo quiere participar y qué quiere decir sobre un tema. Explicó EC: “es informado por el paciente en el sentido de que tomo todas las pautas de su experiencia, pero soy muy estratégica al decidir hacia dónde ir y cuándo para mantenerme dentro del rango de resiliencia de cada persona”.

Psico-educación.

Las entrevistadas afirmaron que utilizan psico-educación para despertar la curiosidad del paciente e involucrarlo en su propio proceso de sanación, para educarlos sobre el sistema nervioso, para incrementar la sensación de agencia y autonomía, y para normalizar la vivencia y disminuir el peso de la culpa, la vergüenza y el juicio. En línea con la perspectiva de Chace sobre la enfermedad mental, EA explicó que las personas son inteligentes y que, dados los recursos y un apoyo sano, su propia inteligencia los ayuda a resolver lo que necesitan resolver (Levy, 2007). Las entrevistadas afirmaron que suelen enseñar conceptos en base a lo que surgió naturalmente en la sesión para que el aprendizaje sea integrativo y relevante. También enseñan sobre el cuerpo, el sistema nervioso y los sistemas de la memoria para introducir el trabajo somático a los pacientes que presentan resistencia a trabajar en el cuerpo.

Temas de material terapéutico

Se identificaron quince temas de material terapéutico como resultado del proceso de entrevistas. Estos temas refieren a cuestiones que las entrevistadas consideraron que suelen aparecer en el trabajo con esta población. No todos los temas surgen para todos los pacientes. Adicionalmente, esta lista no se presenta como exhaustiva, sino para proveer una idea de los principales temas que suelen estar presentes en el trabajo con trauma sexual. Seis de los temas fueron mencionados por las tres entrevistadas: depresión y ansiedad; problemas vinculares; híper-vigilancia y estrés; problemas sexuales; culpa y vergüenza; disociación. Cinco temas fueron mencionados por al menos dos entrevistadas: miedo a los hombres y/o impacto en la orientación sexual; límites; problemas fisiológicos; confusión; registro disminuido del cuerpo. Cuatro temas fueron mencionados por solo una entrevistada: tendencias suicidas; secretos; no querer ser vistos; manipulación. Los resultados se ilustran en la siguiente figura.



Fig. 1: Temas emergentes de material terapéutico

Intervenciones

El análisis de datos resultó en varias intervenciones y ejercicios vivenciales que la PS puede utilizar para trabajar con trauma sexual. La investigadora los organizó en nueve categorías.

Recursos.

Los recursos no sólo son un principio somático, sino también una intervención para regular el sistema nervioso del paciente cuando está sobre-activado. Las entrevistadas ofrecieron varios ejemplos de recursos y ejercicios somáticos.

Orientarse.

En esta intervención, el terapeuta le pide al paciente que se oriente a la habitación. Puede pedirle que mire alrededor, encuentre algo que le llame la atención y lo observe y describa. Esta intervención incrementa la sensación de estar sano y a salvo, ya que da al paciente la oportunidad de hacer contacto con el momento presente y darse cuenta de que no hay una amenaza inminente. Alerta los sentidos, conecta al paciente con el ambiente y disminuye la activación del cuerpo cuando éste es una fuente de estrés.

Aliados.

Los aliados son seres reales, imaginados, mitológicos o espirituales que el paciente identifica como amigos o protectores. Como una intervención, el terapeuta puede importar el recurso de un aliado en un momento en que el paciente necesita apoyo o fuerza. El terapeuta puede sugerir que el paciente modifique la imagen o escena del trauma imaginando que hubiese habido un aliado o protector con él. De este modo, el paciente puede imaginar y vivenciar cómo los eventos se hubiesen desencadenado con el aliado presente, y qué notan en su cuerpo cuando el aliado interviene para protegerlos.

Contacto con uno mismo.

En esta intervención, el terapeuta invita al paciente a colocar sus manos sobre alguna parte del cuerpo que necesita apoyo, sostén o contacto. El terapeuta puede usar esta intervención para proveer un recurso a alguna parte del cuerpo que esté experimentando angustia, o para reforzar la sensación de una parte del cuerpo que esté sintiendo relajación, calma o alegría.

Enraizar.

Los ejercicios para enraizar ayudan al paciente a prestar atención a la sensación del peso del cuerpo y el contacto del cuerpo con el piso o el sillón, a profundizar la exhalación, y a sentir la sensación de los pies en la tierra. Esta intervención regula el sistema nervioso y puede ayudar a tratar los temas de hiper-vigilancia, disociación y registro disminuido del cuerpo.

Escaneo corporal focalizado en los recursos.

En este ejercicio el terapeuta guía al paciente por un escaneo del cuerpo, focalizando en diferentes partes que se sienten bien o neutras. Si hay partes del cuerpo que son particularmente activantes, el terapeuta podría elegir saltar estas partes si la intención es establecer recursos.

Caminar.

Caminar hace mover las articulaciones, y esto puede catalizar un cambio de estado. Adicionalmente, el movimiento secuencia energía en el cuerpo y mantiene la regulación.

Contar una historia agradable.

En esta intervención el terapeuta le pide al paciente que le cuente una historia agradable. Esto supone un flujo sanguíneo hacia el córtex pre-frontal y baja la activación del cerebro reptiliano. Esta intervención es particularmente útil cuando el paciente está hiper-vigilante, congelado o disociado.

Entrevista sobre recursos básicos.

El terapeuta hace preguntas al paciente sobre lo que es importante para él, lo que le apasiona, lo que ama. Explicó EC: si están buscando terapia, debe haber algo que quieren, algo que no quieren perder. Este ejercicio consiste en hacer preguntas sobre estos recursos y ayudar al paciente a conectar con las sensaciones corporales que siente cuando conecta con estos recursos.

Ejercicios de límites

El abuso sexual implica una violación a los límites físicos y emocionales de la persona. Recuperar y reafirmar los límites y las barreras personales a nivel consciente e inconsciente es un proceso fundamental para reestablecer la sensación de seguridad en el paciente, para trabajar con problemas vinculares, con la hipervigilancia y para recuperar el registro del cuerpo.

Cuando la experiencia de abuso sexual fue reiterativa, o cuando el abusador fue una persona familiar a la víctima, es altamente probable que el paciente se familiarice con esta dinámica, y sea propenso a recrearla inconscientemente en sus otros vínculos. El trabajo con los límites es especialmente importante en estos casos, ya que otros abusadores podrían potencialmente acercarse al paciente sin detonar señales internas de alarma.

Las entrevistadas describieron una variedad de ejercicios orientados a fortalecer las barreras personales y trabajar con problemas vinculares.

Decir “no”.

El terapeuta puede ayudar al paciente a practicar decir que no por medio del uso de la voz, o empujando físicamente. Las entrevistadas explicaron que conducen este ejercicio pidiéndole al paciente que empuje con las manos, las piernas o con el cuerpo entero. El paciente puede empujar una pelota de yoga, contra la pared, contra el cuerpo del terapeuta si hay consentimiento, o contra un almohadón.

Acercarse y alejarse.

En este ejercicio terapeuta y paciente interactúan en el espacio. Una persona está quieta, y la otra se acerca y aleja. La persona quieta puede pedirle a la que se mueve que se acerque o aleje, que frene, que cambie la velocidad. La persona quieta se dedica a prestar atención a sus sensaciones corporales para entender mediante su experiencia qué tan cerca es demasiado cerca, cuál es la distancia a la que se siente cómodo y cómo lo percibe y reconoce. Variaciones de este ejercicio pueden incluir un juego con diferentes alturas (gateando, modificando los niveles) y con la orientación (la persona que se mueve puede venir de adelante, atrás, de un costado o una diagonal).

La orientación y el espacio.

En esta intervención el terapeuta ayuda al paciente a encontrar la orientación y el espacio adecuados para las interacciones entre terapeuta y paciente. Puede preguntarle dónde quiere sentarse, y dónde desearía que se siente el terapeuta, o explorar diferentes disposiciones espaciales.

EB contó haber trabajado con un paciente que quería que ella se sentara en el piso al lado de la silla de ella: “algo sobre que yo estuviese baja y hacia el costado la ayudaba a relajarse”.

Este proceso asiste el desarrollo de la conciencia corporal, el trabajo con los límites, y ayuda a que el paciente sienta que tienen control y opción. Esta intervención también puede servir cuando un paciente está sobre-activado y necesita espacio. EB explicó que si el paciente necesita espacio puede alejarse o quitarle la mirada mientras le habla para sostener el contacto. Luego vuelve a su asiento cuando el paciente afirma que está listo y lo desea.

Tolerar las sensaciones corporales.

Una parte fundamental del trabajo somático consiste en incrementar la conciencia corporal, ayudar al paciente a tolerar las sensaciones del cuerpo, dejar que las sensaciones evolucionen en vez de resistirlas, y explorar las sensaciones sin la necesidad de encontrar una respuesta. Las tres entrevistadas hablaron de la importancia de desacelerar y ayudar al paciente a explorar las sensaciones del cuerpo. Esto implica pedirle al paciente que note, ubique y describa sensaciones físicas. El terapeuta ayuda al paciente por medio de direcciones verbales y de un reflejo somático usando su propio cuerpo, evitando juicios e interpretaciones y manteniéndose abierto y curioso a la experiencia. El terapeuta puede observar movimientos y volverlos conscientes, o sugerir que el paciente respire profundamente con intención. EA explicó que monitorea la relación entre moverse, expresar y sentir, para descubrir que necesita ocurrir.

Contar la historia desde el punto de vista del cuerpo.

Las tres entrevistadas hablaron en profundidad del sistema nervioso y afirmaron que uno de los trabajos principales implica ayudar al paciente a reconectar con sus impulsos y con el sistema de auto-protección. Esto se puede lograr trabajando la historia del abuso prestando atención a lo que el paciente hubiese querido hacer y cómo hubiese querido que las cosas se desarrollen, dando un espacio para que estas secuencias se completen en movimientos o en la imaginación. EC explicó que cuando hay una amenaza en el ambiente lo primero que necesita hacer un individuo es orientarse hacia la amenaza, verla venir y evaluar su potencial peligro. En los casos en que esto no pudo suceder, ayuda a los pacientes por medio de un ejercicio de imaginación: pide al paciente que vuelva en su mente al momento antes de que ocurriera el ataque e imagine ver al abusador. En este momento puede congelarlo, ubicarlo tan lejos como necesite, y tener un momento para dejar que el cuerpo y la mente se orienten a la amenaza. Aquí el terapeuta ayuda al paciente a conectar con su cuerpo, encontrar cuál es el impulso y secuenciarlo en un movimiento o en la imaginación.

EC afirmó que también suele preguntarle a los pacientes cuándo se dieron cuenta que algo no andaba bien. Explicó que en muchos casos los pacientes recuerdan haber tenido una sensación de que algo no se sentía bien aún antes de que el abuso sucediera. En este ejercicio ayuda a los pacientes a imaginar el momento y realmente prestar atención a lo que estaba señalando el sistema de alerta que percibía que algo no estaba bien. Resulta importante proveer psico-educación en este ejercicio, normalizando el hecho de que muchas veces estamos socializados para ser educados y pensar bien de los otros, y no escuchamos nuestros instintos. Evitando que esto resulte en una sensación de culpa, resulta beneficioso identificar que una parte del paciente supo reconocer que había una amenaza. A través de ejercicios de exploración del cuerpo y de prestar atención a los impulsos se puede enseñar al paciente a reconocer estas sensaciones y percepciones y prestarles atención en el futuro.

EB y EC explicaron que ayudan al paciente a contar la historia del abuso haciendo foco en que el paciente note qué hubiese querido hacer su cuerpo en diferentes momentos, y dándole una oportunidad para hacerlo y descubrir cómo se siente eso en el cuerpo. El proceso implica desacelerar la historia, llevar la atención a las sensaciones corporales, a los micro-movimientos e impulsos, importar recursos cuando es necesario (imaginando que un aliado pudiese

intervenir y protegerlos, por ejemplo), y ayudar a los pacientes a sentir qué ocurre en el cuerpo a medida que secuencian sus impulsos e imaginan una progresión de eventos diferente. EC aclaro: “no hago a la gente revivir su trauma, sino que los llevo por la historia dando lugar a que su cuerpo se exprese. ¡Y suele sentirse muy bien! Los pacientes no suelen irse angustiados, sino sintiéndose más conectados y empoderados, más fuertes y con sus impulsos de auto-protección reforzados”.

Diferenciar sin polarizar.

El abuso sexual deriva en un trauma relacional complejo. Es importante ayudar a los pacientes a diferenciar y comprender una variedad de emociones, sensaciones e impulsos sin polarizarlos. Los pacientes suelen presentar una mezcla compleja de emociones hacia el abusador y hacia el abuso. Las tres entrevistadas, al hablar de abuso incestuoso, explicaron que suele haber una parte de la víctima que se siente enojada/triste/dolida/asustada, y a la vez otra parte que siente amor/cariño/necesidad/apego hacia el abusador. Para realizar este trabajo es necesario sostener estas partes simultáneamente, dando permiso al paciente a sentir emociones aparentemente contradictorias. Además de reconocerlas, normalizarlas y no enjuiciarlas, se puede trabajar somáticamente con la coexistencia ubicando las diferentes emociones en el cuerpo. Las entrevistadas afirmaron que es muy común que los pacientes sientan estas emociones en diferentes lugares del cuerpo, de modo que el terapeuta puede ayudar al paciente a que haga contacto con estas emociones a la vez y note cómo coexisten. Este ejercicio de diferenciación e integración es especialmente relevante cuando se trabaja con sensaciones de culpa, vergüenza y confusión.

Fragmentos encapsulados.

Las entrevistadas indicaron que algunas veces puede quedar un fragmento del paciente estancado en el trauma. En estos casos pueden catalizar el proceso haciendo preguntas como “¿está bien sentirse a salvo si estás a salvo?”, “¿cómo se siente escuchar, “sobreviviste” o, “no fue tu culpa”, hay alguna parte que no recibe el mensaje?”.

EC llama a esto un niño encapsulado, es como una pequeña capsula del tiempo que no está registrando y actualizándose. EB explicó que es un modo de hablarle a las partes más inconcientes del paciente, ayudándolo a actualizar sus registros y conectarlos con la conciencia del presente. El terapeuta puede armar un dialogo con la parte del paciente que es un niño encapsulado, que está estancado en el trauma, o que no ha recibido el mensaje. A través del trabajo somático el paciente puede reconocer e identificar qué es lo que esa parte necesita recibir o escuchar, y puede imaginar que puede darle a esta parte lo que necesita. El paciente puede sentir qué ocurre cuando esta parte recibe lo que necesita, y cómo se siente que esa parte reciba atención, cuidado y sostén. Esta intervención es similar al trabajo Gestáltico del niño herido y el trabajo con partes, pero focalizado en seguir los impulsos corporales del paciente y en integrar la experiencia a nivel somático.

Trabajando con la disociación.

Las tres entrevistadas afirmaron que los sobrevivientes de abuso sexual suelen ser una población con altas tendencias disociativas. Ofrecieron varios ejemplos de cómo se puede trabajar con la disociación. Como guía general, el terapeuta puede nombrar la disociación sin juzgarla y lentamente ayudar al paciente a volver al cuerpo. EA describió que nombra la disociación y mantiene el contacto a través del uso de la voz, ayudándolos a bajar la activación y volver de a poco al cuerpo. EB le pregunta a los pacientes dónde están y los ayuda a describirlo. Si están fuera del cuerpo observándose, pregunta cómo se siente esa experiencia. Puede sugerir que el paciente se mueva más cerca o más lejos del cuerpo para explorar cómo se siente, y/o puede preguntarle qué necesita para incrementar la sensación de seguridad y volver al cuerpo. Explicó que la disociación ocurre porque hay una falta de seguridad, por lo que un abordaje posible consiste en importar recursos, desacelerar la progresión e incrementar la seguridad. EC habló de la importancia de sostener una mirada sin juicio. En muchos casos, la disociación es lo que ayudó al paciente a sobrevivir, por lo cual es muy impotente no suponer que está mal. Explicó que, cuando no está asociada al miedo, la inmovilidad puede ser un estado bastante placentero. En este sentido, ayuda a los pacientes a aprender cómo volver y también a usar la disociación de a momentos si es un recurso. Ofreció una intervención atribuida a Peter Levine, que consiste en contar la historia de cómo un paisaje se descongela, como una metáfora para ayudarlos a descongelarse y volver al cuerpo: “Era Alaska, era el invierno, y el sol empezaba a brillar, y el hielo comenzaba a derretirse, y el agua empezaba a caer en gotas...”.

Uso de materiales.

Las tres entrevistadas hablaron de la utilización de materiales para ilustrar conceptos, asistir las intervenciones, y ofrecer un nuevo medio para observar el proceso, la historia, o lo que está estancado. También sugirieron la utilización de materiales para externalizar la experiencia por medio de juegos con arena, psicodrama o arte plástico. Mangueras, almohadones y pelotas puede ser utilizados para trabajar con agresión. EA explicó que tiene en su consultorio una carpa, almohadones y mantas que algunos pacientes utilizan para armar un fuerte. También usa muñecos y peluches para externalizar la historia y observar dinámicas familiares. EC utiliza resortes y muñecos de goma para ilustrar los conceptos de activación y represión. EB utiliza sogas, aros y otros materiales para trabajar con los límites, y una serie de materiales artísticos para fomentar la expresión artística y las intervenciones creativas.

Empoderar al paciente.

Dado que el abuso sexual implica una profunda pérdida de control, poder y elección, parte del proceso terapéutico implica ayudar al paciente a sentirse en control y con la posibilidad de elegir. Como intervención, esto puede tomar la forma de respetar el ritmo del paciente, darle opciones, preguntarle cómo quiere participar en el proceso, y preguntarle qué es lo que quieren decir y trabajar sobre un tema. EB habló de la importancia de pedir permiso antes de dar una devolución o conducir un ejercicio. EA habló del valor de pedir perdón si siente que se equivocó o cruzó un límite: muchas veces el paciente no ha tenido la experiencia

de que alguien en situación de poder reconozca un error y se disculpe. Y esta puede ser una experiencia profundamente sanadora.

Discusión y conclusión

El objetivo de este estudio fue descubrir temas de material terapéutico que suelen surgir en el trabajo con pacientes que experimentaron trauma sexual, e identificar y describir intervenciones somáticas que los practicantes de la PS están actualmente utilizando para trabajar y elaborar esos temas, catalizando el crecimiento terapéutico y espiritual del paciente y fomentando la integración. Este trabajo provee una teoría que explica por qué la PS es un abordaje óptimo para trabajar con el trauma sexual, y una serie de ejercicios concretos que diferentes terapeutas pueden incorporar a su trabajo. Por otra parte, la identificación de temas de material terapéutico tuvo la intención de volver explícitos ciertos temas, potencialmente ayudando a los terapeutas a identificar sus puntos ciegos. Por último, este estudio tuvo como objetivo proveer una teoría y práctica del trabajo somático para informar a otros terapeutas que buscan incorporar una perspectiva somática a su trabajo.

Dado el tamaño de este estudio existieron varias limitaciones. Diseños de otros estudios en el futuro podrían incluir una cantidad mayor o más diversa de entrevistados. Este estudio también definió al abuso sexual como cualquier tipo de contacto sexual no consensuado, pasando por alto las diferencias entre violación, incesto, la modalidad y la cantidad de las ocurrencias, y las diferencias en edad y género del paciente. Este estudio tampoco se enfocó en la potencial presencia de otros diagnósticos psicológicos coexistentes con el trauma sexual. Estudios futuros podrían enfocarse en esto e identificar las implicancias. El estudio tampoco se enfocó en el trabajo de grupo, sino más bien en la terapia individual. El trabajo grupal tiene la capacidad de ser un catalizador fuerte de cambio e integración, y estudios futuros podrían enfocarse en descubrir temas e intervenciones que se manifiestan en grupos terapéuticos para sobrevivientes de abuso sexual.

Como una consideración final, es importante señalar que todas las intervenciones descritas en este trabajo fueron presentadas como ejemplos de trabajo somático y ejercicios basados en el cuerpo. Cada terapeuta deberá utilizar su juicio clínico y profesional para determinar si un ejercicio es apropiado para un paciente en un momento dado, y si cuenta con los conocimientos y las herramientas necesarias para dirigir estos ejercicios.

El trabajo terapéutico y holístico del trauma profundo de una persona es una experiencia íntima y delicada. Las tres entrevistadas hablaron del rol de la creatividad en su trabajo, afirmando que no hay dos pacientes iguales, que hayan tenido la misma respuesta a una situación, que hayan sobrevivido de la misma manera, o que tengan la misma idea de lo que necesitan para sanarse. El rol del terapeuta consiste en mantenerse abierto y curioso, confiando en el paciente y en su proceso, y evitando las interpretaciones que limitan el rango de posibilidades. Dado que el trauma vive en el cuerpo, el objetivo fundamental del terapeuta somático es recrear la sensación de seguridad en el cuerpo del paciente, ayudándolo a confiar en sus impulsos, en sus sensaciones, y en sí mismo.

Bibliografía

- Ambra, L. N. (1995). Approaches used in dance/movement therapy with adult women incest survivors. *American journal of dance therapy*, 17(1), 15-24.
- Bernstein, B. (1995). Dancing beyond trauma: women survivors of sexual abuse. En Levy, F. *Dance and other expressive art therapies: when words are not enough*. New York: Routledge.
- Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Smith SG, Walters ML, Merrick MT, Chen J, Stevens MR. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
- Brooke, S. L. (2007). *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors*. Charles C Thomas Publisher.
- Buk, A. (2009). The mirror neuron system and embodied simulation: Clinical implications for art therapists working with trauma survivors. *The Arts In Psychotherapy*, 36(2), 61-74. doi:10.1016/j.aip.2009.01.008
- Caldwell, C. (2012). Explicit procedures for implicit memories. En *Body memory, metaphor and movement*, 84, 255. Amsterdam: John Benjamins Pub.
- Chatara-Middleton, A. (2012). Working with non-monogamy: Dance/movement therapists' experience of working with individuals in non-monogamous relationships. *American Journal Of Dance Therapy*, 34(2), 114-128. doi:10.1007/s10465-012-9138-6
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of psychotherapy: healing the social brain*. (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.
- Dolan, M., (1991). *Resolving sexual abuse*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Eberhard-Kaechele, M. (2012). Memory, metaphor, and mirroring in movement therapy. En *Body memory, metaphor and movement*, 267. Amsterdam: John Benjamins Pub.
- Frank, Z. (1997). Dance and expressive movement therapy: An effective treatment for a sexually abused man. *American Journal of Dance Therapy*, 19(1), 45-61.
- Goodill, S. W. (1987). Dance/movement therapy with abused children. *The Arts In Psychotherapy*, 14(1), 59-68. doi:10.1016/0197-4556(87)90035-9
- Goodill, S. W. & Dulicai, D. (2007). Dance/movement therapy for the whole person. En I. A. Serlin, J. Sonke-Henderson, R. Brandman, J. Graham-Pole (Eds.) , *Whole person healthcare Vol 3: The arts and health* (pp. 121-141). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Goodwin, J. & Attias, R. (1999). Traumatic disruption of bodily experience and memory. En Goodwin, J. & Attias, R., *Splintered reflections: Images of the body in trauma*, 223-238. Basic Books.
- Krantz, A. & Pennebacker, J. (2007). Expressive dance, writing, trauma and health: when words have a body. En I. A. Serlin, J. Sonke-Henderson, R. Brandman, J. Graham-Pole (Eds.) , *Whole person healthcare Vol 3: The arts and health* (pp. 121-141). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery*. Basic books.
- LaPierre, A. (2006). Neuroscience in Somatic Psychotherapy. *The USA Body Psychotherapy Journal*, 5: 2, 26-35.
- Levine, P. & Frederick, A. (1997). *Walking the tiger: healing trauma: the innate capacity to transform overwhelming experiences*. Berkeley: North Atlantic Books.

- Levy, F. J. (1988). *Dance/Movement Therapy. A Healing Art*. AAHPERD Publications, PO Box 704, Waldorf, MD 20601.
- Mills, L. J., & Daniluk, J. C. (2002). Her body speaks: The experience of dance therapy for women survivors of child sexual abuse. *Journal of Counseling & Development*, 80(1), 77-85.
- Mines, S. (1996). *Sexual abuse/sacred wound: transforming deep trauma*. Station Hill Openings.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 328-338.
- Perry, B (1999). The memories of states: how the brain stores and retrieves traumatic events. In *Splintered reflections: Images of the body in trauma*. Basic Books.
- Rothschild, B. (2002). Body psychotherapy without touch: applications for trauma therapy. En *Body psychotherapy*, 101-115. New York: Routledge.
- Schore, A. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. New York, NY: Teachers College Press.
- Siegel, D. J. (2012). *Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology: An Integrative Handbook of the Mind* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.
- Silverman, Y. (2007). Drama therapy with adolescent survivors of sexual abuse: the use of myth, metaphor and fairytale. En Brooke, S. L. *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors*. Charles C Thomas Publisher.
- Simonds, S. L. (1994). *Bridging the silence: Nonverbal modalities in the treatment of adult survivors of childhood sexual abuse*. New York: Norton.
- Spring, D. (2007). Sexual trauma: conflict resolution. En Brooke, S. L. *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors*. Charles C Thomas Publisher.
- Stotzer, R. (2009). Violence against transgender people: A review of United States data. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 170-179.
- Valentine, G. (2007). Dance/movement therapy with women survivors of sexual abuse. En Brooke, S. L. *The use of the creative therapies with sexual abuse survivors*. Charles C Thomas Publisher.
- Van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: memory and the evolving psychology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- Young, L. (1992). Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child abuse and Neglect*, 42 (1), 89-100.