

La Historia Subjetiva del Síntoma: El Lenguaje Secreto del Miedo

Luis Gonçalves Boggio¹

¹ Psicólogo. Magister en
Psicología Clínica. CBT y
Local. Trainer IIBA.
Profesor Adjunto del
Instituto de Psicología
Clínica de la Facultad de
Psicología de la UdelAR..
lgoncalvez@psico.edu.uy

Resumen: Hans Seyle estudiando diversas enfermedades demostró el papel del estrés en la etiología de los padecimientos deletéreos de la salud. En las concepciones modernas de estrés debemos tomar en cuenta el aumento de la carga alostática. A partir de una nueva concepción del sistema nervioso autónomo (el enfoque y la teoría polivagal de S. Porges) los mapas polivagales (D. Dana) nos van a permitir decodificar la historia subjetiva detrás de cada síntoma y el lenguaje secreto del miedo, a partir de un axioma clínico: el miedo termina allí donde comienza la seguridad.

Palabras claves: estrés, carga alostática, teoría polivagal.

A história subjetiva do sintoma: A linguagem secreta do medo

Resumo: Hans Seyle, estudando várias doenças, demonstrou o papel do estresse na etiologia de condições deletérias à saúde. Nas concepções modernas de estresse, devemos levar em conta o aumento da carga alostática. A partir de uma nova concepção do sistema nervoso autónomo (abordagem polivagal e teoria de S. Porges) os mapas polivagais (D. Dana) permitir-nos-ão decodificar a história subjectiva por detrás de cada sintoma e a linguagem secreta do medo, partindo de um axioma clínico: o medo termina onde começa a segurança.

Palavras-chave: estresse, carga alostática, teoria polivagal.

Introducción

Durante años quienes trabajamos en psicología clínica y en psicoterapia corporal como analistas bioenergéticos y analistas reichianos, observamos la sintomatología de los pacientes no como algo central, sino como una consecuencia de los rasgos caracteriales y de los acorazamientos somáticos, sobre los que focalizábamos nuestro abordaje metodológico en dirección a la cura.

Nuestro mentor, el Dr. Alexander Lowen (2005), expuso claramente la relación entre estrés y enfermedad en una conferencia de 1980 (*“El estrés y la enfermedad: un enfoque bioenergético”*), desarrollando una propuesta de prevención de la enfermedad, a través del manejo saludable del estrés desde una perspectiva bioenergética y reichiana.

La sabiduría de esa conferencia, coloca la clave de la salud en vivir plenamente la vida del cuerpo. Vivir la vida del cuerpo implica estar en contacto con los propios sentimientos y ser capaz de expresarlos. Para ello tenemos que sentir nuestros cuerpos procurando disminuir las tensiones musculares crónicas que ponen, a nuestro cuerpo, en un estado permanente de alerta y de tensión. Si esa tensión se prolonga en el tiempo nuestro cuerpo puede, a través de diversos procesos de acorazamiento, disminuir una función (v.g.: la de contacto), y al disminuir una función (v.g.: nuestra respiración), se reduce la energía corporal, lo que predispone al cuerpo a un colapso neurovegetativo.

El sistema nervioso autónomo (SNA) desde el enfoque polivagal

Desde un enfoque más moderno del SNA -la teoría polivagal del Dr. S. Porges (2018)- hemos construido diversos mapas polivagales para poder analizar cómo poder retirarnos de las situaciones de estrés prolongado que terminan enfermándonos, buscando mantener nuestros niveles de energía sin que nuestro SNA se desborde caóticamente o colapse desequilibradamente. Para ello, siguiendo la idea de D. Dana (2019), hemos desarrollado un método cartográfico de los estados de nuestro SNA para poder prevenir los síntomas, y percibir, al mismo tiempo, las situaciones estresantes que, a la larga, destrozan nuestra salud.

Nuestro SNA es un sistema de vigilancia que está buscando permanentemente pistas de seguridad y de inseguridad. Mapea nuestro pasaje por la vida. Primariamente intentamos desenvolvemos usando nuestro sistema vago ventral. Utilizamos estrategias para establecer contacto (compromiso y comunicación social) en un intento de correulación. Es que *“somos seres sociales que necesitamos relaciones fiables y recíprocas en nuestras experiencias de la vida diaria para poder obtener bienestar físico y emocional”* (Gonçalves Boggio, 2019).

Cuando no conseguimos usar la conexión y la comunicación social para asociarnos con otros, nuestro SNA sale de la seguridad del estado vago ventral y se involucra en las respuestas del sistema simpático. El estado simpático aporta estrategias de confrontación (lucha) o evitación (huida) en un intento por solucionar el peligro y regresar a la seguridad de la regulación vago ventral. Este ciclo de reacción y vuelta a la regulación entre estos dos estados autónomos es una experiencia frecuente en el transcurso del día.

Cuando las tácticas de movilización del sistema nervioso simpático no funcionan, damos el último paso atrás en la línea temporal evolutiva hacia el colapso vago dorsal. Entonces, nos desconectamos de nosotros mismos, de los demás y de nuestros recursos internos y externos. Activamos la respuesta de inmovilización vago dorsal, sintiéndonos perdidos e incapaces de encontrar nuestro camino de regreso a la conexión. Para recuperarnos de este estado vago dorsal tenemos que avanzar a lo largo de la línea temporal evolutiva a través de la energía del sistema nervioso simpático para alcanzar la regulación vago ventral. Sin los recursos suficientes (habilidades internas, seguridad del entorno, apoyo social), puede repetirse un patrón de inmovilización-movilización-inmovilización en un bucle autónomo doloroso. El anhelo de alcanzar un estado vago ventral no se cumple y pueden instalarse sentimientos de desesperanza.

Cuando estas estrategias adaptativas no dan como resultado una sensación de conexión, ya sea con uno mismo o con los otros, la repetición del patrón inmovilización-movilización-inmovilización provoca un agotamiento, y el paciente vuelve a buscar la conservación necesaria de energía, a través de la contracción neuromuscular o del colapso vagotónico (Porges y Dana, 2019).

El SNA se configura a través de la experiencia y los patrones autónomos se construyen con el tiempo. En respuesta a las experiencias vamos desarrollando un perfil neuronal personal con patrones habituales de reacción (de conexión, de desafío, de evitación, de colapso). Reconocer estas respuestas y percibir qué patrones se activan en cada situación dilemática es el primer paso en las prácticas del enfoque polivagal. Reconocer dónde está el SNA en cada momento es clave para organizar el trabajo con los pacientes. Este reconocimiento implica que el propio paciente va a estar formulándose y respondiendo neuroceptivamente la siguiente pregunta: *“¿esto es seguro o es inseguro para mí?”*. La respuesta a dicha pregunta lo va a colocar, a la hora del trabajar con el trauma a lo largo de la sesión, dentro o fuera de su ventana de tolerancia (su zona de activación óptima).

Cuando el sistema se ha movido hacia la desregulación vago dorsal o al estado simpático, el cuerpo y el cerebro han sido “secuestrados” por sistemas defensivos y se mantienen en un estado de supervivencia. Quien ha estado afectado por una situación traumática y ha desarrollado TEPT está desconectado de la sabiduría del SNA, ya que el trauma desbalancea el SNA: lo desequilibra y lo bloquea.

Desde el enfoque polivagal buscaremos tener respuestas flexibles frente a las situaciones estresantes y traumáticas.

A los pacientes les vamos a preguntar a través de mapas: *“¿dónde está tu SNA?”* Y vamos a rastrear los cambios de estado (vago dorsal, simpático y vago ventral)

Los mapas polivagales son una herramienta poderosa para crear el hábito de saber dónde estamos en nuestro SNA, en este sentido son un ancla enraizante y una brújula orientadora.

Estrés: carga alostática y enfermedad

¿Cuál es la diferencia entre la concepción de estrés de H. Selye y una concepción más actualizada?

Para enfrentar los crecientes grados de estrés contemporáneo tendremos que aprender a lidiar con la carga alostática.

A diferencia de la homeostasis (*hómoios, a, on*: semejante de la misma naturaleza / *stásis*: estable) que es la necesidad de un organismo de mantener un estado interno estable (temperatura del cuerpo, equilibrio ácido-base, contenido de oxígeno en sangre, cantidad de oxígeno que llega al cerebro, etc.), la alostasis (*allos*: variable) ayuda a mantener al cuerpo estable, pero en el contexto de circunstancias que cambian constantemente, ayudando al cuerpo a reaccionar adaptativamente en el medio de la incertidumbre.

El concepto de carga alostática es importante para entender la paradoja vagal de nuestro SNA. Nos arriesgamos a afirmar que el concepto moderno de estrés de H. Selye y su relación con la homeostasis, previamente definida por C. Bernard en el siglo XIX, han quedado, en parte, obsoletos.

La reacción simpática de lucha o fuga para lidiar con el estrés y/o el colapso parasimpaticotónico del estado vago dorsal no previenen necesariamente los niveles de estrés crónico que estamos desarrollando en lo contemporáneo, y han sido tan claramente definidos por el filósofo coreano B. C. Han (2012, 2014, 2016). La sociedad del cansancio y del rendimiento, nos está llevando a desarrollar niveles de estrés y estados crecientes de sobrecarga que están haciendo insustentables nuestras temporalidades, ritmos y rituales cotidianos. Estamos perdiendo “el aroma del tiempo” a partir de la ilusión narcisista de poder lidiar con estados totales de sobrecarga y de “hiperconexión”.

En un bello texto sobre la sociedad paliativa Han (2022) introduce el concepto de la algofobia: el miedo al dolor y al sufrimiento. La algofobia ya generalizada en nuestras sociedades evita todo estado doloroso desde una anestesia permanente. Hasta las penas de amor se evitan y resultan sospechosas de dolorosas confrontaciones, por lo que la disminución de las pasiones se extiende al ámbito social y político, perdiéndose toda posibilidad de vitalidad. Así, la emergencia de una psicología y una medicina positiva apuestan a proporcionar felicidad a través de promesas de oasis de bienestar, creados a base de medicamentos, pero también de

opioides digitales. La búsqueda permanente del *like* es el analizador de una búsqueda narcisista y delirante de una complacencia vincular, social y hasta política. El dolor es interpretado como un síntoma de debilidad. Nada debe doler. Todo (el arte, la política, la vida misma), se alisa, se simplifica y se pule hasta que resulte agradable. Ya sea en una búsqueda de analgesia del presente o en una obligación infantilizadora de ser feliz, todo debe poder subirse a Instagram o a Tik tok. El dispositivo de felicidad neoliberal aísla y desconecta a las personas, obligándolas a ocuparse a cada una de sí misma, despolitizando así la sociedad, en una cada vez más evidente pérdida de la solidaridad y del apoyo mutuo. Todo se despolitiza y puede tener como destino un asunto médico o psicológico a tratar. Los psicofármacos (analgésicos, opioides, hipnóticos, benzodiacepinas, ISRS, y un largo etc.) prescriptos masivamente ocultan las situaciones sociales causantes del dolor.

El cansancio es la mejor profilaxis contra toda revolución, incluso la deseante, y tiene como efecto más visible la absolutización de la sobrevivencia. Si bien los dolores se basan en distintas formas de violencia, más allá de las evidentes y tortuosas formas de violencia que infligen dolor, el compulsivo sujeto del rendimiento se inflinge violencia hacia sí mismo. En una guerra voluntaria contra sí mismo, que lo hace oscilar permanentemente entre los estados simpáticos y vago dorsales, el estado de alerta y los dolores crónicos lo colocan al borde del derrumbe. La oscilación y la superposición que vemos en la clínica de los estados ansiosos y depresivos es el síntoma más claro de ello. Por más que a través del consumo de psicofármacos se busque evitarlo (teniendo una vida sin sentido pero sin sentirlo) lo que duele no es otra cosa que el persistente sinsentido de la vida misma.

Una de las paradojas que encontramos en la clínica contemporáneas es que cada vez se sufre más por cada vez menos: para la “generación de cristal” los dolores insignificantes devienen cada vez más insoportables. Pero no se puede vivir ni amar sin dolor. El dolor es vínculo, diferencia, distancia y realidad afirma Han (2022) en el capítulo de “El dolor como verdad”. La ilusión de una felicidad permanente o de una vida indolora (como lo señala la exquisita canción Soledad de Jorge Drexler) es antagónica a la vida humana. El dolor es vida. La vida indolora es una vida de muertos vivientes luchando por la sobrevivencia.

Una de las problemáticas que encontramos subyacentes en los crecientes trastornos de ansiedad de la consulta clínica es: ¿cómo podemos al mismo tiempo querer controlar los acontecimientos externos, anulando nuestras reacciones instintivas e involuntarias de nuestro cuerpo? No podemos. Visto de esta forma, el estrés contemporáneo es un enemigo que no podemos ni enfrentar, ni evitar. Y como concluye A. Lowen (2005), al final de la conferencia citada de 1980: *“Luchamos contra un destino que se vuelve más inevitable a medida que*



intentamos evitarlo. Realmente somos nosotros quienes creamos esas situaciones estresantes que a la larga nos destrozan” (p. 51).

El estado narcisista *hyper* moderno (“*tengo que*”) tiene una contracara: el estado depresivo *hypo* (“*no puedo*”). Son dos caras de una misma moneda. Al intentar acompañar el ritmo cada vez más vertiginoso de la vida, en la lucha por no perder lo conquistado, vamos desarrollando, progresiva y gradualmente, un sentimiento de insuficiencia que se transforma en incapacidad y depresión (Ehrenberg, 2000). Cuando las cosas llegan a este punto, lejos de afirmarnos vitalmente, nos hemos fragilizado en un estrés total. Salvo que queramos vivir “a contramano de la vida”, no precisamos llegar e instalar en nuestros cuerpos un estrés total. Para ello tenemos que entender al estrés como algo inmanente a la vida, como la presión que la vida ejerce sobre nosotros y cómo esa presión nos hace sentir. No hay vida sin estrés.

La gran paradoja contemporánea es que, si bien el estrés nos protege en condiciones agudas, cuando está activado crónicamente puede causarnos mucho daño y acelerar enfermedades. No es inevitable que el propio sistema planeado filogenéticamente para protegernos se torne, él mismo, una amenaza. Cuando estamos asediados, al punto de que el sistema de reacción al estrés se vuelve contra nosotros, estamos frente a una carga alostática. Nuestro cuerpo se prepara para lidiar a través de métodos rápidos con el peligro creciente, con el objetivo de mantener un estado interno estable (homeostasis). Los sistemas alostáticos nos ayudan a mantener el cuerpo estable a través de la neurocepción de tener que lidiar con el desarrollo de nuestra capacidad de cambiar adaptativamente.

En lo contemporáneo estamos obligados a cambiar de forma permanentemente, cuando no instantáneamente. La alostasis es producida por un complejo sistema de comunicación. Nuestro SNA percibe neuroceptivamente una situación nueva amenazadora y nuestro sistema endócrino (principalmente las glándulas adrenales) se activan junto al sistema inmunológico para la defensa interna. La alostasis, en primera instancia, organiza una respuesta de lucha o fuga, porque llevada al extremo, nos prepara justamente para estas dos eventualidades. Lleva el máximo de energía a las partes del cuerpo que más precisan de ella (por ejemplo, los músculos).

La respiración se acelera para traer más oxígeno. La frecuencia cardíaca se eleva para cargar ese oxígeno a través del flujo sanguíneo hasta los músculos principales (por ejemplo, el psoas ilíaco conectado a los grandes músculos de nuestras piernas). Los vasos sanguíneos de la piel se contraen, para que, en caso de heridas, haya un mínimo de pérdida de sangre posible. Para ofrecer combustible suficiente para el esfuerzo, nuestras glándulas liquidan nuestro stock de carbohidratos en el azúcar de la sangre, etc. En situaciones de estrés agudo nuestro sistema inmunológico también puede verse envuelto, intensificándose. Las células blancas, que combaten las infecciones, se prenden a las paredes de los vasos sanguíneos, prontas para partir



en la dirección de aquellas partes del cuerpo que fuesen atacadas y heridas. Si esa situación de estrés se prolonga en exceso, la reacción inmunológica es refrenada en favor de los sistemas primarios (el corazón y los pulmones) que precisan más energía. El sistema queda prendido (ligado) permanentemente en “on” sin poder aplicar el “stop”.

La carga alostática es el daño que la reacción alostática causa cuando funciona de una manera inapropiada. ¿Cuándo funciona mal la carga alostática?

- Cuando no se desliga (no usamos el freno vagal) en el momento correcto.
- Cuando no se puede adaptar flexible o creativamente, a un acontecimiento novedoso, disruptivo o repetitivo.
- Cuando, repetida, inapropiada y crónicamente se activan los principales sistemas del cuerpo, haciendo que éstos se vuelvan contra sí mismos y finalmente fallen.

La carga alostática funciona mal cuando el propio sistema organizado para protegernos comienza a causar desgaste. Es cuando tenemos más posibilidades que un proceso biopático se establezca por una desregulación del SNA, ya sea por una hiper activación del estado simpático o del estado vago dorsal.

Además de las causas y del piso genético que puede ser activado por un evento traumatogénico, consideramos que hay cuatro variables fundamentales, que tienen que estar presentes para que una situación traumática devenga luego en síntoma, trastorno, síndrome o biopatía:

- Lo dramático: algo estresante rompe nuestro equilibrio neurovegetativo, energético y emocional, y desborda nuestra capacidad de afrontamiento de nuestro SNA.
- Lo disruptivo: una sorpresa desagradable e inesperada para la cual no se está preparado e implica “un antes y un después” en nuestra vida. Cuanto mayor sea el grado de irreversibilidad de esta fragmentación en nuestra vida cotidiana mayor será el impacto deletéreo.
- El desamparo: la ausencia de figuras rescatadoras que pudieran sostenernos en el evento traumatogénico o en los momentos posteriores al mismo. Esa ausencia tiene como efecto principal el hecho de vivir aislados o en soledad el trauma, y puede estar reforzada por la inducción al silencio emocional/familiar/social que nos desconecta de nuestros sentimientos, afectos y sensaciones, marginalizándolos de nuestra consciencia.
- La no solución satisfactoria y duradera de un conflicto o de una situación traumática que se prolonga en el tiempo y al que no se le encuentra solución.

Cuando un paciente nos trae como motivo de consulta un síntoma, o un conjunto de síntomas (un síndrome), un mapa que podemos trabajar, parte de la pregunta: “¿qué cree que lo dejó frágil y vulnerable e hizo que ese síntoma apareciera?”.

La mayoría de las personas lo sabe y puede responder a esa pregunta asociándola a un evento traumatogénico o traumático. Ya sea una semana antes, un mes, o seis meses atrás, algo aconteció y generó un fuerte efecto de atravesamiento en su SNA, en su psiquismo, a nivel energético-emocional, y a nivel relacional y/o social. Quizás esa situación que produjo inicialmente un impacto y no pudo ser elaborada o co-metabolizada con otros tuvo que ser disociada o marginalizada del territorio existencial del paciente por falta de recursos internos y/o externos (apoyos y soportes). Aun así, la mayoría de las veces, la enfermedad viene para decirnos, a través del lenguaje en que se expresan nuestros órganos (Schnake, 2007): “¡actúa, haz algo!”. O, por el contrario: “¡detente, deja de hacer las cosas como las estás haciendo!”.

El síntoma puede condensar fragmentos de experiencias traumáticas que se manifiestan en un lenguaje somático nuclear que expresa nuestros miedos más profundos, y esconde un trauma pendiente de resolver, a veces de nuestra vida temprana o de nuestra historia familiar, y que afecta inconscientemente nuestra salud y nuestro bienestar (Wolynn, 2016).

Partiendo de la base de que la pregunta ¿por qué? nos lleva a indagar causas que, generalmente, son difíciles de afinar -porque la mayoría de los fenómenos son policausales-, la pregunta con la que nos proponemos trabajar la cartografía sintomática es: ¿para qué?

¿Para qué enfermamos?

Dicho en forma simple, el cuerpo se enferma para decirnos que hay cosas que hacemos y con las que tomamos contacto, que nos hacen mal, y nos hacen perder el equilibrio (Dethlefsen y Dahlke, 1996; Dahlke, 2002). El cuerpo es un campo informativo y normalmente la enfermedad no basta para “matarnos”, sino que aparece para protegernos, para que podamos cambiar algo. Carl Jung (1991), en su teoría sobre la sombra dijo que la enfermedad nació para curar al hombre.

Mientras estoy enfermo puedo detenerme y preguntarme: ¿qué necesito? ¿Cómo me alimento (você tem fome de quê)? ¿Qué de lo que necesito puedo incorporar a mi vida? ¿Cómo me relaciono con los demás? ¿Cómo puedo cuidar de mí? ¿Cómo me gustaría ser cuidado? ¿Qué implicó -históricamente- ser cuidado en mi familia?

El dolor, la enfermedad o la somatización pueden ocurrir por numerosas razones. Suele ser una señal de que algo no está bien. Sin embargo, a veces el dolor puede persistir más allá de lo que se considera funcional. A largo plazo, el dolor puede causar cambios en el sistema



nervioso tendiendo a cronificarse. De alguna manera, el dolor continúa porque “se ha bloqueado” en el sistema nervioso.

En la consulta clínica de psicología corporal vemos un aumento de los pacientes que se quejan de dolor y/o enfermedades recurrentes. Aunque previamente recurrieron a numerosos tratamientos médicos, con poca o ninguna remisión de los síntomas, llegan a nuestra consulta casi sin palabras. Los ejemplos de los trastornos somáticos que hemos visto en los últimos años son innumerables: quejas del aparato sexual femenino (dispareunia, anorgasmia, vaginismo), síndrome del intestino irritable, gastritis y úlceras nerviosas, constipación y diarreas, artritis reumatoidea, lupus, distrofia muscular, esclerosis múltiple, fibromialgia, síndrome de dolor complejo regional (CSD), distonía y debilidad muscular, pérdida repentina de audición, tinnitus, vértigo, aumento o pérdida de peso después de un evento traumático no asociado, hiper e hipo tiroidismo, migrañas y hemicráneas, síndrome de Arnold, dolores lumbares múltiples (hernias de disco, protusiones, ciática), pubalgias, gastritis, hipertensión emocional, hiperglucemia, eccemas y dermatitis atópicas, palpitaciones y arritmias, etc.

En todos los casos, en una primera instancia, tenemos que tratar de buscar lo que el cuerpo del paciente comunica a través de la enfermedad, para, en una segunda instancia, estimular el sistema nervioso para ayudar a cambiar las respuestas al dolor y la sintomatología (de etiología desconocida).

La historia subjetiva del síntoma

El síntoma tiene una historia subjetiva. Puede estar asociado a un acontecimiento traumático o no.

Cada síntoma porta un dolor (un padecimiento, un sufrimiento). El dolor físico es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño real o potencial de los tejidos. Es una experiencia personal y subjetiva y solo lo conocemos a partir de la comunicación de aquel que lo sufre. Se espera que ese dolor desaparezca una vez que se resuelve el problema que lo causó. Aunque generalmente persiste si su causa es desconocida y el único tratamiento es la medicación.

El dolor psíquico emerge a partir de la experiencia única de cada sujeto. El dolor tiene una historia. El sujeto es portador de una historia, de creencias y motivaciones anteriores asociadas a un estado neurovegetativo, físico, energético y emocional del momento, en donde sucede un evento traumático que puede dejar una marca.

Una paciente que sufrió tanto dolor cuando nació y a lo largo de sus primeros años de vida, creó una defensa para no sentir dolor. Ya no siente dolor en función de la coraza que creó,



pero tampoco puede sentir placer y casi ninguna emoción. Al no sentir dolor está expuesta a muchos más peligros que el resto, ya que el dolor (al igual que el miedo) funciona como un proceso de alarma importantísimo.

El dolor físico puede ser transitorio, agudo, crónico o neuropático. Cuando es transitorio dura algunos momentos y luego desaparece. Cuando es agudo es consecuencia de una lesión traumática, quirúrgica o infecciosa, de inicio súbito y de duración rápida. Cuando es crónico deriva de procesos traumáticos de larga duración, pudiendo ser causado por una enfermedad crónica, o de difícil manejo luego de un trauma o de una cirugía, por ejemplo. Cuando es neuropático deriva de lesiones o compresiones del SNC o periférico, y puede ser experimentado por varias sensaciones desagradables, que muchas veces impiden momentos de ajénidad de sí mismo. El dolor crónico nos confina en un estado vago dorsal.

Todo dolor físico puede tener un correlato emocional. Las heridas emocionales descritas por Lise Bourbeau (2015): rechazo, abandono, humillación, traición e injusticia, son estructurantes de nuestro carácter, a tal punto que nuestros problemas de orden físico y mental son consecuencia de estas cinco heridas que sufrimos en nuestra infancia. Cuando no sabemos lidiar con ellas creamos máscaras para esconderlas, creyendo que nadie las va a ver. Con el pasar y el correr del tiempo, si no revisamos nuestra historia en procesos analíticos, esas heridas se enquistan, se tornan más profundas y terminan repercutiendo en nuestros vínculos (en la forma de relacionarnos, de amar), y en nuestro bienestar. Si no reparamos esas heridas terminan distanciándonos de quienes somos en realidad.

Las somatizaciones también pueden ser conceptualizadas como formas de funcionamiento pre verbales, siendo una regresión a un tiempo en donde las comunicaciones no verbales hacían parte de la relación del bebé con el medio ambiente. La constelación maternal y el mundo interpersonal del infante de los primeros meses de vida se dan en un contexto pre-verbal, en una atmósfera pre-lingüística. La primera comunicación que acontece entre la madre y el bebé es no verbal. En el cuerpo del bebé, con todas las percepciones sensoriales que recibe de las comunicaciones ambientales, las situaciones traumáticas tempranas (intra o extra uterinas) dejan una marca junto a los patrones de apego disfuncionales (Heller y LaPierre, 2017).

Nuestra necesidad de un apego seguro nunca disminuye (Di Bártolo, 2016). De adultos sentimos la necesidad de encontrar un lugar en la comunidad de seres humanos. Hay personas que solo pueden relacionarse con los otros a través de causas judiciales o a través de una enfermedad, a través de peleas de pareja o de familia. Bessel van der Kolk (2017), el mayor investigador sobre trauma en lo contemporáneo, dice que estas batallas son preferibles a cualquier sensación de desolación, irrelevancia o alienación. Para este autor e investigador los



síntomas somáticos sin una causa física clara son más comunes en niños y adultos traumatizados. Pone como ejemplo de sus investigaciones los dolores de cabeza y de cuello, la fibromialgia, las jaquecas, el síndrome de colon irritable, la fatiga crónica y algunas formas de asma. El índice de asma en pacientes traumatizados es 50 veces mayor que en personas no traumatizadas. El estrés, el miedo, la culpa, el resentimiento y la resignación nos predisponen a la somatización. La somatización es consecuencia de una perturbación de nuestro SNA, que impacta en nuestro sistema neurológico y psíquico, afectando posteriormente nuestro sistema inmunológico y alterando finalmente nuestro sistema endócrino, produciendo allí la somatización.

Cuando no conseguimos elaborar y resignificar nuestras emociones (dándole sentido a una experiencia traumática) nuestro organismo puede colapsar. El sistema psíquico (mente) avisa a nuestro sistema neurológico (cerebro) que hay algo errado, y se activa nuestro sistema inmunológico (nuestro sistema de defensa biofísico) que termina comunicando al sistema endocrinológico el problema, dando como resultado la alteración de nuestro organismo a través del proceso de enfermar (Fosha, 2019). Los factores emocionales de este enfermar refieren a los efectos nocivos de excesivas emociones sobre los órganos. Muchos pacientes no tienen un acceso profundo a estas emociones, las expresan muy imprecisamente, no consiguen traducirlas en palabras y, por lo tanto, terminan expresándose a través del lenguaje corporal de la somatización (Fosha, Siegel, et al., 2016).

El SNA interactúa con el medio ambiente, interpreta los mensajes y los archiva en forma energética a través de las neurocepciones, que van a dar lugar, a posteriori, a las percepciones (siguiendo las principales hipótesis de la teoría polivagal). Nuestros estados neurovegetativos preceden a nuestras percepciones y a nuestras narrativas. Nuestra mente narra lo que nuestro SNA ya sabe.

Los estados emocionales son desencadenantes, de por sí, de una serie de alteraciones bioquímicas de nuestro organismo que afectan directamente nuestras condiciones inmunológicas.

Nuestro cuerpo tiene una memoria celular, biofísica y una memoria emocional que archiva y guarda las memorias traumáticas (incluso desde el parto y la fase intrauterina). La memoria no está exclusivamente en nuestro cerebro.

Si le hacemos una adecuada entrevista a una persona con cáncer, por ejemplo, y le preguntamos por qué cree que enfermó, quizás el 90% sepa e incluso mencione el detonante: *“fue cuando me despidieron”, “todo empezó cuando mi marido se fue de casa”,* etc.

Si hacemos la entrevista adecuada y le preguntamos a la persona por qué se enfermó o cómo se curó, ella lo sabrá. Solo que el clínico muchas veces es renuente a tomar contacto con

el registro emocional del paciente. Con la pregunta del *para qué* se puede profundizar aun más. Al trabajar y darse cuenta de que la enfermedad y los síntomas suelen tener una función, al analizar el beneficio secundario del síntoma, se impone reflexionar: “¿a qué me obliga el síntoma?”, “¿qué me obliga a hacer y qué me impide hacer?”. En esta reflexión podemos obtener muchas respuestas que le dan sentido al *para qué enfermamos*.

A veces, las personas enferman porque necesitan detenerse. En esos casos, o entienden el lenguaje sutil del cuerpo, o el cuerpo creará más y más enfermedades. Durante el tiempo de la enfermedad es importante indagar en el *para qué*. Para ello podemos preguntarle a la persona qué le está obligando a hacer la enfermedad: “¿qué te obliga a hacer o a dejar de hacer este síntoma?”. Generalmente los pacientes responden con una primera asociación: “volví a cuidarme”, “pude volver a descansar”, “pude prestar atención a mi vida y no tanto a la de los otros”, etc.

Uno de los problemas es cuando los efectos del cuidado que provoca la enfermedad no son duraderos, ya que las personas olvidan la enseñanza y vuelven a las mismas rutinas que tenían antes. Cometan los mismos errores, enferman una segunda vez y, en casos graves, pueden incluso morir, porque el síntoma y el órgano se curaron, pero no el sistema interno. Es importante hacer consciente con los pacientes que somos los autores de nuestra propia historia, y que la misma funciona en una red de encuentros y desencuentros vitales.

Al momento de enfermar, generalmente se producen una serie de eventos al mismo tiempo, conscientes o inconscientes, internos o externos, que crearon un caldo de cultivo que desorganiza lo organizado. En las enfermedades autoinmunes, por ejemplo, algo dejó de funcionar (colapso vago dorsal) o funciona mal y el propio organismo se vuelve en contra de sí (defensa simpaticotónica de lucha). Estar asustado es estar en un cuerpo siempre en guardia, en un cuerpo rabioso (estado simpaticotónico). El cuerpo de los niños que sufrieron abuso sexual están siempre tensos y a la defensiva, hasta que encuentran un medio para relajarse y sentirse seguros. Una persona que sufrió de abuso sexual en su infancia enfrenta siempre un dilema: al mismo tiempo que ansía desesperadamente el contacto y el amparo humano, se aterroriza con la perspectiva del contacto físico. Si no puede restituirse en el contacto físico, esta necesidad va a derivar en conductas compulsivas (por ejemplo: consumo desenfrenado de alcohol, drogas, sexo, etc.).

Para el psicoterapeuta es muy importante, en la anamnesis clínica, poder saber quién es la persona, qué la llevó a enfermarse y cómo se comportará durante la enfermedad. Es imprescindible entender el contexto: cómo se cuida, qué relación tiene con su cuerpo, con la vitalidad, con la energía sexual, cómo actúa en los momentos de estrés, y, por otro lado, cómo compensa o equilibra estos momentos.



El lenguaje secreto del miedo

El objetivo de los mapas polivagales orientados al trabajo con la enfermedad posibilita entender el lenguaje de los síntomas y de las somatizaciones.

Un axioma clínico con el que trabajamos es que el miedo tiene un lenguaje, muchas veces, secreto. Uno de ellos es el del trauma inter y/o transgeneracional. Los efectos del trauma pueden transmitirse de una generación a la siguiente, a veces dentro de la propia familia. El dolor padecido por generaciones muchas veces no se disuelve ni se reduce con el tiempo. Aunque la persona que sufrió el trauma primitivo haya muerto, aunque su historia haya quedado sumergida en años de silencio, pueden perdurar fragmentos de las vivencias, de los recuerdos y de las sensaciones corporales, como si quisieran prolongar su existencia desde el pasado, para resolverse en las mentes y cuerpos de los que viven en el presente. Esto implica que aquello que consideramos nuestra historia personal está fuertemente atravesada por la historia de nuestros progenitores, abuelos e incluso bisabuelos. Identificar las pautas familiares heredadas a lo largo de múltiples generaciones, los miedos (sentimientos y conductas) que hemos adoptado y se mantienen vivos sin saberlo de generación en generación, es uno de los pasos más importante para romper con el círculo vicioso de sufrimiento.

El tomar prestado de otros miembros de nuestra historia familiar estos retazos de traumas, puede tener un objetivo terapéutico: que pueda salir a luz una historia que se pueda contar. Y con este fin, visibilizar y enunciar -y por qué no cambiar- una relación de fuerzas y de poder, para poder atravesar el lenguaje secreto del miedo. De no hacerlo, este lenguaje medroso encarnado de traumas (con su singular historia familiar) puede ser la principal fuente de producción de síntomas y de trastornos en la salud. Es innegable, nos guste o no, que la historia de nuestra familia es nuestra historia. Reside en nosotros, nos habita. No podemos deshacernos de nuestros padres, o sí podemos, pero no de nuestras imago paternas que portamos y que nos acompañan adonde vayamos. En este sentido, el trabajo con nuestra historia familiar va a estar centrado no tanto en el qué veo y qué no veo (o no quiero ver) sino en cómo lo veo.

Un paciente, que también es colega, al cerrar el proceso psicoterapéutico me decía: *“mi vínculo con mi madre estaba tan roto, y ella era tan invasiva, que cuando ella me abrazaba yo sentía como si hubiera caído en una trampa para osos. Sus patrones invasivos eran tan jodidos que cuanto más tiempo pasaba mi madre tocándome y abrazándome, más me creía a punto de estallar. Hasta sus roces me producían dolor físico. Mi cuerpo se fue tensando creando una caparazón y una armadura que ella no fuera capaz de atravesar. Así durante años pasaba del dolor a la insensibilidad y de la insensibilidad al dolor, ya que las heridas que había dejado*



afectaban a todos los aspectos de mi vida, sobre todo a mi capacidad para mantenerme abierto en una relación de pareja. Solo con varios años de psicoterapia corporal, y luego de haber pasado por varias terapias fallidas, empecé a ablandarme y dejar salir todo ese dolor que estaba profundamente sepultado, y solo accedía a través de la respiración profunda. La seguridad y la confianza que comencé a adquirir en nuestro vínculo psicoterapéutico, a través de otra forma de ser mirado, de ser escuchado, tocado y cuidado, fue clave para sanar el vínculo con mi madre. Por otra parte, había anhelado, desde siempre, tener una relación más estrecha con mi padre, pero ni él ni yo habíamos sabido cómo hacerlo. Mi madre siempre interfirió para que ello no sucediese. Cuando fui trabajando contigo, y a través de nuestro vínculo ese anhelo, pude contactar que los dos (mi papá y yo) teníamos dentro un gran dolor acumulado. Cuando pude encontrarme desde otro lugar que no fuera ni el remordimiento ni el resentimiento con mis padres, algo se rompió y se abrió, más bien se derritió: eran nuestros corazones. Una de las veces que almorzamos juntos, mi papá me miró y me dijo: “nunca pensé que me quisieras”. Me quedé casi sin poder respirar, pero luego mi corazón se abrió y tuve una sensación de que algo en mí estaba explotando de felicidad. Eran nuestros corazones vibrando. Esa frase fue el gatillo y el comienzo de expresarnos el amor mutuo abiertamente. A partir de allí pude ver que quizás las sensaciones de pérdidas, de desamparo y de abandono que siempre sentí, contribuyeron a forjar en nosotros un lenguaje de miedo: ambos nos sentíamos solos, desvalidos, arruinados y “rotos”. En el proceso de psicoterapia también aprendí que para curarse de un trauma debemos sintonizar con nuestro ritmo. Esto implica que las palabras que nos consuelan no lleguen demasiado pronto sin que estemos preparados para asumirlas; las palabras que no tienen precisión quizás no las oigamos o no sintonicemos con ellas, para nada. Igualmente, si llegamos a una imagen traumática con demasiado precipitación puede ser reatraumatizante, o una imagen curativa puede que no se arraigue. Desde que tengo uso de la razón y que tengo memoria he hecho terapia, pero fue recién en ésta que, poco a poco, comencé a sentir una sensación de mayor libertad en mi cuerpo y desarrollé la capacidad de estar en paz conmigo y con los otros”.

A nivel clínico, en psicología, el miedo se clasifica como una emoción primaria o básica junto a la alegría, la tristeza, el enfado, la sorpresa, la rabia.

El miedo no es una emoción mala o negativa. Es una emoción vital, como el resto, y nos sirve como advertencia de lo que puede ser potencialmente peligroso en nuestras vidas.

El miedo nos ayuda a activar el sistema de alerta psicológico y biológico, a través de la activación del eje hipotálamo-pituitario-renal. La emoción del miedo es muy biológica y autopoietica: sigue la lógica de la vida.

Cuando tenemos miedo es porque nuestras glándulas suprarrenales liberan cortisol y nos hace sentirlo como una emoción física. Podemos congelarnos, tener temblores, sudoración. Todo depende del grado de miedo que, al tener una forma orgánica de expresión, determina si lo que tenemos frente a nosotros es peligroso o no.

Un factor importante a tener en cuenta es que las personas y los animales sienten el miedo de manera diferente. Los animales suelen estar aterrados de las cosas reales y concretas: una gacela le teme a un león, un ratón le teme a un gato. El miedo en los animales —ya sean más primitivos o más desarrollados, como los mamíferos que comparten con nosotros el sistema límbico (que regula las emociones)—, es natural y necesario para la supervivencia. En los humanos el miedo es más complejo porque desarrollamos muchos temores que no son reales o que, desajustados y/o amplificadas, están fuera de lugar. Cuando nuestro miedo es desproporcionado, puede perpetuarse en el tiempo y activarse en situaciones similares, o que identificamos como tal. Así puede crearse un terror aún mayor en el organismo y un cansancio acumulativo que genera una sensación de inseguridad y de ansiedad. A nivel corporal, mental y relacional, la sensación de seguridad en estados de alta ansiedad se reduce enormemente.

El miedo termina donde comienza la seguridad

Durante unos años trabajé con mujeres maltratadas. De ellas aprendí que mientras se sienten víctimas, y más se perpetúan en esta posición pasiva, es cuando más miedo tienen. En el momento en que son capaces de enraizarse, de fortalecerse, de aumentar su tono muscular, entonces, comienzan a desintensificar el miedo, dejan de ser víctimas y pueden liberarse de un vínculo violento. Energéticamente se produce un cambio y la víctima deja de ser una “presa fácil”, por lo tanto, los agresores también dejan de perseguirla. Parece mágico, pero no lo es.

El miedo es un modulador y tiene la función de regularnos. A partir de la pregunta neuroceptiva: “¿me siento seguro o inseguro? (en esta situación, con esta(s) persona(s), en este lugar, en este momento), se desprenden otras preguntas: “¿cómo debo actuar? ¿hacia dónde debo ir? ¿qué (no) debo hacer para preservar mi/nuestra integridad?”

Si mi SNA no está bien regulado o no está en sintonía con la realidad (el trauma desregula) surge la confusión y la ansiedad.

La ansiedad es una sofisticación del miedo; el miedo es primario, la ansiedad es secundaria. La ansiedad, en un grado mayor, se convierte en ataques de pánico, en TAG o en TOC. Las personas con TOC desarrollan rituales de seguridad y fobias para evitar el miedo o incluso evitar tener miedo al miedo. Es uno de los trastornos más limitantes.



Associação Latino-Americana de Estudos em Psicologia Corporal

El miedo bien utilizado en los seres humanos es un modulador entre el interior y el exterior. Pero cuando oscila permanentemente entre los estados simpático y vago dorsal es una interferencia para la vida.

Todos los días tomamos decisiones pequeñas y grandes: qué ponernos, con quién hablar, si nos importa algo o no, si nos vamos o nos quedamos; en función de cuánto interfiera el miedo en nuestra vida, podremos tener un día enérgico y productivo (estado vago ventral) o un día de total apatía en el que simplemente sobrevivimos (estado vago dorsal).

En lo contemporáneo vivimos con más miedos. Antes, se podía tener miedo a cosas muy concretas, pero ahora, la cantidad de problemas que pueden causar interferencias son tantos que las personas tienden a convertir estos temores en obsesiones y compulsiones. Como resultado de tantos estímulos, los pacientes se sienten bombardeados. En el pasado esto no era una queja común, aunque sí el miedo estaba referido a las figuras de autoridad y a lo económico (v.g.: miedo al padre, miedo al jefe o miedo a no tener dinero, cosas que todavía aun tenemos). Pero los miedos contemporáneos están referidos a toda una parafernalia sofisticada de formas.

En la consulta de la pandemia vimos un aumento creciente del miedo a las noticias, pero también a quedarnos desconectados sin internet, a que nos roben o perdamos el teléfono móvil. Miedo a engordar o que se nos caiga el cabello, miedo de no tener tiempo para interactuar saludablemente con nuestros niños. Miedo a no estar a la altura de lo requerido socialmente. Miedo a perder el estatus que tanto trabajo nos costó adquirir. Miedo a no poder llevar un plato de comida a la mesa, y un largo e interminable etcétera.

En resumen: hoy en día todo nos da miedo. En este contexto aumenta el miedo porque nos sentimos menos seguros, y por lo tanto, somos menos libres que nunca. Somos los arquitectos de nuestro propio cautiverio: podemos estar en una jaula dorada llena de lujos, pero sin tiempo. Con la presión extenuante de ser un padre lo suficientemente bueno y además un mejor profesional, un mejor amante, con el miedo de no saber lo suficiente en la academia, de no ser lo suficientemente interesante en lo social y cultural, de no ser lo necesariamente competente en lo profesional, etc. Uno de los miedos más recurrentes que vemos en la clínica es el de *“quedar para atrás”*, como consecuencia de ser superados por la vertiginosidad y la irreversibilidad de los cambios tecnológicos que nos obligan a cambiar de forma permanentemente, cuando no instantáneamente.

Quienes no pueden cumplir con las pautas determinadas por la sociedad se vuelven inseguros. La inseguridad sobrecarga el SNA, al mismo tiempo que disminuye las opciones y, por lo tanto, debilita la auto-estima.

Cuando los pacientes consultan por un síntoma o malestar pero no identifican el sentimiento que hay detrás se impone la pregunta: “¿de qué tiene miedo?”. Hay veces que llegamos a esta pregunta luego de interrogarse sobre qué le duele y qué le produce dolor. El dolor proviene de un “entre”.

En la anamnesis clínica buscamos realizar un diagnóstico sintomatológico apuntando a entender qué es lo que teme esa persona: ¿ser abandonado? ¿ser maltratado? ¿fallar? ¿ser traicionado?

En muchas ocasiones sabemos a qué se le teme. Se tiene la sensación del miedo, pero no se llega a hacer la conexión con el contenido ni con el significado implícito en el miedo. Otras veces sí se sabe, pero para compartir los miedos, se tiene que hacer con alguien en quien se confíe.

Para observar los temores cuando no son reales, es necesario no solo comprender, sino también replantear y reorganizar el cuerpo (Keleman, 1992). Para ello usamos las cartografías polivagales (los mapas polivagales unidos a ejercicios bioenergéticos), dándole tiempo al cuerpo para que se acostumbre a experimentar nuevas sensaciones. Los mapas son una herramienta preciosa para dialogar, respirar, tomar un descanso, en un contexto seguro. Nos van a permitir aumentar la auto observación, y de allí crece potencialmente el auto cuidado y la auto estima (vago ventral). Son una pausa en el camino que nos va a permitir crear, no necesariamente un nuevo camino, pero sí una nueva forma de caminar.

Un paciente muy activamente funcional, al irse de vacaciones tuvo una serie de síntomas diferentes, sin saber cómo explicarlos y en absoluto desconcierto. Primero tuvo un embotamiento tal que se olvidó de todas sus contraseñas. Este episodio le produjo una gran acidez gástrica que no revirtió en los días de su estadía en un hotel *all inclusive* del Caribe. Al mismo tiempo se le disparó una alergia que no remitió con el consumo de anti histamínicos. Y finalmente, y luego de pasar por episodios de ansiedad crecientes que le impedían dormir, los últimos dos días tuvo un colapso vago dorsal y no pudo levantarse de la cama, literalmente. Este paciente hacía años que no paraba para tomarse vacaciones. Su SNA ya no estaba acostumbrado a detenerse. Cuando “se obliga” a tomar vacaciones, junto a su familia, ocurre de forma evidente que las sensaciones que siempre han estado ocultas o disfrazadas emergen en el primer día de cambio de escenario, y luego se despliegan metonímicamente en múltiples formas sintomáticas.

Los síntomas fueron desencadenados por el simple hecho de detenerse para vacacionar con su familia, acción que lo llevó a un estado de desequilibrio total de su SNA. El “super hombre” no podía parar (para celebrar, para disfrutar, para relajarse, etc.). En la anatomía emocional de la quema (claramente estábamos frente a un “quemado” con síndrome de *burn*

out) el cansancio emerge como una implosión extenuante al momento de detenerse. Frente al simple hecho de tener que desacelerarse para descansar, para tener intimidad con su pareja, para dormir la siesta, y para poder mirar y escuchar detenidamente a sus hijos, se le dispara paradójicamente un sin sentido y un no saber: el no saber parar.

Al analizar esta prohibición de frenar, y su cansancio galopante, se llega claramente a un mandato familiar: *“hay que vivir para trabajar”*, *“los tiempos libres son improductivos”*, *“sólo se puede parar si se está a punto de estallar”*, etc. Como corolario, el día antes de reintegrarse a trabajar, ya retornado de sus vacaciones, al cruzar la calle se fractura el peroné en una pierna y se hace un esguince grado 3 en la otra. Su cuerpo habló a gritos.

Al buscar cartografiar el miedo y las escenas temidas detrás de los síntomas, las reacciones varían mucho de persona a persona. Hay quienes acceden a la raíz muy rápido, hay quienes acceden poco a poco. Hay pacientes que ante un miedo inminente se congelan en el momento del enfrentamiento, pero luego se van del consultorio y tienen descargas vegetativas intensas. Hay pacientes que al hacer *facing* con un problema grave (una situación traumática nuclear) reaccionan con “normalidad” durante la consulta, haciendo de cuenta que “no ha pasado nada” y fingiendo estar en control de la situación, y nos plantean que ya no necesitan más venir a psicoterapia (ilusión de fuga hacia la salud)

Con los mapas polivagales procuramos que las personas puedan visibilizar y desplegar sus recursos internos y externos. El mapeo les permite ponerse en contacto con recursos que quizás ni siquiera sabían que tenían, y con cualidades que quizás tenían ocultas.

Al igual que con el dolor, al miedo le decimos: *“hola, miedo, ¿de qué tienes que hablarme?”*. Escuchar lo que el miedo tiene para decirnos implica responder las preguntas: *“¿cuándo me pasa a mí?”*, *“¿cuánto dura?”*, *“¿qué noto en mi miedo?”*, *“¿qué sensaciones atraviesan mi cuerpo?”*

Al trabajar con el miedo no debemos caer en posiciones desde el sentido común; por ejemplo: diciéndole al paciente qué tiene que hacer. Asumir una postura vago ventral implica brindar apoyo para lo que el paciente necesite. Lo importante para el paciente es sentir que tiene a alguien que lo acompaña en el proceso de atravesar sus miedos. Contar con alguien, no que le diga qué tiene que hacer, sino simplemente que lo acompañe y lo apoye. Hay muchas formas de abordar los miedos, pero la clave está en aumentar el sentido de seguridad en los pacientes, para experimentar la vida de una manera diferente (más segura e implicada).

En resumen, al abordar el miedo detrás de cada síntoma debemos:

- Identificar con precisión el miedo y sus escenas temidas.
- Ser curioso y dialogar con él.



- Intentar empezar a cambiar los comportamientos más fáciles, realizando los cambios al ritmo que el paciente pueda realizar.

El miedo más antiguo y más profundo debe abordarse en el momento adecuado, con un paciente lo suficientemente seguro y preparado para lidiar con las escenas temidas detrás de los síntomas.

Muchos psicoterapeutas tienen el llamado «*furor curandis*» de tratar a los pacientes en poco tiempo. Pero, en realidad, el salto a lo más profundo de nosotros mismos es lento. Es necesario identificar las emociones, contactarlas y respirarlas (para luego integrarlas).

Ir rápido no significa ir lejos; en la clínica contemporánea, más allá de la demanda de urgencia, es importante profundizar, tender puentes entre los conceptos, las sensaciones, las partes de nosotros mismos y de los demás, y dejarnos afectar por el dolor del paciente. A esta afectación en psicología corporal la llamamos «empatía» y «resonancia», y es la que nos hace progresar, como clínicos y como personas, en nuestra conciencia colectiva y en nuestra humanidad.

Referencias bibliográficas

Bourbeau, L. (2015). *Las 5 heridas que impiden ser uno mismo*. Buenos Aires: Obelisco.

Dana, D. (2019). *La teoría polivagal en terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación*. Barcelona: Eleftheria.

_____. (2021). *Polivagal exercises for safety and connection. 50 client-centered practice*. W.W. Norton & Company. E-book.

Dahlke, R. (2002). *La enfermedad como símbolo*. Barcelona: Robin Book.

Dethlefsen, T. y Dahlke, R. (1996). *La enfermedad como camino*. Barcelona: Dinámica. Plaza & Janes.

Di Bártolo, I. (2016). *El apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar.

Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Fosha, D., Siegel, D., Solomon, Marion F. et. al. (2016). *El poder curativo de las emociones. Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica*. Barcelona: Eleftheria.

Gonçalves Boggio, L. (2019). Un retorno a lo básico: aplicaciones clínicas y abordajes terapéuticos psicocorporales desde la teoría polivagal. *Revista Latino Americana de Psicologia Corporal*, v. 6, n. 9 (2019). <https://psicorporal.emnuvens.com.br/rlapc/article/view/89>.



Han, B.C. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.

_____ (2014). *La agonía de Eros*. Barcelona: Herder.

_____ (2016). *El aroma del tiempo*. Barcelona: Herder.

_____ (2022). *La sociedad paliativa*. Barcelona: Herder.

Heller, L. y LaPierre A. (2017). *Curar el trauma del desarrollo. El método Relacional Neuroafectivo para restablecer la conexión*. Barcelona: Eleftheria.

Jung, C, et al. (1991). *Encuentro con la sombra*. Barcelona: Kairós.

Keleman, S. (1992). *Padrões de disestresse: agressões emocionais e forma humana*. São Paulo: Summus

Lowen, A. (2005). *La voz del cuerpo. El papel del cuerpo en psicoterapia*. Málaga: Sirio.

Porges, S. (2018). *Guía de bolsillo de la teoría polivagal. El poder transformador de sentirse seguro*. Barcelona: Eleftheria.

Porges, S., Dana, D. –Ed.– (2019). *Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal*. Barcelona: Eleftheria.

Schnake, A. (2007). *Enfermedad, síntoma y carácter*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.

Wolynn, M. (2016). *Este dolor no es mío*. Madrid: Gaia.

●

Recibido: 12.10.2022

Aceito: 13.11.2022

Publicado: 30.11.2022