



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Tratamiento del trauma desde el modelo Parcuve y su
transmisión generacional

Autora: Virginia Bermejo Moreno

Directora: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid

2021/2022

Resumen:

La intervención en trauma tiene como primera finalidad tratar los síntomas más severos que manifiesta el paciente tras el suceso traumático. Es importante abordar el núcleo del trauma, explorando conductas y reacciones, así como regular las emociones del paciente y tratar de que recupere la confianza en las personas. Para iniciar una intervención en trauma, debemos conocer cómo responde el cerebro ante una experiencia traumática, así como las conexiones que existen entre el cuerpo y el cerebro. Uno de los modelos más recientes en el tratamiento del trauma es el modelo Parcuve, cuyo objetivo es intervenir en las emociones de pánico, ansiedad, rabia, culpa y vergüenza para lograr un equilibrio adaptativo en el presente de la persona. También técnicas como el neurofeedback han demostrado ser eficaces en la recuperación del sujeto tras un acontecimiento traumático. Por otra parte, la influencia del tipo de apego de los progenitores en su descendencia puede explicar la transmisión intergeneracional del trauma, no solo por epigenética, sino por la educación y capacidad de regulación emocional de los cuidadores.

Abstract:

The first purpose of trauma intervention is to treat the most severe symptoms that the patient manifests after the traumatic event. It is important to address the core of the trauma, exploring behaviors and reactions, as well as regulating the patient's emotions and trying to regain confidence in people. To initiate a trauma intervention, we must know how the brain responds to a traumatic experience, as well as the connections that exist between the body and the brain. One of the most recent models in the treatment of trauma is the Parcuve model, which aims to intervene in the emotions of panic, anxiety, anger, guilt, and shame to achieve an adaptive balance in the person's present. Also, techniques such as neurofeedback have been shown to be effective in the recovery of the subject after a traumatic event.

On the other hand, the influence of the type of attachment of the parents on their offspring can explain the intergenerational transmission of trauma, not only by epigenetics, but by the education and emotional regulation capacity of the caregivers.

Key words: trauma, treatment, Parcuve model, neurofeedback.

Índice

1-Introducción.....	4
2- Metodología.....	6
2.1 Procedimiento.....	7
2.2 Estrategia de búsqueda.....	7
2.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	7
3-El trauma y sus implicaciones cerebrales.....	7
4-La transmisión intergeneracional del trauma.....	10
4.1 Influencia del tipo de apego del progenitor en el infante.....	10
4.2 La violencia como una forma de defensa.....	12
5-El tratamiento del trauma.....	14
5.1 Entrenamiento en neurofeedback.....	14
5.1.2 Alfa Theta.....	15
5.2 Modelo Parcuve.....	16
5.2.1 El triángulo del trauma.....	16
5.2.2 ¿En qué consiste este modelo?.....	20
5.2.3 Fases del modelo.....	21
6-Test psicométricos en el estudio del trauma.....	25
7-Conclusiones.....	27
8-Referencias bibliográficas.....	28

1-Introducción

El trauma psíquico es la consecuencia que deja en el sujeto un acontecimiento estresante, el cual sobrepasa las estrategias adaptativas de la persona para hacerle frente. El excesivo temor al recuerdo dificulta la incorporación del acontecimiento traumático y proyecta los recuerdos ligados a esas experiencias en forma de percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales (Salvador, 2009).

La intervención en trauma tiene como primera finalidad tratar los síntomas más severos que manifiesta el paciente tras el suceso traumático (ansiedad, humor depresivo, insomnio, etc.). Además, es importante abordar el núcleo del trauma, explorando conductas y reacciones, así como regular las emociones del paciente y tratar de que recupere la confianza en las personas (Echeburúa y Corral, 2007).

Existen diferentes técnicas que han sido efectivas en el tratamiento del trauma, como la Terapia de Procesamiento Cognitivo, la Terapia de Exposición Prolongada o el Reprocesamiento del Movimiento Ocular. En un ensayo con veteranos de guerra, autores como Carlson (2002) concluyeron que los sujetos en tratamiento con Reprocesamiento del Movimiento Ocular presentaban menos gravedad de los síntomas de estrés postraumático frente al grupo control y al grupo de relajación con biofeedback, además de obtener mejores resultados en el post tratamiento y en el seguimiento (Sescosse et al., 2015). Del mismo modo, en un estudio realizado por Resick (2002) (citado por Sescosse et al., 2015) con mujeres víctimas de violación, los resultados indicaron que, a partir de tres meses de tratamiento, sólo el 19% de los sujetos cumplía los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático (Sescosse et al., 2015).

El trabajo propuesto responde a diversas cuestiones. La primera de ellas pone el foco en cómo responde el cerebro ante una experiencia traumática y en las conexiones entre el cuerpo y el cerebro. Dado que la tarea más importante de nuestro cerebro es garantizar la supervivencia, es de vital relevancia indagar en la biología de este para comprender de forma integral el trauma (Van der Kolk, 2017).

Otro de los objetivos se centra en la influencia del tipo de apego de los progenitores en su descendencia, lo que puede explicar la transmisión intergeneracional del trauma, no solo por epigenética, sino por la educación y capacidad de regulación emocional de los cuidadores (Hernández, 2020). Con relación a esto, ahondamos en el mundo interno de los progenitores traumatizados y cómo, en muchas ocasiones, externalizan su dolor en

los hijos utilizando el maltrato como defensa. Según Patricia Crittenden (2017) (citado por Pitillas, 2021), estas respuestas dañinas estarían protegiendo a los padres del sentimiento de culpa (al no ser suficiente buenos), de que sus progenitores no estarán satisfechos con ellos, y del sentimiento de que no están recibiendo el amor que merecen de sus hijos (de ahí la violencia como vía para conseguirlo). Lo que examinamos, entre otras cuestiones, es cómo los estados mentales irresueltos de los cuidadores influyen en sus hijos transmitiéndoles su propio trauma. Para ello, podemos servirnos de la Entrevista de Apego Adulto (Adult Attachment Interview, AAI) (Steele y Steele, 2008) (citado por Pitillas, 2021), la cual se encarga de evaluar las representaciones mentales del individuo en relación con sus figuras de referencia. Aquellos sujetos que presentan un estado mental preocupado o evitativo muestran pausas repentinas en su discurso, no son capaces de terminar las frases, transmiten incongruencias, etc. Autores como Main y Hesse (1990) (citado por Pitillas, 2021) hipotetizaron que, cuando la actitud o conducta del niño conecta al cuidador con recuerdos traumáticos, pueden darse cambios bruscos en su estado mental (pasando, por ejemplo, de la ternura al terror). Además, Beebe y Lachman (2017) (citado por Pitillas, 2021) descubrieron que las madres responden de manera inadecuada cuando los niños manifiestan algún tipo de malestar. Dichas señales del bebé estarían activando los recuerdos traumáticos en ella (Pitillas, 2021).

Este trabajo también explora algunas técnicas y modelos relevantes en el tratamiento del trauma. Una de ellas es el entrenamiento en neurofeedback, en el cual abordamos los fundamentos de las ondas cerebrales, el cambio de estas a causa del trauma, y el entrenamiento alfa-theta. Ya en el año 2000, McFarlane y colaboradores realizaron un estudio acerca del tratamiento de la información con sujetos traumatizados e individuos “normales”. En este último grupo, las ondas cerebrales producían un patrón coherente de repuesta, mientras que, en los individuos con algún tipo de trauma, las ondas manifestaban gran descoordinación (Van der Kolk, 2017).

Por otro lado, este trabajo explica uno de los modelos más recientes en el tratamiento del trauma: el modelo PARCUVE. Este modelo surge investigando al autor Panksepp, que estudiaba circuitos emocionales comunes en todos los mamíferos. Encontró siete circuitos, de los cuales tres están centrados en la defensa: pánico, que es idéntico al apego; miedo y rabia. Hernández Pacheco se dio cuenta de que los tres circuitos estaban ligados, es decir, si se producía una ruptura con las figuras de apego, también se produciría miedo y rabia. Además, añadió la culpa y la vergüenza como mecanismos de regulación

interpersonal. Estas dos últimas emociones son exclusivas de los seres humanos y aparecen como una forma de controlar o mostrar sumisión a los demás, y dan lugar a lo que conocemos como estrategias de apego o de personalidad. Es por esto por lo que el modelo Parcuve está formado por las siguientes palabras: pánico, ansiedad, rabia, culpa y vergüenza. Estas emociones ayudan a poder regularse con los cuidadores en la infancia y, con el paso del tiempo, quedarán instauradas en la personalidad del individuo para hacer frente a las adversidades. Además, se destaca el triángulo del trauma, los axiomas que caracterizan este modelo y las fases que lo componen (evaluación, estabilización, trabajo periférico con las emociones, trabajo con las emociones disociadas, y trabajo fuera de la consulta) (Hernández, 2020).

Por último, este estudio define algunos de los test psicométricos en el tratamiento del trauma, entre los que destacan el CIT (Cuestionario de Impacto del Trauma), incluyendo sus objetivos y planteamientos más relevantes (Crespo, M. et al., 2020).

2-Metodología

2.1 Procedimiento

Se comenzó la investigación partiendo del manual “Apego, disociación y trauma” (Hernández, 2020) facilitado por Arantza Yubero, supervisora de este trabajo de fin de grado. A través de este libro, se obtuvo gran cantidad de información, la cual sirvió para explicar un modelo reciente en el tratamiento del trauma: el modelo Parcuve, el cual nos habla de los componentes del trauma, de las fases de que conforman el modelo y de sus principales características. Además, se contactó por correo electrónico con el autor de este manual, con el objetivo de realizar algunas preguntas que pudieran aportar más información al trabajo. La fecha de contacto fue el 30 de marzo de 2022, mismo día en el que el autor respondió a las cuestiones planteadas.

Por otro lado, se utilizó el manual “El cuerpo lleva la cuenta” (van der Kolk, 2017), también otorgado por la tutora del trabajo. Con este, se extrajo información relacionada con el funcionamiento del trauma a nivel cerebral, así como algunas de las técnicas empleadas en su tratamiento.

En tercer lugar, se hizo uso de un libro perteneciente a la alumna del trabajo, denominado “El daño que se hereda” (Pitillas, 2021), con el que se pudo contextualizar la transmisión intergeneracional del trauma.

Para indagar acerca de los tests psicométricos en el estudio del trauma, se hizo una búsqueda bibliográfica partiendo del manual “Cuestionario del Impacto del trauma”, así como de otros artículos.

2.2 Estrategia de búsqueda

Los artículos se han encontrado en las siguientes bases de datos: Google Académico y Dialnet. En el caso de Google Académico, los términos empleados fueron “escala trauma Davidson”, “tests psicométricos”, “evaluación trauma”. Haciendo referencia a Dialnet, se hizo uso de términos como “intervención trauma”, “definición trauma”, “técnicas intervención trauma”.

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los artículos escogidos han sido muy útiles en la realización de este trabajo, gracias la gran cantidad de información específica en cuanto al tratamiento del trauma y su transmisión intergeneracional. Sin embargo, quedaron excluidos aquellos artículos que eran demasiado antiguos, así como aquellos que se referían a eventos traumáticos específicos, y no al trauma concebido de un modo genérico.

Se realizó una búsqueda de unos 10 artículos, de los cuales se seleccionaron 4. Posteriormente, se emplearon los artículos seleccionados y, a través de sus referencias bibliográficas, se localizaron los temas más relevantes, que serían de gran utilidad en la elaboración de este trabajo.

3-El trauma y sus implicaciones cerebrales

La labor más importante de nuestro cerebro es asegurar nuestra supervivencia. Para ello, éste debe producir las señales internas que exploren qué necesita nuestro cuerpo (alimentación, sexo, descanso), elaborar un mapa del mundo para saber la manera de satisfacer estas necesidades, avisarnos de los peligros y las oportunidades que puedan

aparecer, así como adaptar nuestras acciones en función de las circunstancias presentes. (Van der Kolk, 2017).

El cerebro detecta el peligro y prepara nuestra respuesta ante este. Captamos la información sensorial sobre el mundo exterior gracias a nuestros sentidos. Estas sensaciones concurren en el tálamo, una zona dentro del sistema límbico que mezcla toda la información de nuestras percepciones, con el objetivo de provocar una experiencia integrada de “esto es lo que me está sucediendo”. Las sensaciones van hacia dos direcciones: hacia la amígdala (dos pequeñas estructuras que ocupan un lugar más profundo en el sistema límbico, dentro del cerebro inconsciente) y hacia los lóbulos frontales, llegando a nuestro conocimiento consciente. La tarea esencial de la amígdala es detectar la información más relevante para nuestra supervivencia. Este proceso se realiza de manera rápida y automática con la ayuda del hipocampo, una estructura que vincula la nueva información con las experiencias del pasado. Cuando la amígdala detecta una amenaza, transmite un mensaje instantáneo al hipotálamo y al tronco cerebral, recurriendo al sistema de hormonas del estrés y al Sistema Nervioso Autónomo para ejecutar una respuesta a nivel de todo el cuerpo. Dado que la amígdala procesa la información que recibe del tálamo más rápidamente que los lóbulos frontales, decide si la información entrante es un peligro para nuestra supervivencia, incluso antes de que caigamos en la cuenta de que existe un peligro. Las señales de peligro de la amígdala dan lugar a la liberación de potentes hormonas del estrés, como el cortisol y la adrenalina, que aumentan el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y el ritmo de la respiración, preparándonos para luchar o para escapar (Van der Kolk, 2017).

Las capacidades ejecutivas de la corteza prefrontal nos permiten observar qué está ocurriendo, predecir qué sucederá si hacemos una acción determinada y ejecutar una decisión consciente. En el trastorno por estrés postraumático (TEPT), el equilibrio crítico entre la amígdala y la corteza prefrontal medial cambia drásticamente dificultando nuestra capacidad para controlar los impulsos y emociones. Los estudios que incorporan neuroimágenes de personas con una alta intensidad emocional revelan que este miedo, tristeza e ira intensa incrementa la activación de las regiones cerebrales subcorticales involucradas en las emociones, y disminuye la actividad en varias áreas del lóbulo frontal, especialmente en la corteza prefrontal medial. Cuando esto ocurre, las capacidades inhibitoras del lóbulo frontal fallan y las personas se comportan de un modo

desadaptativo: pueden sobresaltarse ante un sonido alto, pueden mostrar baja tolerancia a la frustración o paralizarse con el contacto físico (Van der Kolk, 2017).

Tras el trauma, el sujeto intenta eliminar el caos interno que le ha producido el suceso traumático. El hecho de controlar las reacciones fisiológicas insoportables puede dar lugar a una serie de síntomas físicos como la fibromialgia, la fatiga crónica y otras enfermedades autoinmunes. Es por esto por lo que el tratamiento de los traumas debe tener en cuenta todo el organismo: el cuerpo, la mente y el cerebro (Van der Kolk, 2017).

La activación del sistema de alarma del cerebro pone en marcha inmediatamente unos planes de huida preprogramados en las partes más antiguas del cerebro. Los nervios y las sustancias químicas que componen nuestra estructura cerebral básica están vinculados directamente con nuestro cuerpo. Cuando el cerebro antiguo tiene las riendas, apaga parcialmente el cerebro superior, nuestra mente consciente, y prepara al cuerpo para correr, esconderse, luchar o, en ocasiones, quedarse paralizado. Puede ocurrir que nuestro cuerpo ya esté actuando cuando somos totalmente conscientes de nuestra situación. Si la respuesta de lucha, huida, paralización es exitosa y escapamos del peligro, volvemos al estado de homeostasis. Pero si la respuesta se bloquea, el cerebro continúa segregando las sustancias químicas del estrés, y los circuitos eléctricos del cerebro siguen activándose en vano. Pasado un tiempo desde que surgió el acontecimiento, el cerebro puede seguir transmitiendo señales al cuerpo para que escape de una amenaza que ya no existe. La capacidad de movimiento y protección de una persona es un factor muy importante para prever si una experiencia dañina generará secuelas duraderas (Van der Kolk, 2017).

Según la teoría de Porges (1995), el sistema nervioso autónomo regula tres estados fisiológicos fundamentales. El nivel de seguridad determina la activación de todos ellos en situaciones concretas. La amenaza del entorno nos lleva a la interacción social: pedimos ayuda y consuelo a las personas más cercanas. Si no obtenemos respuesta y el peligro es inminente, el organismo pasa a un nivel más primario de supervivencia: luchar o escapar. Sin embargo, si no podemos luchar o escapar, el organismo se bloquea o trata de gastar la mínima energía posible. Es entonces cuando nos encontramos en estado de paralización o de colapso. Aquí entra en juego el nervio vago con sus diferentes ramas. El sistema de interacción social depende de los nervios que surgen en los centros regulatorios del tronco cerebral, básicamente el vago junto con los nervios adyacentes que activan los músculos del rostro, la garganta, el oído medio y la laringe. Cuando el complejo vagal central (CVV) dirige la función, sonreímos cuando los demás nos sonríen,

asentimos con la cabeza cuando estamos de acuerdo y fruncimos las cejas cuando algo nos parece extraño. Cuando el CVV está activado, también transmite señales al corazón y a los pulmones disminuyendo el ritmo cardíaco y aumentando la profundidad de la respiración. Como resultado de ello, nos encontramos en un estado de relajación. Cualquier amenaza a nuestra seguridad provoca cambios en las áreas dirigidas por el CVV. Si sucede algo que nos produce temor, automáticamente nuestras expresiones faciales y tono de voz expresan preocupación y estos se convierten en signos de ayuda para el entorno. Sin embargo, si nadie responde a nuestra petición de ayuda, la amenaza aumenta y el cerebro límbico más antiguo se pone en marcha. El sistema nervioso simpático moviliza los músculos, el corazón y los pulmones para luchar o escapar. Nuestra voz se acelera y nuestro corazón empieza a incrementar sus latidos. Finalmente, si no existe escapatoria, activaremos el sistema de emergencia definitivo: el complejo vagal dorsal (CVD). Este sistema recorre la parte de abajo del diafragma hasta llegar al estómago, los riñones y los intestinos, y reduce drásticamente el metabolismo de todo el cuerpo. El ritmo cardíaco se reduce, nos quedamos sin respiración y los intestinos dejan de realizar su función. Este es el punto en el que nos paralizamos (Van der Kolk, 2017).

La disociación es la característica más relevante del trauma. La experiencia dañina se fragmenta, de tal manera que las emociones, los sonidos, las imágenes, los pensamientos y las sensaciones físicas relacionadas con el trauma son elementos aislados y totalmente independientes. Cuando el trauma no está resuelto, las hormonas del estrés que el cuerpo segrega para protegerse siguen actuando, y los movimientos defensivos continúan apareciendo. Si los elementos del trauma se reproducen una y otra vez, las hormonas del estrés que los acompañan graban esos recuerdos aún más profundamente en la mente, y los acontecimientos diarios contienen cada vez menos emoción. La disociación provoca el bloqueo de nuestro cerebro (la mente se queda en blanco), es decir, la mayor parte de sus áreas reducen enormemente su activación, la cual dificulta el pensamiento, el enfoque y la orientación (Van der Kolk, 2017).

4-La transmisión intergeneracional del trauma

4.1 Influencia del tipo de apego del progenitor en el infante

Según Main y Hesse (1990) (citador por Pitillas, 2021), diferentes estudios han concluido que el apego desorganizado en niños suele vincularse con los llamados estados mentales irresueltos respecto al apego en el cuidador. El adulto con un estado mental irresuelto respecto al apego mantiene una visión fragmentaria de los otros y de sí mismo, tiene dificultades para controlar el efecto de las experiencias emocionales pasadas sobre su vida diaria, y es incapaz de resolver estas experiencias tempranas que fueron muy dolorosas. Los comportamientos relacionales del niño, por lo tanto, se basan en una experiencia interna también desorganizada y afectivamente desregulada en el cuidador.

Uno de los métodos para evaluar estos estados mentales es la Entrevista de Apego Adulto (AAI) (Steele y Steele, 2008) (citado por Pitillas, 2021). Dicha entrevista se encarga de explorar las representaciones mentales del individuo acerca de sus figuras de apego tempranas en su relación con estas. Aunque la entrevista anima a los padres a que revisen su historia de relaciones, el análisis se centra en el modo en que la persona narra dicha historia, más que en los acontecimientos en sí. Por ejemplo, clasificamos el estado mental de un adulto como seguro cuando la persona expresa sus emociones con claridad y sin desbordarse, puede describir imágenes complejas e integradas de sus cuidadores, puede ordenar su historia de forma congruente para el interlocutor, etc. Sin embargo, los adultos a los que clasificamos como preocupados presentan estados afectivos intensos (rabia, miedo) acerca de experiencias relacionales pasadas que interfieren con el discurso, narrativas excesivamente largas o la sensación de que el pasado invade su estado mental actual. Los discursos de los individuos clasificados como evitativos resultan excesivamente breves y superficiales, además de presentar estos sujetos una incapacidad para recuperar recuerdos específicos, y una actitud de desinterés por las experiencias asociadas al apego (Pitillas, 2021).

Por otra parte, los sujetos con estados mentales irresueltos tienen dificultades para organizar el discurso durante la AAI. Realizan pausas inesperadas durante la narración, e incluso hacen referencia a personas que murieron hace años como si siguieran vivas. La hipótesis de algunos autores expertos en el apego es que esta perturbación narrativa es consecuencia de diversos sentimientos ligados a traumas relacionales tempranos, los

cuales se ponen en marcha durante el proceso de rememoración y desordenan cognitivamente a la persona. Main y Hesse (1990) (citado por Pitillas, 2021), consideraron que cuando la interacción con el niño vincula al padre con recuerdos traumáticos, pueden darse cambios bruscos en su estado mental (se pasa, por ejemplo, de la ternura a un estado de terror), lo que conduciría a las respuestas atemorizadas que desorganizan el apego del niño. El niño no se comunica mediante códigos organizados tales como el lenguaje, sino que muestra sus sentimientos tal y como son, sin procesar y sin ningún tipo de filtro, y, por lo tanto, excesivamente invasivos para un adulto exhausto, inexperto o emocionalmente frágil. Esto exige un alto grado de tolerancia afectiva con el que cuentan la mayoría de los adultos. Sin embargo, para los padres con traumas no resueltos, estas interacciones implican el retorno a estados afectivos intolerables, los cuales fueron probablemente bloqueados para defenderse. Para este cuidador, sostener al niño, ayudarlo a dormirse, alimentarlo, lavarlo etc., pueden actuar como reactivadores de una experiencia temprana perturbadora.

Daniel Siegel (1999) (citado por Pitillas, 2021), relata el caso de un padre que, de niño, fue sometido constantemente a los episodios de rabia destructiva de su padre alcohólico. En el presente, para esta padre resulta complicado separar sus experiencias de miedo y rabia asociadas al trauma de los momentos de conflicto con su hija pequeña. La insistencia de la hija en hacer las cosas a su manera fue muy difícil de sostener para este padre. Además, la irritación de la niña era interpretada por él como un rechazo, y activaba cambios en su mental, dándose una serie de reacciones rabiosas. Su percepción actual de la irritación de la niña conectaba con otras representaciones relacionadas con un rostro irritado. Para este padre, estas asociaciones incluían recuerdos asociados a experiencias pasadas: conductas de huida, imágenes de su padre rabioso o su madre deprimida y sensaciones corporales de dolor. Estas conexiones se producían de manera inconsciente, él no sentía estar recordando nada. Como recuerdos implícitos, estos eran experimentados en el aquí y el ahora, como parte de la realidad presente. No se trataba de que su hija le recordara a su padre rabioso, sino que las emociones de su hija llevaban a este padre a sentir que se encontraba en la escena original, donde se vio a expuesto a una rabia que asustaba mucho.

4.2 La violencia como una forma de defensa

En una situación de reexperimentación del peligro, el cuidador puede llevar a cabo varias opciones: regular los sentimientos provocados por las desorganizaciones que se han reactivado, o expulsarlos. El segundo camino está relacionado con un mecanismo de defensa que consiste exteriorizar aquello que uno tiene internamente y no puede soportar: la identificación proyectiva. Es decir, se trata de provocar en el niño los mismos sentimientos de los que los padres desean deshacerse. El niño, víctima de este mecanismo, se ve obligado a experimentar algo que no le pertenece. Por ejemplo, la madre con sentimientos no resueltos de fracaso, a través de la exigencia y la crítica, coloca en el niño estos sentimientos de incompetencia y hace que se identifique con este sentimiento de fracaso que originalmente pertenece a la madre. La identificación proyectiva devuelve el equilibrio a una parte de la díada (el cuidador), y lo perturba en la otra parte (el niño) (Pitillas, 2021)

Según un estudio realizado por Seligman (1999) (citador por Pitillas, 2021), los niños no se identifican únicamente con una serie de sentimientos proyectados por su cuidador, sino que se identifican con una forma específica de relacionarse. El niño puede sentir cuando sea adulto que la única forma de lograr el contacto interpersonal será mediante la presión e incluso la violencia. Este niño, por lo tanto, internaliza un guion interno acerca de los modos de interactuar, los modos de interpretar la conducta del otro, o los modos de protegerse. La transmisión intergeneracional del trauma, según este autor, supone una herencia de un modo global de entender las relaciones. En situaciones de dificultad interpersonal, los niños traumatizados emplearán modos específicos de relacionarse, fruto sus interacciones tóxicas tempranas. A largo plazo, posiblemente estos guiones podrán ponerse en juego en las relaciones con los propios hijos.

Patricia Crittenden (2017) (citado por Pitillas, 2021), afirma que los progenitores, con sus respuestas dañinas, se protegen el sentimiento de no haber hecho lo suficiente, de la insatisfacción de sus padres con ellos, etc. Sienten que no están recibiendo el amor que esperan de su hijo, por lo que tienen que hacer algo para conseguir ese amor. Una de las formas que utilizan los padres para recuperar esa sensación de control y protegerse de los peligros cuando se relacionan con sus hijos es presionar a éste para que explore (exigiéndole que sea autónomo, que tenga un rendimiento alto...). Además, pueden comunicarse de manera ambivalente respecto a la intimidad, es decir, transmitir al niño que puede estar cerca de su padre, pero mostrándole a la vez que le resulta invasivo.

También pueden emplear un estilo de crianza autoritario, desaprobar los estados de vulnerabilidad del niño, etc.

Por otro lado, para los padres que han tenido experiencias no resueltas en torno a la exploración, como por ejemplo, haber sido castigados al realizar conductas de autonomía, los signos de curiosidad o separación física o psicológica pueden provocar en ellos un sentimiento de abandono, lo que conduce a una serie de respuestas defensivas, tales como obligar al niño a que se mantenga cerca, mostrar cierta ambivalencia respecto a la exploración (transmitiendo al niño que se puede alejar, pero advirtiéndole que si lo hace su padre tendrá mucho miedo), centrándose en una educación hiperafectiva, etc. (Pitillas, 2020).

5-El tratamiento del trauma

5.1 Entrenamiento en neurofeedback

El primer registro de actividad eléctrica cerebral fue realizado por el psiquiatra alemán Berger. Este autor descubrió que los diferentes patrones de las ondas cerebrales muestran diferentes actividades mentales. Esperaba que la ciencia vinculase diferentes problemas psiquiátricos con irregularidades específicas de los Electroencefalogramas (EEG). Esto se pudo reflejar en los primeros estudios sobre los patrones de los EEG en niños con problemas conductuales en 1938. La mayoría de esos niños hiperactivos e impulsivos tenían unas ondas más lentas de lo normal en los lóbulos frontales. La actividad eléctrica lenta del lóbulo frontal justifica por qué estos niños tienen un mal funcionamiento ejecutivo: su cerebro racional carece de un control adecuado sobre su cerebro emocional, lo cual sucede también con el maltrato y el trauma, de tal manera que los centros emocionales están hiper alertas ante el peligro y están preparados para la huida. No obstante, muchas personas con TEPT tienen una actividad incrementada en el lóbulo temporal derecho, pues aquí se encuentra el principal centro del miedo del cerebro (Van der Kolk, 2017).

En el año 2000, Alexander McFarlane y sus colaboradores realizaron un estudio en el que descubrieron diferencias en el tratamiento de la información entre los sujetos traumatizados y un grupo de australianos normales. Estos investigadores emplearon una

prueba estándar llamada “paradigma de rareza”, en el que se solicitó a los sujetos que detectaran el objeto que no encajaba en una serie de imágenes relacionadas (como una trompeta en un grupo de mesas y sillas). Ninguna de las imágenes estaba relacionada con el trauma. En el grupo normal, diferentes partes del cerebro trabajaban juntas para reproducir un patrón coherente de filtrado enfoque y análisis, mientras que las ondas cerebrales de los sujetos traumatizados estaban mal coordinadas y no se unían en un patrón coherente. Específicamente, no se generaba el patrón de ondas cerebrales que ayudan a la gente a prestar atención a la tarea que está realizando, filtrando la información relevante (la curva ascendente llamada N200). Además, la configuración de tratamiento de la información central del cerebro (el pico descendente P300) estaba poco definida. Los patrones de las ondas cerebrales podrían explicar por qué tantas personas traumatizadas tienen dificultades para aprender de la experiencia e implicarse eficazmente en su vida diaria. Su cerebro no está organizado para prestar atención a lo que ocurre en el momento presente (Van der Kolk, 2017).

El feedback proporciona al cerebro un espejo de su propia función: las oscilaciones y ritmos en que se basan las corrientes cruzadas de la mente. El neurofeedback permite que el cerebro incremente ciertas frecuencias disminuya otras, construyendo nuevos patrones que mejoran su complejidad y su sesgo la autorregulación. La función del neurofeedback es intervenir en los circuitos que regulan los estados de miedo, vergüenza y rabia. La activación de esos circuitos es lo que define el trauma. Cuando los patrones del miedo se relajan, el cerebro es menos vulnerable a las reacciones automáticas de estrés y tiene mayor capacidad para prestar atención a las situaciones de la vida diaria. De lo que se encarga el neurofeedback es devolver el equilibrio al cerebro y aumentar la resiliencia, permitiéndonos elaborar mayor cantidad de respuestas (Van der Kolk, 2017).

5.1.2 *Alfa Theta*

Las frecuencias theta (5-8 Hz) predominan en el periodo del sueño, además de ser características de los estados de trance hipnóticos. Cuando las sondas theta predominan en el cerebro, la mente se centra en el mundo interior, en un entorno de imágenes que fluyen libremente. Sin embargo, las ondas alfa (8-12 Hz) se caracterizan por una sensación de paz y de calma. Además, resultan familiares para las personas que practican meditación (Van der Kolk, 2017).

A través del tratamiento alfa-theta, estas frecuencias se recompensan alternativamente. El objetivo en el tratamiento del TEPT es plantear al cerebro nuevas posibilidades para que el presente deje de interpretarse como un recuerdo del pasado. Los estados de trance durante los cuales predomina la actividad theta pueden ayudar a facilitar las conexiones condicionadas entre unos estímulos y respuestas concretas, como los sonidos fuertes que se asemejan a los disparos. En los estados crepusculares fomentados por el entrenamiento alfa-theta, los acontecimientos traumáticos se pueden volver a experimentar de forma segura y se pueden crear nuevas asociaciones (en la que mismo ruido fuerte se asocie con los fuegos artificiales de una noche en la playa con nuestros amigos) (Van der Kolk, 2017).

Investigadores como Peniston y Kulkosky usaron el neurofeedback para tratar a veintinueve veteranos de Vietnam que habían sufrido TEPT entre doce a quince años como consecuencia de la guerra. Quince de ellos fueron asignados aleatoriamente al entrenamiento alfa-theta, y catorce a un grupo de control, que recibió un tratamiento médico estándar, el cual incluía fármacos psicotrópicos y terapia individual y de grupo. A través del neurofeedback, los hombres debían reclinarsen en un sillón con los ojos cerrados y se les enseñaba a que los sonidos del neurofeedback les permitieran transportarse hacia una relajación profunda. También se les pidió que usaran imágenes mentales positivas a medida que entraban en el estado alfa-theta similar al trance. Los resultados mostraron que el grupo de neurofeedback presentó una disminución significativa de los síntomas de TEPT, así como de quejas físicas, depresión, ansiedad y paranoia. Tras la fase de tratamiento, solo tres de los quince veteranos tratados con neurofeedback afirmaron tener flashbacks y pesadillas abrumadoras. Sin embargo, todos los veteranos del grupo control experimentaron un incremento de los síntomas del TEPT durante el periodo de seguimiento y todos ellos necesitaron al menos dos hospitalizaciones más (Van der Kolk, 2017).

5.2 Modelo Parcuve

5.2.1 El triángulo del trauma

El triángulo del trauma (ansiedad, sanación e integración) está compuesto a su vez por cuatro pequeños triángulos (evitación, defensas, alostasis y regulación emocional). Cada uno de ellos nos permite comprender los procesos psicológicos de la persona. Además, cada lado del triángulo tiene una flecha que indica la dirección de cada uno de los procesos (Hernández, 2020).

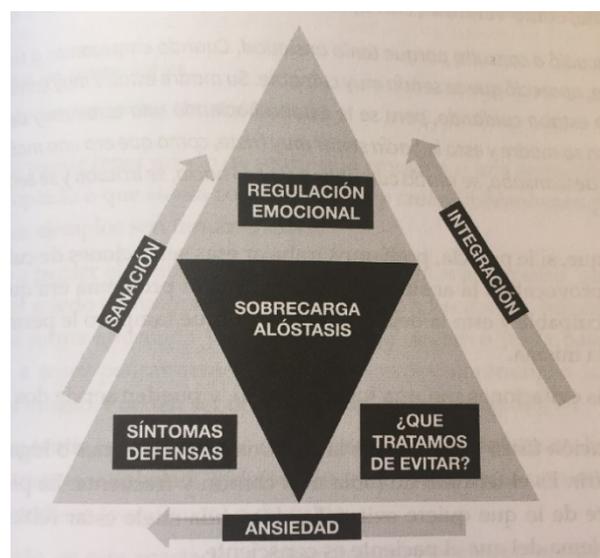


Ilustración 1 El triángulo del trauma (Hernández, 2020)

El triángulo del trauma ayuda a definir los aspectos mentales de la persona y es compatible con cualquier modelo terapéutico. Las terapias de tipo psicodinámicas hacen mayor énfasis en los aspectos de la flecha de la integración, mientras que la terapias cognitivo-conductuales en la flecha de la sanación. Sin embargo, el modelo Parcuve busca trabajar con los traumas psicológicos de manera integrada, pues la enfermedad psicológica sería el conjunto de aspectos neurobiológicos, emocionales, conductuales, etc. No se trata de excluir ningún aspecto, sino de integrarlos (Hernández, 2020).

Refiriéndonos al concepto de **evitación**, toda psicopatología se fundamenta en algo que no queremos sentir o hacer. En muchos casos, el problema será reaccionar de forma impulsiva, y sentir esta reacción como incontrolable. Con esta impulsividad, se evita sentir vacío, miedo o abandono. Comprender qué es lo que la persona quiere evitar y cuál

es la emoción que subyace en el esquema patológico es fundamental en el proceso terapéutico, y no siempre va a estar vinculada directamente con la demanda del paciente. Existen dos tipos de evitación: evitación física o consciente, es decir, la persona evita personas o lugares por miedo a sufrir, y es consciente de lo que quiere evitar; y la evitación emocional o fobias al mundo interno, la cual es más compleja y desconocida para el paciente, por lo que atribuye su malestar a otros aspectos. En muchas ocasiones, tiene una relación directa con los miedos interpersonales. Las fobias a los procesos internos pueden ser de tres tipos: fobias a las emociones o pensamientos que se perciben como externos e intrusivos, las sensaciones, y fobias a los recuerdos traumáticos (Hernández, 2020).

Cuando trabajamos con las emociones a evitar, utilizaremos técnicas de afrontamiento a nivel mental, entendiendo qué función satisface esa evitación, cuando ocurrió, etc. Y también trabajando la fobia a esa emoción (Hernández, 2020).

En cuanto a las **defensas psicológicas**, se trata de evitaciones que hacemos de forma mental. También hay defensas compulsivas o conductuales. Ambas son acciones mentales y físicas por las que la persona evita enfrentarse a lo que le resulta dañino. Cuando estas defensas o síntomas aparecen con frecuencia en la vida del sujeto es porque en algún momento resultaron eficaces, aunque ahora funcionen de manera contraproducente. En muchas ocasiones, cuando alguien busca ayuda, lo más frecuente es que el síntoma se asemeje a la demanda del paciente. Este síntoma es la defensa que la persona realiza para evitar afrontar el problema real o subyacente a la patología. Puede suceder que sanemos la emoción que provocó la ansiedad y, aun así, se mantenga la conducta a eliminar. Esto es así porque, cuando pasa mucho tiempo, la persona ha aprendido a regularse de una determinada manera, por lo que debemos ayudarla a disponer de estrategias de regulación emocional adecuadas que puedan sustituir a la conducta patológica (Hernández, 2020).

Con los síntomas o defensas, el objetivo será enfrentarse al problema de forma conductual. Es importante contar con elementos externos de apoyo como grupos de ayuda o terapia familiar, involucrar a la pareja, etc. Si no tratamos de resolver la emoción primigenia, cuando eliminemos un síntoma, es probable que la persona lo cambie por otro (Hernández, 2020).

Por otro lado, el concepto de **alostasis** se refiere al desequilibrio constante que se produce cuando la persona no es capaz de regularse con sus condiciones internas y externas. A menudo, las estrategias que se utilizan para tratar de encontrar un nuevo equilibrio someten al organismo a una nueva situación que exige mucha energía para ser mantenida, o incluso resulta más complicada que la original. Este exceso de energía necesaria se denomina carga alostática, la cual es consecuencia de permanecer mucho tiempo fuera de un equilibrio sano. Es el quiebre de una estrategia que ha supuesto mucho esfuerzo mantener y que sirvió para poder enfrentarse a esas situaciones de estrés. Las cargas alostáticas pueden afectar al individuo, produciendo enfermedades físicas por daño a diferentes órganos (colapso de los órganos en una persona con anorexia), dificultades en la vida diaria y familiar (problemas económicos en un ludópata), rechazo social (abandono de la familia y de la pareja de un adicto), colapsos de la energía (dolores articulares una persona con fibromialgia), etc. La alostasis se puede mejorar modificando las conductas de la persona, aunque a menudo se resuelve sola al solucionar otras cuestiones. Cuanto menor sea el tiempo que lleve dándose y menos deteriorado esté el sistema, más sencilla será de solventar (Hernández, 2020).

El triángulo de la **regulación emocional** sería el objetivo final de la terapia, donde se situarían las conductas y emociones que funcionan de forma adaptativas en el momento actual. Debemos ayudar al sujeto a poder regularse con las personas y elementos, de tal modo que no acabe dañándose a sí mismo ni a su entorno. Si existen factores ambientales que interfieren en una regulación adecuada, como niños con padres desregulados, ausencia de recursos económicos, etc., hay que evaluar el estado que rodea a la persona y trabajar estos aspectos para alcanzar una estabilidad (Hernández, 2020).

Como hemos mencionado anteriormente, el triángulo del trauma tiene tres flechas adosadas a cada uno de los lados. En la base, está la ansiedad, que relaciona la emoción a evitar con los síntomas y defensas; y en los lados están los procesos que queremos conseguir en la terapia (Hernández, 2020).

La **ansiedad** muestra el paso de la emoción que se quiere evitar a una acción o pensamiento que provoca sensación de alivio y control. La persona tiene contenido traumático (que puede recordar o no), y que está vinculado a redes neuronales de miedo o malestar. Cuando suceda un evento que recuerde a algo negativo del pasado, se van a producir emociones negativas que se calmarán con los mismos síntomas o defensas psicológicas que la persona utilizó en el pasado. También puede ocurrir que se genere

ansiedad si no se ve satisfecha alguna acción considerada como muy positiva o necesaria para el sujeto. La persona siente que debe satisfacerla de forma urgente, y esto le llevará a realizar acciones que provocan daño en el futuro. Para poder eliminar la ansiedad, en el modelo Parcuve se trabaja integrando las memorias inaceptables para el individuo, las cuales se anulan con los síntomas o defensas que se han formado para tratar de tolerar la ansiedad (Hernández, 2020).

La **sanación** va desde el triángulo de las defensas al de regulación emocional, y representa el trabajo con los síntomas actuales de la persona. En este proceso se encuentran todas las técnicas de tipo cognitivo-conductual que ayudan a tolerar los síntomas negativos de la persona. Se trata de ayudar al sujeto a enfrentarse a aquello que le causa temor, por ejemplo, hablar en público, permanecer en espacios cerrados, recordar constantemente el pasado, etc. Y también aprender a modificar creencias erróneas que resultan desadaptativas en la actualidad (Hernández, 2020).

Por último, el concepto de **integración** simboliza el proceso de aceptar las partes disociadas de la personalidad y las memorias traumáticas que no han podido procesarse correctamente en el pasado. Cuando esas memorias hayan sido reprocesadas y se vivan como algo pasado con lo que se puede vivir, decimos que están integradas o aceptadas. (Hernández, 2020).

5.2.1 ¿En qué consiste este modelo?

El modelo Parcuve es un modelo terapéutico, cuyo significado está formado por las siguientes palabras: pánico, ansiedad, rabia, culpa y vergüenza. Estas emociones facilitan la regulación con los cuidadores en la infancia y, con el paso del tiempo, quedarán instauradas en la personalidad del individuo para hacer frente a las adversidades. El modelo Parcuve es un modelo sistémico. Parte de la premisa de que modificando una de las partes, cambiará el sistema completo. Su objetivo es intervenir en cada una de estas partes para lograr un equilibrio adaptativo en el presente (Hernández, 2020).

El modelo Parcuve defiende que hay patrones neurobiológicos que determinan acciones, las cuales aparecen en tres planos diferentes: el instintivo, el emocional y el cognitivo, y la mayoría de las patologías psicológicas se dan por interferencias entre estos tres sistemas. El sistema *instintivo* se asocia a patrones de respuestas establecidas

genéticamente, las cuales son muy rápidas e involuntarias y escapan al control de la persona. El sistema *emocional* está condicionado por unos aprendizajes que tienen un componente biológico, pero lo forman emociones vividas o aprendidas. Son adquiridas a lo largo de desarrollo y también son muy rápidas e involuntarias. El sistema *cognitivo* se adquiere a través de valores culturales, familiares y sociales que pueden ir ganando complejidad, especialmente en la etapa de la adolescencia y años posteriores. Son respuestas mucho más lentas que los sistemas anteriores, pero pueden ser deliberadas (Hernández, 2020).

El modelo Parcuve tiene en cuenta diversos axiomas a la hora de trabajar. Si una emoción quedó registrada en la memoria es porque cumplió en un momento determinado una función positiva o negativa. El valor que el cerebro otorgará a esa emoción será la misma que le dio en el momento del aprendizaje, aunque ahora se considere de un modo cognitivo diferente. Cuanto más se repita algo en nuestro cerebro (emoción, conducta o sensación), más probabilidades hay de que se active en forma cognitiva o emocional (Hernández, 2020).

Por otra parte, las áreas cerebrales que representan las emociones no tienen constancia del paso del tiempo, mientras que las áreas cognitivas sí que lo tienen. También nuestro cerebro actúa a nivel del sistema límbico mediante un proceso de condicionamiento clásico y operante. Van a quedar grabados aquellos momentos que fueron muy importantes a nivel emocional (Hernández, 2020).

La inmensa mayoría de los traumas están relacionados con las emociones que constituyen este modelo, es decir, la soledad, el miedo, la rabia, la culpa y la vergüenza. El sentimiento de asco está muy relacionado con la alimentación y los abusos sexuales, y puede darse de manera ocasional en algunas situaciones traumáticas, aunque no está incluido en este modelo (Hernández, 2020).

Por otro lado, los síntomas que presenta el sujeto deben poder ser interpretados por su historia personal. No obstante, no se puede trabajar el pasado si no existe estabilización en el presente. Primero debemos estabilizar lo relativo al presente y después trabajar los sucesos traumáticos que ocurrieron previamente (Hernández, 2020).

También es importante destacar que, cuanto más traumático fue lo vivido (intensidad y duración), cuanto más joven era el sujeto y más cercanas fueron las figuras que efectuaron el maltrato, con mayor precaución se debe trabajar. Se debe evaluar la capacidad de la

persona para tolerar la intensidad del trabajo terapéutico y se deberá trabajar desde los traumas más recientes a los más antiguos (Hernández, 2020).

5.2.3 Fases del modelo

El modelo Parcuve consta de cinco fases: evaluación, estabilización, trabajo periférico con las emociones, trabajo con emociones disociadas, y trabajo fuera de la consulta. Estas pueden darse de forma secuencial, pero no siempre es necesario (Hernández, 2020).

En la fase de **evaluación**, el objetivo principal es evaluar al paciente, lo que se denomina “conceptualización del caso”. Una de las tareas que debemos realizar en esta fase es crear una sólida alianza terapéutica, especialmente porque lo que causó el daño fue la ausencia de una figura de apego protectora. Para poder revivir lo ocurrido, la persona debe sentirse segura, y los primeros momentos de la terapia son imprescindibles para poder crear la sensación de que el terapeuta sabe lo que hace y es competente en su trabajo. A continuación, debemos evaluar los síntomas. Las personas con traumas pueden ocultar mucha información relevante, la cual que debemos conocer para preparar correctamente el tratamiento. A menudo, llevan tanto tiempo sufriendo los síntomas de malestar que los consideran normales. Incluso en ocasiones es posible que no nos los cuenten porque les da vergüenza o sean insignificantes para ellos. Si los síntomas son graves, se puede preguntar si se han dado autolesiones, abusos de cualquier tipo, etc. Y si hay síntomas disociativos, se puede pasar el cuestionario de Steinberg (1990) (Hernández, 2020). También debemos evaluar los recursos de las personas y las dificultades en la regulación emocional: conocer los hábitos sexuales, de sueño, de alimentación, consumo de drogas, etc. Para ello, podemos emplear algún cuestionario de autocuidado. La evaluación de la historia personal del sujeto es muy importante, para la cual podemos emplear la entrevista de apego adulto. Además, podemos pedir a los pacientes que realicen una línea de vida, que consiste en que pongan números consecutivos hasta la edad actual y, posteriormente, escriban al lado de cada número algo que les sucedió a esa edad. Esto es muy útil para conocer las memorias episódicas del paciente. Por último, es muy importante averiguar qué antecedentes médicos tiene la persona y si toma medicación, pues a menudo hay mucha comorbilidad entre el trauma y otros trastornos de personalidad y de conducta (Hernández, 2020).

En la fase de **estabilización**, se ayuda al paciente a regularse dentro de consulta para posteriormente hacerlo fuera. Se le explica qué son las emociones, qué función cumplen

y cómo funciona nuestro cerebro. También se pueden practicar los déficits detectados en la fase anterior. En esta fase se pueden utilizar técnicas de asertividad o regulación con la comida o el sueño, manejo de la respiración y la ansiedad, etc. (Hernández, 2020).

El **trabajo periférico con las emociones** se puede hacer en dos partes. Una primera parte consiste en procesar el trauma de forma periférica, es decir, trabajar con los recuerdos traumáticos de manera que no supongan una inundación emocional para la persona. Esta parte se puede hacer con muñecos, cartas terapéuticas o dibujos, entre otras formas. La segunda parte se basa en el trabajo directo con el trauma. Aquí vamos a ayudar a la persona a modificar las memorias almacenadas de forma disfuncional (que en ocasiones pueden ser inconscientes), y, por tanto, la valoración asociada al recuerdo. Es importante resaltar que esta valoración puede ser positiva o negativa, pero, en cualquier caso, si resulta disfuncional hay que modificarla. Además, nunca vamos a solicitar al paciente que nos cuente qué le ocurrió, sino cómo se sintió con respecto a lo ocurrido. Contar detalles de lo ocurrido puede retraumatizar, mientras que explicar las emociones que aquello generó produce una sensación de alivio. Esto es especialmente relevante en el tratamiento de los abusos sexuales y, sobre todo, si el paciente es una mujer y el terapeuta es un hombre. Muchas pacientes que han sufrido abusos tienen miedo de que un terapeuta hombre pueda tener fantasías sexuales con sus experiencias (Hernández, 2020).

El **trabajo con las partes disociadas** conlleva una activación de las emociones de la persona para que puedan recuperarse las memorias implícitas relacionadas. Debemos ayudar a la persona a revivir el recuerdo, preferentemente con los ojos cerrados, hasta donde la persona pueda tolerar. Revivir lo ocurrido implica darle un significado nuevo, adaptado a lo que la persona sabe en la actualidad o le hemos ayudado a construir (Hernández, 2020).

Las etapas que se siguen para trabajar con las emociones disociadas son la cosificación de la emoción, la evaluación de fobias hacia esa parte, la evaluación de fobia de la parte hacia la persona, la evaluación de la edad de esa parte, el trabajo directo con la persona (con la edad que vivió esa emoción), la psicoeducación con lo que ocurrió, la conexión entre la parte disociada y el adulto, la evaluación de partes de la persona con edades inferiores que contengan esa emoción también, el cierre del proceso y la concesión de instrucciones de cómo continuar en el presente (Hernández, 2020).

Cosificar la emoción implica darle una forma, permite externalizar lo que está ocurriendo. De este modo, obligamos a la persona a que se observe desde fuera. La cosificación se suele realizar con una emoción, pero también se puede hacer con un síntoma o una situación reciente, por ejemplo “cómo te sentiste el otro día cuando sufriste esa decepción”. El siguiente paso es evaluar que siente la persona hacia esa emoción o parte. En función de la reacción de la persona, actuaremos de modos diferentes. Si siente asco, miedo o rabia hacia la parte, vamos a trabajar con psicoeducación, explicándole a la persona por qué apareció esta emoción, qué función cumplió y cómo ha quedado bloqueada todo este tiempo. Sin embargo, si siente admiración, se trabaja ayudando a la persona a valorar que en su momento fue necesaria, pero ahora es inadecuada. Estas partes que el sujeto siente como una ayuda suelen darse en personas con anorexia, adicciones, trastornos antisociales, esquizoides o narcisistas. Una vez que hemos trabajado esa fobia, debemos preguntar al paciente si ha habido cambios de aspecto. Esto ayuda mucho a que la persona coja confianza en el proceso terapéutico y pueda empezar a reducir su ansiedad (Hernández, 2020).

En el caso de que haya fobia de la parte a la persona, suele ser debido a que esta no tiene recursos en el presente (económicos, laborales de pareja, etc.), o porque la parte es más joven y siente que la persona no ha alcanzado los estándares que se había propuesto en su juventud. En muchos casos, son partes muy rabiosas que sienten que la persona no ha conseguido poner determinados límites. Esto es muy frecuente en cuidadores compulsivos (Hernández, 2020).

Cuando trabajamos las fobias en el sistema interno, lo más probable es que no haya fobia entre las partes, pero si las hubiera, debemos entender qué es lo que está sucediendo. En este punto, debemos tener en cuenta varios aspectos. Uno de ellos es que las partes tienen su propia identidad, por lo que las personas pueden temer que las intentemos eliminar o las ignoremos. Hay que trabajar con ellas como si fueran otra persona diferente del individuo en todos los aspectos. Además, detrás de una parte agresiva siempre hay tristeza, y de una vulnerable, hay rabia. Conocer esto permite realizar el trabajo eficazmente. Las personas, la mayoría de las veces, no son conscientes de la existencia de estas partes o estados emocionales y puede sorprender en exceso descubrir su presencia, por lo que es muy importante el papel del terapeuta como regulador y mediador (Hernández, 2020).

Tras esto, vamos a evaluar la edad de esa parte, es decir, el momento en el que la emoción se aprendió como imprescindible. Si la parte tiene una edad mayor que la persona actualmente, suele ser una parte de la personalidad infantil, que se ha visto sometida a situaciones poco adecuadas a su edad (por ejemplo, cuidar de los hermanos pequeños, hacer tareas de la casa agotadoras, etc.). En todos los casos, validamos esas partes y les pedimos que descansen. Si la persona no nos dice ninguna edad o duda, hay que insistirle en que diga una y, sobre todo, que lo haga de forma espontánea. Una vez hecho esto, se le pide que narre qué pasó en ese momento o alrededor de esa edad (Hernández, 2020).

Si la persona da una edad, pero no recuerda que ocurriera nada relevante en ese periodo, se le pide que nos hable de su vida en esa etapa, hasta encontrar hechos que estén relacionados con la emoción con la que trabajamos.

Una vez que sabemos la edad de esa emoción, se vuelve a pedir a la persona que cierre los ojos y diga dónde está físicamente su “yo” cuando tenía esa edad. En este momento le pedimos a la persona que se acerque a esa parte disociada de la personalidad. Para poder hacer este ejercicio, la persona debe permanecer dentro de un rango aceptable de regulación emocional. Si el trabajo es excesivo para la persona, se haría con los ojos abiertos, y si no es capaz de imaginarlo, se le pide que cierre los ojos y se le pueden dar pequeños golpes alternos en las rodillas para avanzar en el proceso. A continuación, se evalúa de nuevo si hay fobia hacia esa persona que representa el recuerdo de lo vivido. Si no hay fobias, se pueden utilizar técnicas de conexión emocional. En el caso de que haya fobia, se ayuda a esa parte disociada a poder realizar la acción que resultó inacabada o restaurar lo que se hizo mal, de tal manera que se pide a la persona que abra los ojos y se vuelve a realizar un trabajo de psicoeducación. Si la parte se muestra cariñosa, preguntamos si hay constancia de que la parte disociada y el adulto son la misma persona. Si la persona duda, traeremos a esa persona al presente diciéndole que el tiempo ha transcurrido y se ha hecho mayor. Es en esta etapa donde podemos aplicar completamente la compasión. Evaluamos si hay partes de la persona con edades inferiores que contengan esa emoción también y, en caso de que sea así, se realiza el mismo proceso (Hernández, 2020).

Finalmente, se cierra el proceso y se otorgan instrucciones acerca de cómo continuar en el presente. El **trabajo fuera de la consulta** es muy importante y consistirá en dos rasgos principales. Por un lado, pedir a la persona que pueda enfrentarse a situaciones, personas, objetos, etc., que antes temía y no podía soportar. Para lograr esto, la persona debe

cambiar de actitud y conducta a un ritmo que pueda tolerar. Por otro lado, se debe cambiar el modo en que la persona se habla así misma, es decir, qué discurso usa para explicar la realidad es fundamental en la forma de trabajar el trauma psicológico. Cambiar la forma en que percibimos las emociones propias y las de los demás provoca cambios definitivos en nuestro modo de interpretar la realidad (Hernández, 2020).

6-Test psicométricos en el estudio del trauma

Cabe destacar en el estudio del trauma el Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos (CAT), el cual se compone de 17 experiencias traumáticas habituales, donde el sujeto debe responder si alguna vez ha sido expuesto a alguna de ellas. Si no ha sufrido ninguno de los eventos mencionados, pero sí otro, dispone de un espacio reservado para desarrollar cómo fue tal experiencia (Davidson JRT et al., 1990) (citado por Villafañe, A. et al., 2003).

La Escala de Trauma de Davidson (DTS) es también un instrumento psicométrico para evaluar el impacto del trauma. Está formada por 17 ítems correspondientes a cada uno de los 17 síntomas relacionados con los criterios B (intrusión), C (evitación y embotamiento emocional) y D (hiperactivación), del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático. Se trata de una escala de autoinforme en la que el sujeto debe puntuar la frecuencia de presentación y la gravedad de cada uno de los ítems. Para ello, se emplea una escala Likert de 5 puntos (en la que 0 es nunca o gravedad nula, y 4 es a diario o gravedad extrema). El marco temporal que los sujetos deben tener en cuenta es la semana anterior al momento de la evaluación (Davidson JRT et al., 1997) (citado por Villafañe, A. et al, 2003).

Por otra parte, otro de los test psicométricos utilizados en el estudio del trauma es el CIT (Cuestionario del impacto del trauma), el cual permite la evaluación de la sintomatología postraumática, la sintomatología general, la alteración de las creencias, y el deterioro en el funcionamiento experimentado como consecuencia de la vivencia (directa o indirecta) de cualquier tipo de evento traumático. El cuestionario se puede aplicar a todo tipo de situaciones traumáticas y en contextos clínicos, forenses, médico legales y de investigación (Crespo, M. et al., 2020).

Desde el punto de vista clínico, la información que ofrece la prueba respecto a la sintomatología puede ser muy útil en el diseño de programas de intervención individualizados, centrados en las áreas de la vida más afectadas por el trauma y en la gravedad de los síntomas de cada caso. En ese contexto, la prueba también puede ser relevante para valorar los efectos de las intervenciones a medio y largo plazo (Crespo, M. et al., 2020).

Desde el punto de vista forense y médico legal, este test permite determinar el grado actual de afectación postraumática de la persona en el momento de la evaluación, las áreas afectadas y el grado de deterioro que presentan (Crespo, M. et al., 2020).

En el contexto de la investigación, esta prueba se puede utilizar en cualquiera de los ámbitos comentados anteriormente, así como en estudios epidemiológicos que intentan mostrar el impacto personal y social de diversos eventos traumáticos, tanto individuales como colectivos (Crespo, M. et al., 2020).

El CIT está dirigido a la evaluación de sujetos mayores de edad y puede ser aplicado individual o colectivamente. El tiempo de aplicación requerido suele ser de 45 minutos. Para aplicar correctamente el CIT, es necesario que se cumplan una serie de condiciones: que la persona evaluada sea capaz de responder con cierto grado de coherencia a los ítems, que se utilicen los métodos de aplicación establecidos, y que la evaluación sea realizada en un entorno adecuado y por parte de un profesional competente (Crespo, M. et al., 2020).

Por otro lado, el CIT está compuesto de 180 ítems divididos en 30 escalas. Éstas, a su vez, se aglutinan en 5 grandes bloques (1 de validez y 4 de contenido). La escala de validez o control incluye las escalas de omisiones, inconsistencia y distorsión negativa. La escala de estrés postraumático incluye las escalas de estrés postraumático total, intrusión, evitación, alteración cognitiva y del estado de ánimo, alteración en la activación y reactividad, disociación y centralidad del acontecimiento. La escala de síntomas recoge problemas somáticos, alteraciones del sueño, ansiedad, de regulación emocional, dependencia emocional, rumiación, depresión, desconexión social, malestar sexual, alteraciones en la conducta alimentaria, abuso de sustancias, conductas de riesgo, autolesiones, ideación y conducta suicida, y, por último, ira. La escala de alteraciones en las creencias está compuesta de creencias negativas sobre los demás, sobre el mundo y el

futuro, sobre uno mismo, creencias negativas de culpa, y autosabotaje. Finalmente, el CIT se compone de una escala de deterioro en el funcionamiento (Crespo, M. et al., 2020).

7-Conclusiones

Con la elaboración de este trabajo, se ha podido fundamentar y explicitar el funcionamiento del cerebro desde momentos previos al trauma, hasta la finalización de este. Hemos descubierto con detalle las áreas cerebrales más relevantes implicadas en un acontecimiento potencialmente estresante, así como las diferentes respuestas que es capaz de dar nuestro organismo cuando se produce una situación como esta.

Por otra parte, hemos respondido, a través de numerosas investigaciones, a la forma en la que los progenitores proyectan inconscientemente sus vivencias traumáticas pasadas en el infante, llegando incluso a actuar de forma violenta sobre ellos. Este tipo de actuaciones han demostrado la manera en que los padres intentan defenderse de recuerdos, actuaciones, imágenes, etc., que les producen dolor.

También se ha corroborado la eficacia del neurofeedback en el tratamiento del trauma mediante algunos estudios destacables, en los cuales se compara el neurofeedback con otro tipo de tratamientos, y donde se ha podido observar la utilidad de este tipo de entrenamiento del cerebro.

Con el modelo Parcuve, hemos podido realizar una comprensión exhaustiva acerca de la intervención en trauma. Con cada una de sus fases y componentes detallados, hemos podido contextualizar el abordaje de cualquier intervención en trauma. Los numerosos ejemplos expuestos por el autor de este modelo, Pacheco, nos han permitido reflexionar y comprender más fácilmente algunos conceptos. Además, este modelo no sólo es una técnica, sino también una forma de entender la construcción de la personalidad. Respecto a otros modelos en el tratamiento del trauma, el modelo Parcuve parte de la neurobiología como elemento común para entender los procesos mentales. La mayoría de los modelos de intervención parten de la observación de los fenómenos, pero no explican el origen. En el modelo Parcuve se comprende el "porque" y luego el "cómo". Además, es un modelo muy respetuoso con los procesos mentales de los pacientes, es decir, el paciente hace lo que puede y esto genera unas dinámicas emocionales a las que siguen unas

dinámicas cognitivas. También destaca especialmente las sensaciones desagradables, pues son las que avisan al cerebro de que algo no funciona bien.

Por último, este trabajo, que se centra en un modelo reciente de la intervención en trauma, podrá actuar de guía para posibles modelos futuros, los cuales podrán extraer ideas ya establecidas, así como vincular conceptos previos con otros más recientes.

8-Bibliografía

Crespo, M. et al (2020). CIT, *Cuestionario de Impacto del Trauma*. TEA Ediciones

Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: Cuándo, cómo y para qué. *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.

Hernández, M. (2020). *Apego, disociación y trauma*. Desclée De Brouwer, S.A.

Pitillas, C. (2021). *El daño que se hereda. Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma*. Desclée De Brouwer, S.A.

Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, 20(80), 5-16.

Sescosse, M.G. et al (2015). *INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 18, (3) <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol18num3/Vol18No3Art15.pdf>

Van der Kolk, M.D (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma* (2.^a ed; M.F. Cassals, ed. y trad.). Eleftheria S.L. (Original publicado en 2014)

Villafañe, A. et al (2003, julio). *La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Posttraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson*. Revista Evaluar, 3(1). <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v3.n1.608>