

«El cuerpo recuerda. La psicofisiología del trauma y el tratamiento» Capítulo 1. Resumen del trastorno por estrés postraumático (TEPT): El impacto del trauma en cuerpo y mente.

A raíz de la colaboración entre el Instituto Cuatro Ciclos y la ATe en la organización del seminario de Cathy Malchiodi, en noviembre de 2019, la editorial Eleftheria nos cedió amablemente el primer capítulo del libro “El cuerpo recuerda” de Babette Rothschild, publicado en 2015, en el cual la autora resume con suma claridad el trastorno de estrés postraumático. Es pues un complemento que encaja de forma perfecta en el contenido de este volumen 7.

Babette Rothschild es una de las psicoterapeutas con mayor conocimiento en relación al tratamiento del trauma. Su libro “El cuerpo recuerda” es un trabajo excelente que ayuda a comprender la psicofisiología y el tratamiento del trauma desde la psicoterapia, en especial en lo referente al impacto del trauma en el cuerpo y al fenómeno de la memoria somática. Esta relación con la memoria implícita de las experiencias traumáticas nos resulta especialmente útil para las profesionales que trabajamos desde la arteterapia relacional.

Babette Rothschild. Editorial Eleftheria, 2015

Es verdad que en el núcleo de la desorganización de nuestros pacientes traumatizados y descuidados está el problema de que no pueden analizar qué es lo que está sucediendo cuando vuelven a experimentar las sensaciones físicas del trauma pasado, por lo que si esas sensaciones sólo producen emociones intensas sin que sean capaces de modularlas, entonces nuestra terapia debe consistir en ayuda para que las personas puedan permanecer en sus cuerpos y para comprender estas sensaciones corporales. Y, ciertamente, eso no es algo que ninguna de las psicoterapias tradicionales, que todos hemos aprendido, ayuden a las personas a hacer bien.

–Bessel van der Kolk (1998)

El hecho de que el cuerpo recuerda las experiencias traumáticas está ilustrado acertadamente por el siguiente caso de «Charlie y el perro».¹ Este caso está presentado en varias partes, comenzando con esta primera, que presenta el suceso traumático de Charlie y sus síntomas somáticos y psicológicos resultantes. En capítulos posteriores se detallarán las intervenciones que ayudaron a Charlie a resolver el impacto del incidente traumático. Además, las referencias ilustrativas de Charlie se entretrejarán en el texto para proporcionar un hilo común que conecte los elementos teóricos y prácticos de este libro.

CHARLIE Y EL PERRO, PARTE I

Hace unos años, mientras pedaleaba durante un tranquilo paseo en bicicleta en una tarde de domingo, Charlie fue repentinamente sacado de su ensoñación cuando un gran perro comenzó a perseguirlo ladrando furiosamente. El ritmo cardíaco de Charlie se disparó, se le secó la boca y las piernas de pronto tenían más poder y fuerza de lo que hubiera imaginado. Pedaleó más y más rápido, pero el perro igualó y luego rebasó su velocidad. Finalmente el perro lo alcanzó

¹ Por el bien de la protección de la privacidad y confidencialidad, toda la información de identificación ha sido alterada en cada ejemplo de caso y anécdota a través del libro. Por la misma razón, muchos de los casos aquí presentados son en realidad compuestos de varios casos. En cada instancia, los principios y sentidos básicos de la terapia presentada se han mantenido.

Capítulo de libro

y le mordió en el muslo derecho. Mientras que Charlie y su bicicleta caían, el perro continuó con su ataque y sus lamentos. Charlie perdió la conciencia. Afortunadamente, había aterrizado en un área pública donde varias personas se apresuraron a ayudarlo ahuyentando al perro y llamando a una ambulancia. La pierna de Charlie sanó rápidamente, a diferencia de su mente y su sistema nervioso. Continuó sintiéndose afectado cada vez que veía un perro. El simple hecho de verlo, aun si estaba encerrado en una casa, tras una puerta, una ventana o una cerca, hacía que Charlie comenzara a sudar frío, que se le secara la boca y se sintiera débil. Desde ese incidente, se había mantenido a distancia de todos los perros, aun de las mascotas de amigos, evitando el contacto siempre que le resultara posible. Solía cruzar la calle para evitar a un perro, sin importar que estuviera en la acera o detrás de una cerca. Nunca establecía contacto con un perro, nunca le hablaba, nunca lo acariciaba. A medida que el tiempo pasaba, la vida de Charlie se volvió más y más limitada, mientras intentaba evitar cualquier contacto con perros.

Luego, un día durante una sesión de práctica en un centro de retiro, Charlie inesperadamente se enfrentó con su peor miedo. Se sentó cómodamente en un cojín mientras escuchaba la conferencia, centrado en el orador (quien estaba parado a su izquierda) y no en su alrededor. Sin que Charlie supiera de su existencia, la mascota canina del centro, Ruff, se había unido al grupo. Sin que nadie lo invitara, Ruff se acercó silenciosamente desde el lado derecho de Charlie (fuera de su campo de visión), se acostó y descansó suavemente su cabeza en la pierna derecha de Charlie, esperando ser acariciado. Charlie, al sentir el peso sobre su pierna derecha, miró hacia abajo de reojo a Ruff, e inmediatamente, y literalmente, se congeló de pánico. Se le secó la boca, se le disparó el ritmo cardíaco y los miembros se le pusieron rígidos, hasta tal punto que era completamente incapaz de moverse y apenas podía hablar.

La reacción de Charlie hacia Ruff no sólo estaba en su mente. Racionalmente, Charlie recordaba el ataque del perro y sabía que les tenía miedo a los perros. También sabía que Ruff no lo estaba atacando. Pero todos sus pensamientos racionales parecían no tener ningún efecto en su sistema nervioso. El cuerpo de Charlie reaccionaba como si estuviera siendo atacado, o a punto de serlo, otra vez. Se paralizó. ¿Qué es lo que ocurrió en el cerebro y cuerpo de Charlie para causar una reacción tan extrema en ausencia de una amenaza real? ¿Por qué Charlie era incapaz de moverse o alejar al perro de sí? ¿Por qué continuaba sintiendo la boca seca y comenzaba a sudar frío en cuanto veía un perro, incluso si se encontraba a una distancia segura? ¿Qué se podía hacer para ayudar a Charlie a que pusiera fin a estas reacciones extremas en la presencia de perros? La respuesta a estas preguntas es lo que proporciona los fundamentos de *El cuerpo recuerda*.

Una premisa básica

El trauma es una experiencia psicofísica, aun cuando el evento traumático no cause ningún daño físico directo. El hecho de que los eventos traumáticos se cobren un precio en el cuerpo y en la mente es ya una conclusión bien documentada y acordada dentro de la comunidad psiquiátrica, como queda registrado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés), cuarta edición, de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés). Una de las características principales en la lista de síntomas del TEPT es «síntomas persistentes de una activación aumentada» en el sistema nervioso autónomo (SNA) (APA, 1994). Sin embargo, aunque existe una plétora de estudios y escritos sobre la neurobiología y psicobiología del estrés, el trauma y el TEPT, el psicoterapeuta ha tenido hasta ahora pocas herramientas para sanar el cuerpo y la mente traumatizados. Habitualmente, la atención dirigida hacia al cuerpo se ha centrado en los síntomas angustiosos del TEPT, los problemas de adaptación resultantes y en una posible intervención farmacológica. Usar al cuerpo en sí como un recurso posible del tratamiento del trauma raramente se ha explorado. La memoria somática se ha identificado como fenómeno (Van der Kolk, 1994), pero han surgido pocas teorías y estrategias científicamente apoyadas para identificarla, contenerla y hacer uso de ella en un proceso terapéutico.

Comprender cómo el cerebro y el proceso corporal recuerdan y perpetúan los eventos traumáticos conlleva muchas claves para el tratamiento del cuerpo y la mente traumatizada. En algunos casos, las intervenciones somáticas directas, cuando se usan como adjuntas a las terapias de trauma existentes, pueden ser poderosas en el combate de los efectos del trauma. Además, se pueden utilizar varias técnicas somáticas para hacer que cualquier proceso terapéutico sea más fácil de moderar y menos volátil. La atención al aspecto somático del trauma no debe requerir que el practicante cambie su dirección o enfoque. Las herramientas ofrecidas aquí se pueden utilizar o adaptar a los modelos existentes de terapia del trauma, expandiendo y aumentando lo que ya se ha hecho.

Capítulo de libro

LA SINTOMATOLOGÍA DEL TEPT

El TEPT perturba la actividad de aquéllos a quienes afecta, interfiriendo con sus habilidades para satisfacer las necesidades diarias y desempeñar las tareas más básicas. En el TEPT, un evento traumático no recordado queda relegado al pasado de uno mismo de la misma forma que otros eventos de la vida. El trauma continúa entrometiéndose con la realidad visual, auditiva u otra realidad somática de las vidas de sus víctimas. Una vez tras otra, reviven las experiencias amenazantes que han sufrido, reaccionando con la mente y el cuerpo como si aquellos eventos aún estuvieran ocurriendo. El TEPT es una condición psicobiológica compleja.

Puede emerger tras experiencias que amenazan la vida, cuando las respuestas psicológicas y de estrés somático persisten mucho después de que el evento traumático haya pasado.

Existe la suposición errónea de que cualquiera que experimenta un evento traumático desarrollará TEPT. Esto está lejos de ser verdad. Los resultados de los estudios varían, pero, en general, confirman que sólo una parte de aquellos que se enfrentan a tales incidentes –alrededor del 20 %– desarrollarán TEPT (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Elliott, 1997; Kulka et al., 1990). Lo que distingue a aquellos que no lo desarrollan sigue siendo un tema controversial, pero hay varias claves. Los factores no clínicos que median en el estrés traumático parecen incluir: preparación para un estrés esperado (cuando resulta posible), respuestas de lucha o huida exitosas, historia de desarrollo, sistema de creencias, experiencia previa, recursos internos, y apoyo (de la familia, la comunidad y las redes sociales).

En la historia de la psicología, el TEPT es una categoría de diagnóstico relativamente nueva. Apareció por primera vez en 1980 en la autoridad internacionalmente aceptada sobre la psicología y la psicodiagnos, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III; APA, 1980). La definición del manual (DSM) sobre lo que pudiera causar el TEPT era limitada. Se veía como algo que se desarrollaba de una experiencia que cualquiera podría vivir como traumática. Había por lo menos dos problemas con esta definición: no dejaba espacio para la percepción o experiencia individual de un evento y se suponía erróneamente que todos desarrollarían TEPT tras tal evento. La aceptación actualmente, revisada en la cuarta edición del DSM (APA, 1994), es más amplia. Esta definición toma en cuenta que el TEPT puede desarrollarse en un individuo como respuesta a tres tipos de eventos:

- incidentes que amenazan la propia vida o la integridad corporal de uno mismo, o que son percibidos como tales.
- ser testigo de actos de violencia hacia otros.
- escuchar violencia dirigida hacia personas cercanas o la muerte violenta inesperada de éstas.

Los eventos que se podrían calificar como traumáticos tanto para adultos como para niños, según el DSM-IV, incluyen entrar en combate, asalto sexual y físico, ser secuestrado o hecho prisionero, terrorismo, tortura, desastres naturales y causados por el hombre, accidentes y recibir el diagnóstico de una enfermedad mortal. Además, el DSM-IV señala que el TEPT se puede desarrollar en los niños que han sufrido abuso sexual aun si no pone en riesgo sus vidas. Añade, «El trastorno puede ser especialmente severo o duradero cuando el agente estresante es de diseño humano (ejemplo, tortura, violación)» (APA, 1994, p. 424)

Los síntomas asociados con el TEPT incluyen: volver a experimentar el evento de formas sensoriales variadas (flash-backs), evitar recordatorios del trauma, e hiperestimulación crónica del SNA. El DSM-IV reconoce que tales síntomas son normales en las secuelas inmediatas de un evento traumático. El TEPT se diagnostica cuando estos síntomas duran más de un mes y se combinan con la pérdida de funcionalidad en áreas como el trabajo o las relaciones sociales.

La perturbación somática se encuentra en el núcleo del TEPT. La gente que la sufre presenta muchos de los síntomas corporales aterradores que son característicos de la hiperestimulación del SNA experimentados durante un incidente traumático (como le sucedió a Charlie): un ritmo cardíaco acelerado, sudor frío, respiración rápida, palpitaciones cardíacas, hipervigilancia y respuestas de sobresalto potenciado (nerviosismo). Cuando son crónicos, estos síntomas pueden conducir a perturbaciones en el sueño, pérdida de apetito, disfunción sexual, dificultades para concentrarse, todas características distintivas del TEPT. El DSM-IV reconoce que los síntomas del TEPT pueden ser provocados por recuerdos externos o internos de un evento traumático, advirtiéndonos de que los síntomas somáticos, por sí mismos, pueden disparar una reacción del TEPT. El TEPT puede ser un círculo vicioso.

Capítulo de libro

DISTINGUIR ENTRE ESTRÉS, ESTRÉS TRAUMÁTICO, ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TEPT

Hans Selye definió al estrés como «la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda» (1984, p. 74). Generalmente considerado como una respuesta a experiencias negativas, el estrés también puede resultar de experiencias deseadas y positivas, como el matrimonio, una mudanza, cambio de trabajo y abandonar el hogar para ir a la universidad.

La forma más extrema del estrés es, por supuesto, el estrés que resulta de un incidente traumático: el estrés traumático. El estrés posttraumático (EPT) es un estrés traumático que persiste después de un incidente (pos)traumático (Rothschild, 1995a). Sólo cuando el estrés posttraumático se acumula de tal modo que produce los síntomas indicados en el DSM-IV es cuando se puede aplicar el término trastorno por estrés posttraumático (TEPT). El TEPT implica un nivel alto de disfunción diaria. Aunque no hay estadísticas, uno podría adivinar que hay un número significativo de supervivientes de traumas con EPT, aquellos que caen entre las grietas, no están recuperados de sus traumas, pero no sufren de la debilitación del TEPT. Estos individuos también pueden beneficiarse de la terapia de trauma. (El nivel de perturbación de Charlie es típico del EPT. Le causaba limitaciones en un área de su vida –evitar a los perros–, pero se comportaba normalmente en las otras áreas de su vida).

LA SUPERVIVENCIA Y EL SISTEMA NERVIOSO

La estimulación, y por tanto la hiperestimulación traumática, tiene lugar a través del sistema límbico, el cual está localizado en el centro del cerebro entre el tallo cerebral y la corteza cerebral. Esta parte del cerebro regula los comportamientos de supervivencia y la expresión emocional. Le atañen principalmente las tareas de supervivencia, como comer, la reproducción sexual y las defensas instintivas de lucha y huida. También influye el procesamiento de la memoria.

El sistema límbico tiene una relación íntima con el SNA. Evalúa una situación y envía señales al SNA para que le dé descanso al cuerpo o bien para que lo prepare para un esfuerzo. El SNA interviene en la regulación de los músculos lisos y otras vísceras: el corazón y el sistema circulatorio, riñones, pulmones, intestinos, vejiga, colon, pupila. Sus dos sistemas, el sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema nervioso parasimpático (SNP) normalmente funcionan en equilibrio el uno con el otro: cuando uno se activa, el otro se inhibe. El SNS principalmente se activa en estados de esfuerzo y estrés, tanto positivo como negativo. El SNP principalmente se activa en estados de descanso y relajación.

El sistema límbico responde en las circunstancias extremas de una amenaza traumática al liberar hormonas que le dicen al cuerpo que se prepare para una acción de defensa (ver figura 1.1). Siguiendo la percepción de amenaza, la amígdala envía señales de alarma al hipotálamo (ambas estructuras del sistema límbico), que enciende dos sistemas: la activación del SNS y la liberación de una hormona liberadora de corticotropina (CRH). Estas acciones continúan, cada una con una tarea separada pero relacionada. Primero, la activación del SNS activará, a su vez, las glándulas suprarrenales para liberar epinefrina y norepinefrina para movilizar al cuerpo y llevarlo a la lucha o a la huida. Esto se logra al incrementar la respiración y el ritmo cardíaco para proporcionar más oxígeno y enviando sangre de la piel hacia los músculos para permitir un rápido movimiento. (En el caso de Charlie, la respiración aumentada y el flujo de sangre a sus piernas lo ayudaron a pedalear más rápido de lo habitual). Al mismo tiempo, en el otro sistema, la CRH, activa la glándula pituitaria para liberar la hormona adrenocorticotropa (ACTH), la cual también activará las glándulas suprarrenales, esta vez para liberar una hidrocortisona, cortisol. Una vez que el incidente traumático ha terminado o la lucha o huida ha sido exitosa, el cortisol detendrá a la reacción de alarma y la producción de epinefrina y norepinefrina, ayudando a restaurar en el cuerpo la homeostasis.

Este sistema se llama el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HHA). La razón por la cual resulta importante para el trabajo del trauma es que en el TEPT algo falla en él. Rachel Yehuda (Yehuda et al., 1990) fue pionera en el descubrimiento de que en aquéllos con TEPT, las glándulas suprarrenales no liberan suficiente cortisol para detener la reacción de alarma (ver figura 1.2). Varios estudios han mostrado que los individuos con TEPT tienen niveles de cortisol más bajos que los indicadores de aquéllos con otros problemas psicológicos como depresión (Bauer, Priebe y Graf, 1994; Yehuda et al., 1990, 1995; Yehuda, Teicher, Levengood, Trestman y Siever, 1996). Una de las conclusiones que se pueden obtener de esta evidencia es que a nivel químico, la reacción de alarma continua típica del TEPT se debe a una deficiencia de producción de cortisol. Sin embargo, no se sabe si es un proceso puramente biológico o si está influido por la percepción en el sistema límbico. A pesar de que los niveles bajos de cortisol están documentados en el TEPT, su

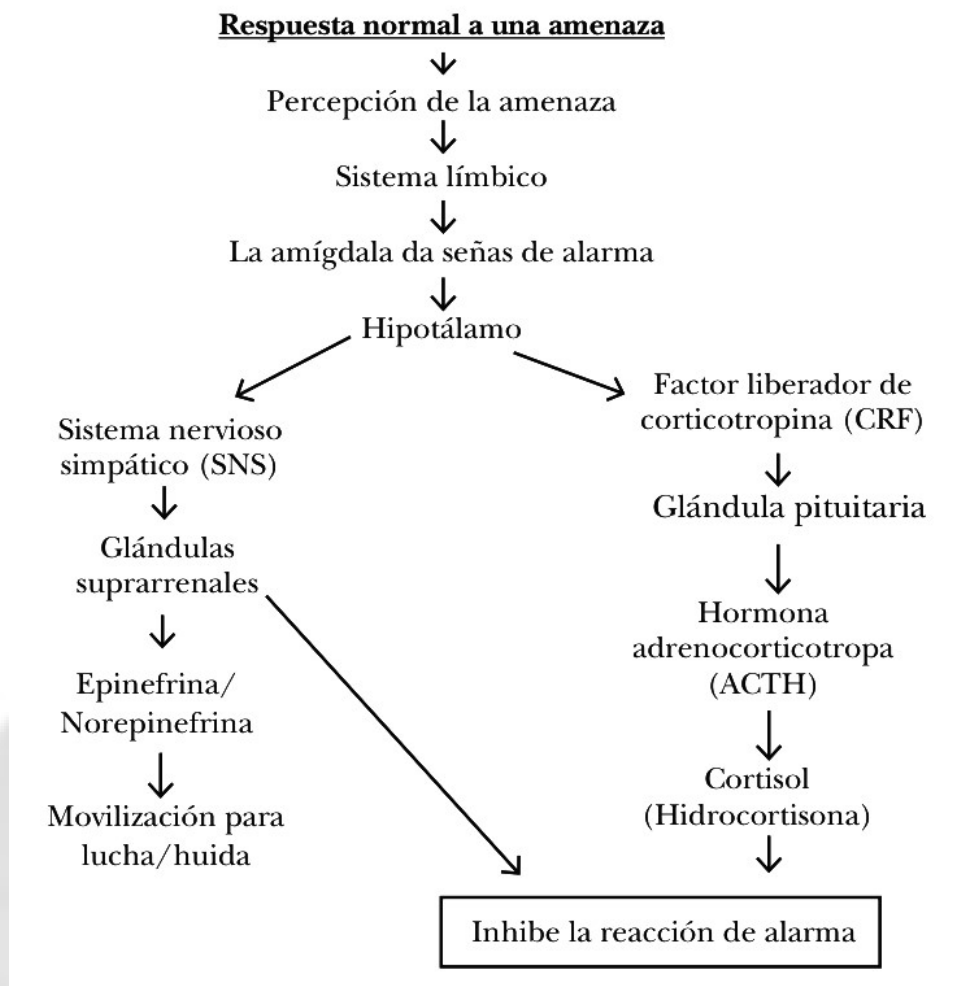
Capítulo de libro

causa sigue siendo un interrogante.

Un área de interés con respecto al eje HHA y al cortisol es la respuesta de paralización a una amenaza traumática. Cuando la muerte puede ser inminente, el escape imposible o la amenaza traumática se prolonga, el sistema límbico puede activar simultáneamente el SNP, causando un estado de paralización llamado inmovilidad tónica; como un ratón haciéndose el muerto cuando es atrapado por un gato, o quedarse quieto, como un venado deslumbrado por los faros de un coche (Gallup y Maser, 1977). La imagen química que causa la paralización se debe vincular al eje HHA, pero esto aún no se ha estudiado.

Estas respuestas del sistema nervioso –lucha, huida y parálisis (o inmovilidad tónica)– son acciones automáticas de supervivencia. Son similares a los reflejos en tanto que son mucho más complejas que los reflejos simples. Si la percepción en el sistema límbico es que hay una fuerza, tiempo y espacio adecuado para huir, entonces el cuerpo se echa a correr. Si la percepción límbica es que no hay tiempo para huir pero hay fuerza adecuada para defenderse, entonces el cuerpo luchará.

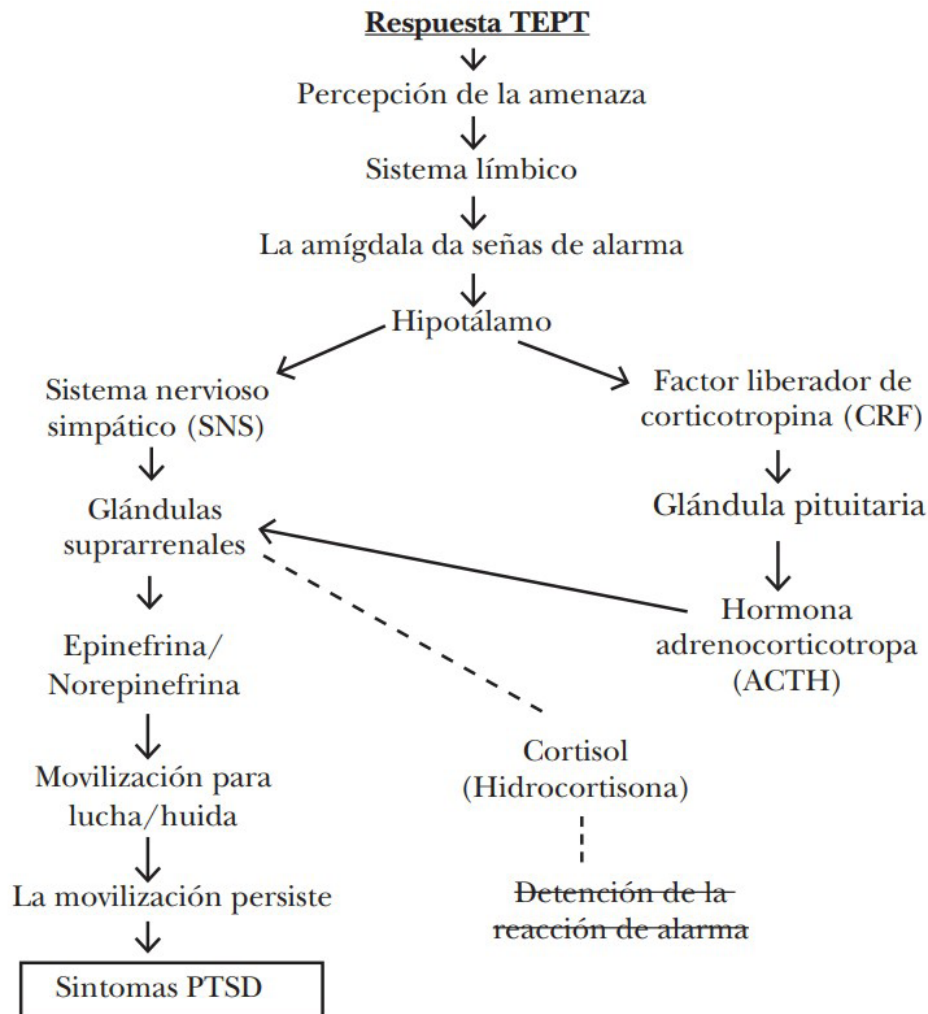
Figura 1.1. Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA).



Si el sistema límbico percibe que no hay ni tiempo ni fuerza para luchar o huir, y la muerte pudiera ser inminente, entonces el cuerpo se paralizará. En este estado, la víctima del trauma entra en una realidad alterada. El tiempo se vuelve más lento y no hay miedo o dolor. En este estado, si en efecto ocurren daños o incluso la muerte, el dolor no se siente de manera tan intensa. Las personas que han caído desde grandes alturas, o han sido atacadas por animales y han sobrevivido, atestiguan semejantes reacciones. La respuesta de paralización también puede incrementar las probabilidades de supervivencia.

Capítulo de libro

Figura 1.2. Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA).



Si la causa es un ataque por un hombre o un animal, el atacante puede perder interés una vez que la presa parece no tener vida, igual que un gato pierde interés en un ratón sin vida. (*Charlie perdió la conciencia durante el ataque del perro, y cuando más tarde se enfrentó al contacto con un perro, se paralizó. Ambas son formas de respuestas de paralización*).

Es importante entender que estas respuestas del sistema límbico/SNA son instantáneas, son respuestas instintivas a una amenaza percibida. No son elegidas después de haber reflexionado cuidadosamente. Muchas de las personas que han sufrido un trauma sienten mucha culpa y vergüenza por haberse paralizado o «congelado» en vez de hacer algo para protegerse a sí mismos o a otros, al luchar o huir. En esos casos, comprender que la parálisis es automática a menudo facilita el difícil proceso del perdón a uno mismo.

RESPUESTA DEFENSIVA A UNA AMENAZA RECORDADA

Cuando el sistema límbico activa el SNA para enfrentarse a la amenaza de un evento traumático es una respuesta de supervivencia normal, sana y adaptativa. Cuando el SNA continúa activándose de manera crónica aun cuando la amenaza ha pasado y se ha sobrevivido, se trata de TEPT. Parece que el evento traumático continúa flotando libremente en el tiempo más que ocupando su lugar en el pasado, a menudo surgiendo sin invitación a la percepción presente, como si estuviera, efectivamente, ocurriendo ahora. (*A Charlie nunca lo volvió a atacar un perro. Sin embargo, cada vez que se encontraba con uno continuaba respondiendo en su mente y en su cuerpo como si estuviera siendo atacado otra vez*).

Capítulo de libro

o a punto de serlo).

Dentro del sistema límbico hay dos áreas relacionadas que resultan centrales en el almacenamiento de la memoria: el hipocampo y la amígdala. En los últimos años se han llevado a cabo un conjunto de investigaciones que indican que estas dos partes del cerebro están implicadas de manera central en grabar, archivar y recordar sucesos traumáticos (Nadel y Jacobs, 1996; Van der Kolk, 1994, entre otros). Se sabe que la amígdala ayuda en el procesamiento de recuerdos con una carga altamente emotiva, como el terror y el horror, y que está muy activa tanto durante como mientras se recuerda un incidente traumático. Por otro lado, el hipocampo le da contexto de tiempo y espacio a un suceso, poniendo nuestros recuerdos en su propia perspectiva y lugar dentro de la línea de tiempo de nuestra vida. El procesamiento hipocámpico le da a los sucesos un inicio, un medio y un fin. Esto es muy importante con respecto al TEPT, dado que una de las características es la sensación de que el trauma aún no ha terminado. Se ha demostrado que la actividad del hipocampo a menudo se ve suprimida durante una amenaza traumática; su ayuda habitual en el procesamiento y almacenamiento de un evento no está disponible (Nadel y Jacobs, 1996; Van der Kolk, 1994, entre otros). Cuando esto ocurre, se impide que el suceso traumático ocupe su posición adecuada dentro de la historia del individuo y continúa invadiendo el presente. Falta la percepción de que el evento ha terminado y de que la víctima ha sobrevivido. Éste es probablemente el mecanismo central de los síntomas por excelencia de los «flashbacks» del TEPT, los episodios que reviven el trauma en la mente o el cuerpo.

DISOCIACIÓN, PARALIZACIÓN Y TEPT

Sorprendentemente, la disociación, una escisión de la consciencia, no es mencionada ni por el DSM-III ni por el DSM-IV como un síntoma del TEPT, aunque se reconoce como un síntoma del trastorno por estrés agudo (APA, 1994). Existe un creciente debate sobre si el TEPT es en realidad un trastorno disociativo en vez de un trastorno de ansiedad como se lo clasifica actualmente (Brett, 1996). En la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático, un comité sostuvo un debate sobre el tema (Wahlberg, Van der Kolk, Brett, y Marmar, 1996). Nadie sabe realmente qué es la disociación o cómo ocurre, aunque hay mucha especulación. Parece ser una serie de formas relacionadas de consciencia desdoblada. La amplia diversidad del desdoblamiento abarca sucesos tan simples como olvidar por qué estabas yendo a la cocina o tan extremas como el trastorno de identidad disociativo (antes llamado trastorno de personalidad múltiple). El tipo de disociación descrita por aquellos con TEPT durante el suceso traumático –sentido alterado del tiempo, sensaciones de dolor reducidas, ausencia de terror u horror– se parece a las características de aquellos que declaran haber respondido por paralización a una amenaza traumática. Se deben llevar a cabo más investigación antes de que se pueda saber si la respuesta de paralización es una forma de disociación.

Comprender el mecanismo es importante porque parece que las consecuencias más severas del TEPT resultan de la disociación. A pesar de que parece que la disociación es una respuesta instintiva para salvar al ser del sufrimiento –y lo hace muy bien–, conlleva un precio muy alto. Hay varias áreas de investigación sobre el fenómeno de la disociación. Muchos señalan la probabilidad de que la disociación durante un evento traumático (disociación peritraumática) prediga el desarrollo final de TEPT (Bremner et al., 1992; Classen, Koopman, y Spiegel, 1993; Marmar et al., 1996).

CONSECUENCIAS DEL TRAUMA Y DEL TEPT

Las consecuencias del trauma y del TEPT varían en gran medida dependiendo de la edad de la víctima, de la naturaleza del trauma, de la respuesta al trauma y del apoyo que recibe la víctima más tarde. En general, quienes sufren el TEPT viven una calidad de vida reducida a causa de los síntomas intrusivos, los cuales limitan su habilidad para actuar. Pueden alternar períodos de hiperactividad con períodos de agotamiento, a medida que sus cuerpos sufren los efectos de la hiperestimulación traumática del SNA. Los recuerdos del trauma que sufrieron pueden aparecer repentinamente, causando un pánico instantáneo. Se vuelven temerosos no sólo del trauma en sí, sino también de sus propias reacciones al trauma. Las señales corporales que una vez proporcionaron información esencial se vuelven peligrosas. Por ejemplo, la aceleración del ritmo cardíaco, que puede indicar un esfuerzo excesivo o entusiasmo, se puede convertir en una señal de peligro en sí misma porque es un recordatorio del ritmo cardíaco acelerado de la respuesta al trauma y, por tanto, es asociada con el trauma. La habilidad para orientarse hacia la seguridad y el peligro disminuye cuando muchas cosas, o a veces todo, en el ambiente se perciben como peligrosas. Se puede volver un círculo vicioso.

Capítulo de libro

Con el tiempo, una víctima de TEPT se puede ver extremadamente limitada, con miedo de estar con otros o de salir de casa. *(Como se mencionó antes, Charlie sufría de estrés postraumático y no de TEPT; el grado de su limitación nunca alcanzaba extremos como éste. Sin embargo, se estaba viendo cada vez más limitado con cada encuentro canino pavoroso, y el potencial de desarrollo de TEPT subsistía).*

¿Cómo es posible que la mente se vea tan abrumada que ya no pueda procesar un evento traumático hasta su término para archivarlo en el pasado? El siguiente capítulo avanza hacia las posibles respuestas de esta pregunta.