

La osteopatía psicosomática en los traumatismos con el ejemplo de la integración bifocal

Torsten Liem^{1*} & Winfried Neuhuberg²

¹Osteopathie Schule Deutschland

²Institut für Anatomie, Friedrich-Alexander-University of Erlangen-Nürnberg

*Contacto: tliem@osteopathieschule.de

Resumen: Las experiencias psicoemocionales traumáticas se manifiestan a menudo en estados de agitación con sobreactividad simpática o en comportamientos de inmovilización y retraimiento. Una persona con estos antecedentes traumáticos puede mostrar una respuesta autonómica que la mantiene en un estado defensivo, que con el tiempo se convierte en un estresor. Del mismo modo, las tensiones relacionadas con los patrones isfuncionales de experiencia soma-energética que pueden aparecer durante el tratamiento osteopático pueden estar relacionadas con los síntomas y las quejas del paciente. En este artículo, los autores discuten un enfoque osteopático de los traumas psicoemocionales y de las disfunciones somático-psíquicas mediante la osteopatía psicosomática utilizando el ejemplo de la integración bifocal multimodal (MBI). El objetivo es promover la relajación física y mental y la participación activa del paciente en el proceso de curación. Se discute el papel de las terapias mente-cuerpo. Se discute el papel de las terapias mente-cuerpo, teniendo en cuenta otros tratamientos neuro-psico-fisiológicos. También se centra en la práctica clínica y en una introducción a los diferentes elementos del tratamiento osteopático, incluyendo los antecedentes y la integración de las dinámicas descendente y ascendente en el diagnóstico y la terapia.

Palabras clave: Integración emocional, Terapia mente-cuerpo, Trauma psico-emocional, Trauma, Osteopatía psicosomática, Disfunción somático-psíquica

Title: Psychosomatic Osteopathy in Trauma using the example of bifocal integration

Abstract: Traumatic psychoemotional experiences often manifest in hypersympathetic states of excitement or in immobilization and withdrawal behaviors. A person with this kind of traumatic background may present with an autonomic response consistently maintained in the defensive state, which over time becomes a stressor. Similarly, stress associated with dysfunctional soma-energy-inner experience patterns that may occur during osteopathic treatment may be related to symptoms and complaints of the patient. In this article, the authors discuss an osteopathic approach to psychoemotional trauma and somatic-emotional dysfunctions by means of psychosomatic osteopathy using the example of multimodal bifocal integration (MBI), with an emphasis on promoting a relaxed body and mind by actively involving the patient in the healing process. They briefly discuss the role of mind-body therapies in treatment, considering other neuropsychophysiological frameworks. The authors also focus on clinical practice, introducing the reader to the different elements of the osteopathic treatment, including the acknowledgement and integration of top-down and bottom-up dynamics in diagnosis and therapy.

Keywords: Emotional integration, Mind-body therapy, Psychoemotional trauma, Trauma, Psychosomatic osteopathy, Somatic-emotional dysfunction

Por lo general, se entiende que un trauma psicoemocional es un acontecimiento psicológico o físico muy estresante. El trauma puede definirse como un "acontecimiento inevitablemente estresante que desborda los mecanismos de afrontamiento existentes de una persona" [1]. Esta definición de trauma incluye reacciones a un incidente singular, como un desastre natural, un accidente, una muerte o un crimen, así como experiencias recurrentes, como el abuso en la infancia, el abandono, las relaciones violentas y los déficits en la satisfacción de necesidades y la construcción de relaciones (privación) [2]. Es importante comprender que el acontecimiento traumático se define en el contexto de la experiencia, si dos personas experimentan lo mismo, una puede considerarlo traumático y la otra no [3]. Los efectos de las experiencias traumáticas pueden ser múltiples. Por ejemplo, las personas que han sufrido un trauma pueden desarrollar ansiedad y depresión, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación o de la personalidad, o trastorno de estrés postraumático (TEPT) [2]. Los niños y adultos traumatizados pueden perder su capacidad de transformar las emociones en acciones eficaces. Es posible que no sean capaces de reconocer adecuadamente sus propias sensaciones, sentimientos y estados físicos y, por tanto, también pueden tener dificultades para percibir los estados emocionales y las necesidades de otras personas [4].

A nivel fisiológico, el trauma es el resultado del fracaso de la activación fisiológica y la respuesta hormonal necesarias para responder

eficazmente a una amenaza. Mientras que un individuo sano muestra una respuesta de lucha o huida exitosa, el individuo traumatizado suele permanecer inmóvil, lo que da lugar a una respuesta conductual inconsciente [4]. Los enfoques terapéuticos complementarios - especialmente las terapias mente-cuerpo (TMC)- están despertando un interés creciente, ya que se cree que pueden reducir los síntomas relacionados con el trauma y la desregulación emocional [5,6]. Las terapias mente-cuerpo se centran en la interacción entre el cerebro y el cuerpo. El objetivo es promover la influencia de la mente en el cuerpo. La terapia suele incluir enfoques psicológicos, conductuales, espirituales y sociales, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), la meditación, la respiración y la imaginación. La investigación ha demostrado que la MBT tiene un impacto positivo en los síntomas del TEPT. Se ha informado de los efectos terapéuticos sobre las reacciones de estrés, la reducción de la ansiedad, la depresión y la ira, el aumento de la tolerancia al dolor, la mejora de la autoestima y el aumento de la capacidad para relajarse y hacer frente a las situaciones de estrés [6]. Varias directrices recomiendan la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, en particular para los pacientes con TEPT que han experimentado una serie de eventos traumáticos [7-10].

Las terapias mente-cuerpo se centran en la conciencia del cuerpo a través de la intero y la propiocepción, así como en la atención plena con el objetivo de aceptar y no juzgar. Los pacientes

son apoyados y guiados en un proceso de reorientación para ser más adaptables y resistentes a los factores de estrés percibidos [11,12]. La MBT es una herramienta eficaz para la regulación de la función, incluyendo una mejor autorregulación capacidades de autorregulación y resistencia del sistema nervioso autónomo. [13-16].

En este artículo describimos los principios de la osteopatía psicosomática para los traumas psicoemocionales y las disfunciones somático-energéticas-psíquicas utilizando la integración bifocal en el contexto de la investigación disponible. También, describimos un breve informe de caso para ilustrar los diferentes elementos de este enfoque de tratamiento en la práctica clínica.

Mecanismos de las terapias mentecuerpo

Las terapias descendentes, como la hipnosis clínica, la imaginación o la meditación, inician procesos mentales conscientes y voluntarios a nivel de la corteza cerebral [29]. Provocan un cambio en la función cerebral, asociado a una reorganización de las representaciones neuronales dentro del SNC y a una mejora de la comunicación bidireccional entre la corteza cerebral y el sistema límbico y las estructuras del tronco cerebral que regulan el comportamiento autonómico, neuroendocrino y emocional [21-23]. En cambio, las terapias ascendentes (por ejemplo, la relajación muscular progresiva) actúan estimulando los receptores somáticos, viscerales y/o quimiosensoriales. Influyen en los

procesos neuronales y mentales centrales a través de vías de señalización ascendentes desde la periferia hasta la corteza cerebral. Esto conduce a un aumento de la variabilidad del ritmo cardíaco y a una reducción de la expresión de citoquinas [21,24,31,32].

Taylor et al. proponen un modelo psicofisiológico integrador para ilustrar los mecanismos subyacentes a la MBT. Consideran los diferentes niveles del eje neural en los que se producen las interacciones mente-cuerpo [29]. Según este modelo, los síntomas de estrés se manifiestan como alteraciones funcionales de la red homeostática ejecutiva, es decir, desequilibrios en la activación de la corteza prefrontal y manifestaciones viscerales de nivel superior codificadas en la corteza prefrontal, insular y cingulada anterior. Estos trastornos se manifiestan posteriormente en la periferia como una disminución de la variabilidad del ritmo cardíaco y de la expresión de citoquinas proinflamatorias [29]. Taylor et al. sugieren que la MBT efectiva induce cambios funcionales con el objetivo de activar la red homeostática ejecutiva regional, aumentando la variabilidad del ritmo cardíaco y disminuyendo la producción de citoquinas [29]. Los estados de comportamiento como la lucha y la huida, el estado de inmovilización/congelación y la evaluación del riesgo -con los efectos motores, autonómicos y endocrinos asociados- están coordinados por el gris periacueductal (PAG) mesencefálico [17-20]. El GAP está conectado con el hipotálamo y el sistema límbico (especialmente la amígdala y

el córtex prefrontal) [18,19], así como con varios núcleos premotores y autónomos del tronco cerebral que coordinan la respiración y el sistema motor emocional [20]. La osteopatía psicosomática intenta intervenir a través de las redes neuroendocrinas mencionadas mediante diversos enfoques y técnicas.

Neuropercepción de seguridad en la relación terapéutica

La investigación ha demostrado que la relación terapéutica es fundamental para obtener un resultado terapéutico deseado y que los resultados terapéuticos pueden depender mínimamente del uso de técnicas específicas [32-34].

Los resultados terapéuticos eficaces sólo son posibles si los pacientes se sienten seguros en el entorno terapéutico. La sensación de seguridad de los pacientes y el desarrollo de una relación terapéutica saludable suelen depender de la capacidad del terapeuta para estar plenamente presente y comprometido [35,36].

Geller y Porges afirman que un requisito previo para dicha relación es que el terapeuta esté enraizado, centrado y presente, así como abierto y receptivo a la experiencia del paciente [37]. Los autores sugieren características específicas de la presencia terapéutica que pueden mejorar la sensación de seguridad del paciente. Por ejemplo, al comunicarse con el paciente, ciertas señales no verbales son terapéuticamente beneficiosas, como una voz cálida, un contacto visual amable y una postura abierta y receptiva. Al estar siempre

presente, el terapeuta puede regular las reacciones de estrés del cliente. Este enfoque puede conducir a una relación sinérgica en la que las reacciones del cliente pueden transformarse con el tiempo en una interacción social no defensiva [37]. El terapeuta debe comprometerse con la experiencia y la fisiología del paciente, y animarle a sentirse abierto y presente con su comportamiento [37]. Además, los pacientes pueden beneficiarse de ejercicios neuronales que promuevan la experiencia de seguridad interior, como la respiración abdominal profunda, el juego social, el yoga, la meditación, la atención plena y las experiencias en la naturaleza [37].

Osteopatía psicosomática

Las experiencias traumáticas se expresan a menudo en una hiperactividad simpática, en estados de agitación o en comportamientos de inmovilización y retraimiento. Con el tiempo, estas reacciones inicialmente salvadoras se convierten en estresantes. En una persona traumatizada puede aparecer una reacción autonómica que mantiene permanentemente el estado defensivo, de modo que el sistema de defensa ya no puede ser regulado a la baja.

Incluso en el caso de un estrés menos grave asociado a patrones disfuncionales de experiencia soma-energética, el éxito de la terapia requiere abordar las formas en que los factores estresantes cotidianos, grandes y pequeños, afectan a la comunicación entre el cuerpo y la mente, especialmente a la capacidad de prestar atención

e interpretar las señales internas de las emociones relacionadas con el estrés.

Creando un entorno de confianza y seguridad y combinando la palpación y la coregulación, así como la atención por parte del paciente, los osteópatas permiten a sus pacientes tomar conciencia de los patrones de respuesta corporal, como la interocepción, y mejorar su capacidad para reconocer, acceder, comprender y responder adecuadamente a los patrones de señales internas y aumentar su propia regulación. La osteopatía psicosomática desarrollada por uno de los autores (T. L.) integra tanto la dinámica ascendente como la descendente (véase más adelante) en el diagnóstico y el tratamiento y comprende, por un lado, principios y modelos generales, y, por otro, diferentes metodologías, enfoques y técnicas específicas para el diagnóstico y el tratamiento de patrones disfuncionales soma-energéticos-experimentales (=complejos de disfunción somático-energética-psíquica) y una práctica de palpación específica. La palpación tisular tiene en cuenta la dinámica del desarrollo humano e integra elementos de las técnicas de respiración del yoga, el trabajo con recursos, la psicología positiva, la estimulación bifocal y bilateral, la estimulación del nervio vago [47], la meditación Vipassana y la terapia corporal, la programación corporal neurolingüística y la hipnosis, la vibración miofascial, la experiencia somática, la comunicación no violenta y el mindfulness, entre otros.

Algunos ejemplos de enfoques y técnicas son la palpación osteopática centrada en el corazón

(ver infobox) y la "sensación sentida" osteopática, un proceso en el que el osteópata palpa las regiones de mayor flujo rítmico y vitalidad mientras el paciente se centra en las sensaciones relacionadas con las regiones palpadas [38], y la integración bifocal. Estos enfoques permiten al paciente comprender la relación entre la disfunción, la disfunción somática y los factores internos y externos [39], por un lado, y resolver los patrones de experiencia soma-energética angustiantes, por otro.

Indicaciones - Las posibles indicaciones para el tratamiento osteopático psicosomático incluyen :

- Aparición de experiencias estresantes, recuerdos o estados de excitación durante el tratamiento osteopático o la palpación
- Patrones disfuncionales de experiencia soma-energética
- Condiciones de dolor crónico
- Factores desencadenantes y hábitos limitantes de la vida cotidiana actual
- Emociones negativas, como miedos, fobias, así como comportamientos adictivos
- Disfunciones crónicas con componentes psicológicos, como posiblemente trastornos del aprendizaje
- Traumas

Palpación osteopática centrada en el corazón para la regulación neurovegetativa y para el tratamiento de pacientes con traumas psicológicos [38].

1. Sincronización de la percepción de la sensación corporal, la excitación y las emociones.

2. Palpación del campo cardíaco.
3. Armonización de corazón, abdomen y cabeza.
- 4a. Palpación del corazón por el osteópata.
- 4b. Palpación del corazón por parte del paciente.
5. Identificación del punto final de la palpación.
6. Contacto visual entre el paciente y el terapeuta para que el paciente pueda establecer una nueva relación entre la percepción interna y la percepción sensorial del entorno.
7. Equilibrio vertical entre parte superior de la cabeza, región pélvica y plantas de los pies con la ayuda de la respiración.

Con la ayuda de estas técnicas (y de la confrontación individualizada del trauma en el curso del tratamiento, por ejemplo, la integración bifocal), el paciente puede asociar cada vez más las experiencias traumáticas con una sensación corporal relajada, por ejemplo, con una respiración tranquila, un ritmo cardíaco constante y unos músculos faciales relajados. Este estado se consigue y se refuerza mediante los nervios aferentes vagales cardiopulmonares y trigeminales (procedentes de los sensores del sistema miofasciocutáneo facial) que activan los circuitos límbico-prefrontales del GAP.

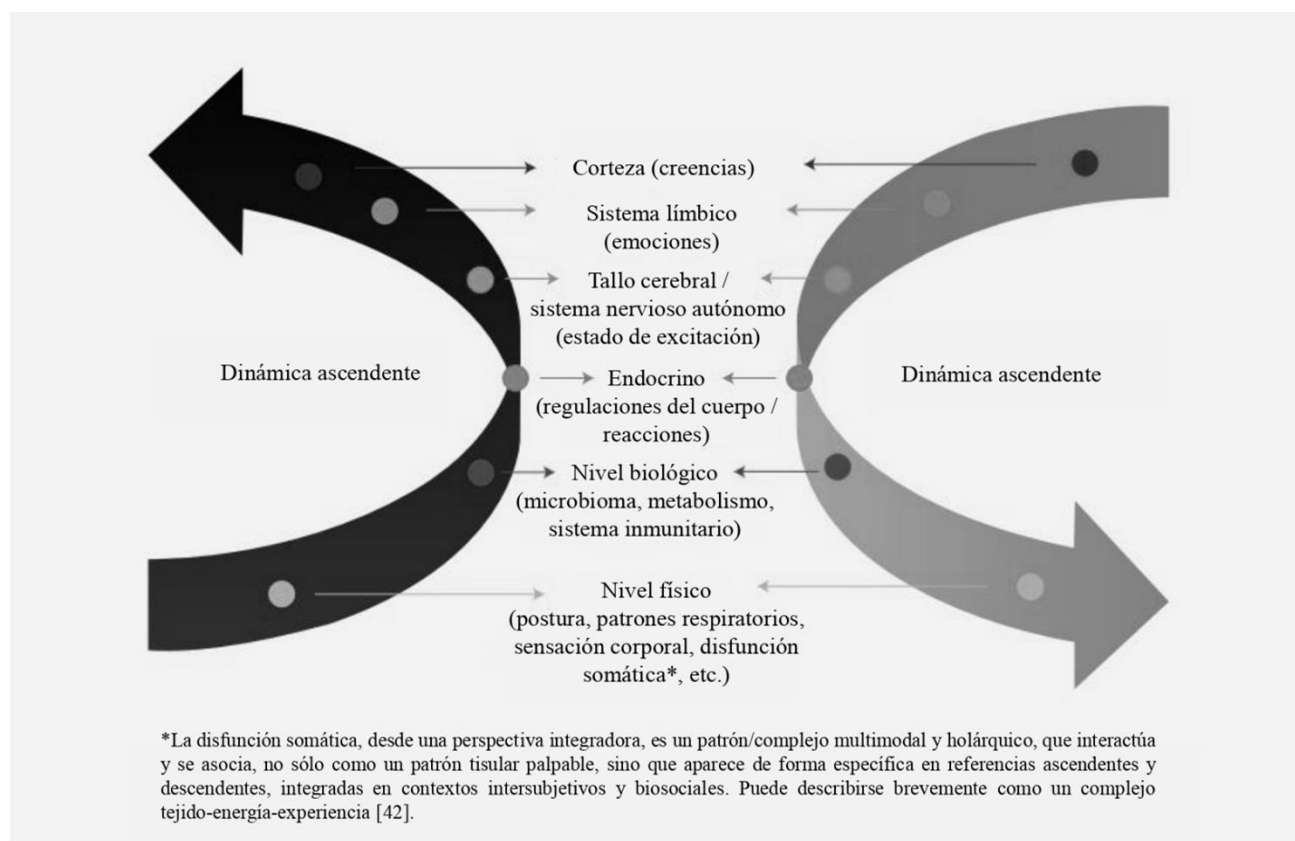


Fig. 1. Integración de los procesos descendentes y ascendentes en el encuentro terapéutico. En la disfuncionalidad y también durante la recuperación, varias dinámicas ascendentes y descendentes interactúan como mecanismos descendentes y ascendentes entre los tejidos periféricos y el cerebro, incluidos el sistema inmunitario y el sistema nervioso. Contribuyen a la salud física y mental. Por ejemplo, la creencia de que "la vida es incierta" puede desencadenar emociones como la ansiedad en el sistema límbico, lo que conduce a un aumento de la actividad simpática con respiración rápida y flat y manifestaciones físicas como dolores de cabeza por tensión, manos húmedas y frías, y tensión en el cuello y los hombros.

Si el paciente dispone de recursos suficientes, también toma conciencia de sus circunstancias vitales, experiencias, comportamientos y sentimientos actuales en el curso del tratamiento y reconoce los trastornos y disfunciones asociados. El paciente participa activamente en el proceso de curación. A través del tratamiento, el paciente debe adquirir habilidades para acceder gradualmente a este estado de relajación en la vida cotidiana. Además, se anima al paciente a centrarse en el presente y no en el pasado, a reconocer y admitir los límites, a establecer relaciones positivas y satisfactorias con uno mismo y con los demás, y a perseguir objetivos que den sentido a su vida [30].

Lo más probable es que el paciente se sienta seguro y protegido si se encuentra en una atmósfera de tratamiento tranquila y se encuentra con un terapeuta empático que tenga buenas habilidades de comunicación, practique un estilo de palpación relajado y aplique los tratamientos sin presión de tiempo [39]. Elkiss y Jerome destacaron que, además, se crea una conexión poderosa e íntima entre el terapeuta que toca y el paciente que es tocado, que complementa la comunicación verbal empática y favorece la curación terapéutica sincronizada [40].

La base de la osteopatía psicosomática es la integración de la dinámica descendente y ascendente en el diagnóstico y la terapia (Fig. 1).

El tratamiento mediante osteopatía psicosomática se divide en cuatro fases/aspectos:

1. Establecimiento de la relación terapéutica, incluido el diagnóstico.

2. Fase de estabilización.

3. Fase de integración/confrontación, por ejemplo, con integración bifocal.

4. Integración en la vida cotidiana.

Cada una de estas fases/aspectos se caracteriza por procesos específicos. Aunque se apoyan mutuamente, no están estrictamente delimitadas entre sí. Por ejemplo, la relación terapéutica es esencial durante todo el tratamiento. Además, los recursos de estabilización en la fase de integración/confrontación se adaptan individualmente y se aplican en dosis como correulación.

Construcción de la relación terapéutica -

Durante esta fase se discuten y acuerdan los objetivos del tratamiento y se desarrolla una relación terapéutica transparente y estable. Tanto el paciente como el terapeuta reconocen las necesidades del paciente (por ejemplo, mantener el control) y las estrategias de afrontamiento [41]. En esta etapa, es crucial ralentizar el proceso terapéutico. El terapeuta confirma la presencia de centros emocionales en el cuerpo palpando la tensión alrededor del plexo solar o celíaco, la región suboccipital, el cuello, la región de los ojos y el corazón, y examinando las zonas de transición en la columna vertebral y otros posibles signos de estrés traumático. La palpación incluye, por ejemplo, el ganglio celíaco, otros ganglios simpáticos, la región cardíaca, la faringe, la región suboccipital, los ojos, la sensibilización periférica y central, los gradientes de presión y los reflextos.

Fase de estabilización - Durante la fase de estabilización, se utilizan principalmente conceptos de reducción del estrés, incluyendo la identificación de estrategias de afrontamiento, la adquisición de conocimientos sobre las consecuencias del trauma, los ejercicios de reducción del estrés, la diferenciación y regulación de las emociones/efectos y el desarrollo de la confianza. Esta fase incluye la psicoeducación. Se consideran otros factores de estrés que pueden contribuir al estado actual, como el estrés psicológico, los factores sociales, ciertos alimentos y xenobióticos, las infecciones, la nicotina, el abuso de alcohol o drogas, el estrés oxidativo, el electro smog, el microbioma intestinal y el estilo de vida sedentario. Los métodos utilizados en esta fase refuerzan el estado emocional del paciente con el fin de abrir la posibilidad de abordar las cuestiones estresantes en las fases posteriores del tratamiento. Esto también incluye la terapia de manipulación osteopática funcional de las regiones del cuerpo en las que se manifiestan los efectos del trauma psicológico.

Fase de integración/confrontación - En esta fase se trabajan e integran los complejos de disfunción somática-energética-psíquica, las tensiones, el dolor crónico, el estrés o las experiencias traumáticas no procesadas en un marco claramente definido - mediante una activación dosificada y corre regulaciones simultáneas por parte del terapeuta. Una activación ligera es necesaria para poder trabajar con experiencias estresantes y no procesadas. Al

mismo tiempo, es esencial evitar cualquier forma de retraumatización. En este caso son posibles varios enfoques y técnicas. A modo de ejemplo, el procedimiento se describe a continuación utilizando una descripción simplificada de la integración bifocal multimodal (MBI) desarrollada por uno de los autores (T. L.). Esto incluye una práctica específica de palpación osteopática, un enfoque alternante bifocal, coregulación, anclaje y percepción de interocepciones, sensaciones corporales, emociones, pensamientos e imágenes, intervenciones respiratorias, reflectación de la escucha, etc.

Integración en la vida cotidiana - Un paso importante para los pacientes es la integración de sus progresos en la vida cotidiana. Durante el tratamiento, se promueven continuamente las habilidades esenciales para esta integración, por ejemplo, la presencia, la autoconciencia y la apertura a la vida [44]. A través de la posibilidad de estar en un estado de conciencia de las sensaciones físicas, estados flexibles de excitación, sentimientos y pensamientos en resonancia con el mundo exterior y de percibir y regular las influencias internas, el paciente es capaz de integrarse en la vida cotidiana. Con el tiempo, los pacientes experimentan un aumento de la vitalidad, la conectividad y la presencia, que ya no apoyan los patrones disfuncionales y las autocontracciones [43].

Metodología en la integración bifocal

1. Preparación: al principio, se explica el procedimiento y se acuerda una señal de parada en caso de que el paciente -por cualquier motivo- quiera detenerse. Esto permite al paciente controlar el curso del tratamiento. Después, se anclan recursos independientes del estrés respectivo, como el abrazo de mariposa o un lugar seguro, etc.

2. Identificación y valoración del estrés: el paciente identifica y se centra en la situación/imagen/emoción/dolor más estresante, etc., y la escala de 0 a 10.

3. Localización de la región de estrés correspondiente: el paciente percibe la región del cuerpo que reacciona con mayor intensidad al enfocar la imagen/situación de estrés. Puede ser necesario apoyar al paciente, por ejemplo, mediante la escucha reflexiva, para que perciba las sensaciones/interocepciones corporales, para que dirija la atención a éstas y/o para que desarrolle el ajuste de la atención.

4. Localización de la dirección correspondiente de la mirada de tensión: la dirección de la mirada que aumenta el nivel de excitación de la tensión en la región corporal nombrada se establece mediante la retroalimentación del paciente.

5. Localización de la región de recursos asociada: el paciente identifica la región del cuerpo que se siente más cómoda; si es necesario, puede ser necesario apoyar al paciente, por ejemplo, mediante la escucha reflexiva, para que perciba las sensaciones/interocepciones corporales, para

que dirija la atención a éstas y/o para que desarrolle el ajuste de la atención.

6. Localización del recurso asociado dirección de la mirada: la dirección de la mirada que aumenta el bienestar y la sensación de bienestar en la región del cuerpo mencionada se establece mediante la retroalimentación del paciente.

7. Palpación: el terapeuta palpa la región de tensión y/o la región de recursos, así como los patrones de tensión y recursos asociados en función de las reacciones que se produzcan en el paciente. Esta palpación se lleva a cabo según parámetros definidos con precisión de tonalidad, enfoque tridimensional, palpación de capas, campo de compresión, proceso centrífugo, afinación y procedimientos específicos para la regulación de los estados de excitación, etc., así como otros métodos específicos de atención palpatoria.

8. Se siguen las percepciones del campo corporal.

9. Enfoque alternado rítmicamente: el paciente se desplaza dinámicamente y a su propio ritmo, el enfoque entre las dos direcciones identificadas de la mirada. Por ejemplo, la frecuencia de la alternancia de enfoques debe elegirse de forma que resulte cómoda para el paciente y le ayude a entrar en un estado de flujo caracterizado por una atención sin esfuerzo y una experiencia automática.

10. Dinámica del proceso: se guía al paciente para que se mueva sin expectativas en el proceso. "estado de flujo" y estar abierto a todo lo que ocurre o entra en la conciencia. Pueden ser determinadas sensaciones corporales, estados de

excitación, sentimientos, pensamientos, percepciones, recuerdos, imágenes, etc. Con sólo una leve excitación, el proceso transcurre a su propia velocidad y dinámica y con el más mínimo grado de intervención por parte del terapeuta.

11. Coregulación y recursos: el terapeuta actúa como coregulador para apoyar el estado de flujo y el procesamiento asociativo o para regular la excitación. Identifica el nivel de excitación en cada momento del proceso mediante marcadores somáticos como la frecuencia respiratoria, el ritmo cardíaco, la variabilidad del ritmo cardíaco, la expresión facial del paciente, el tamaño de las pupilas, la postura u otras reacciones corporales. En la dinámica del proceso, hay un número prácticamente infinito de recursos y posibilidades de coregulación disponibles para mantener el proceso en un estado dinámico de equilibrio y flujo, adaptado a la respectiva zona de aprendizaje proximal cambiante del paciente. El apoyo del terapeuta se da, por ejemplo, en la diferenciación entre el pensamiento y el sentimiento, en el miedo a encontrar sensaciones corporales o sentimientos desagradables, etc. El terapeuta también puede ayudar al paciente en el proceso de aprendizaje. Por medio de los 5 canales sensoriales (visual, auditivo, cinestésico, olfativo, gustativo e interocepción; VAKOGI), el comportamiento y la emoción y su significado, se apoya al paciente, si es necesario, en la especificación y la finalización del contenido de las experiencias. Si es necesario, se hace que el paciente sea consciente de ciertas sensaciones corporales (interocepciones) o reacciones

corporales: "¿Puede sentir cómo ha respirado profundamente?" o "¿Cómo se siente ahora...?". Otras posibles coregulaciones son: Conciencia de la respiración (si la excitación es elevada, se pide al paciente que respire en el abdomen y más lentamente, si el "congelamiento" es leve, respira suavemente más profundamente), cambio de la región de palpación y de las cualidades de la palpación, equilibrio del SNA, estimulación del nervio vago [47], cambiar la dirección de la mirada, la postura/posición/movimiento del cuerpo y las expresiones faciales, ralentizar el proceso, modificar las submodalidades de las percepciones sensoriales (disociación, asociación), música con sonidos bilaterales e inducción de ondas alfa (por ejemplo, CD "Grounding Waves"), vibraciones miofasciales intrínsecas, adición de arquetipos, sanador interior, etc.

12. Exprimir el limón: al final del tratamiento, cuando el estrés ha llegado a 0-1 sobre 10, el paciente puede intentar aumentar la excitación asociada a la situación vivida para hacer accesibles al tratamiento, si es necesario, otros posibles estreses.

13. Anclaje: A través del tratamiento, pueden desarrollarse insights en el paciente [48], que se caracterizan por un cambio en la comprensión, por ejemplo, con respecto a las propias referencias/contextos vitales (véase el cuadro informativo "Antecedentes"), y se hace evidente una conciencia ampliada. Si se producen estas percepciones y/o cambios de conciencia y si se resuelve la tensión (tensión de 0 a 1 sobre 10), se

puede llevar a cabo un anclaje. Por ejemplo, con los ojos cerrados, el paciente puede centrarse en la sensación y otras cualidades de la parte más agradable del cuerpo y realizar un abrazo de mariposa. A continuación, se da al paciente espacio y tiempo para que abra los ojos a partir de esta experiencia y, posiblemente, establezca contacto visual.

14. Técnicas de distanciamiento seguras y adicionales: si se acaba el tiempo de tratamiento o se interrumpe por otro motivo y hay un estrés superior a 2 sobre 10, el contenido estresante de la conciencia puede "almacenarse" en una caja fuerte visualizada o mediante otras técnicas de distanciamiento hasta la siguiente cita.

15. Reevaluación: al final, se pide al paciente que verbalice los aspectos más destacados del tratamiento y las percepciones significativas. Esto favorece la integración del tratamiento y la puesta en práctica de los conocimientos y habilidades adquiridos en la vida cotidiana.

Antecedentes

Esto incluye, por ejemplo, una nueva conciencia de las conexiones entre las sensaciones físicas (por ejemplo, la tensión en el cuello y los hombros) y los sentimientos (por ejemplo, la ansiedad) y ciertas creencias (por ejemplo, "la vida es incierta"), así como los trastornos del estado de ánimo y las circunstancias de la vida (por ejemplo, las cefaleas tensionales y los límites no expresados en el triple papel de trabajar, ser madre y asociarse con el marido). Esta nueva conciencia y/o

percepción permite, entre otras cosas, mejorar la resiliencia, la regulación emocional y el fomento de la flexibilidad del comportamiento en la propia vida.

Durante el proceso, el paciente permanece en contacto con sus recursos y con los detalles de su trauma, mientras que el terapeuta se asegura de que el paciente, que normalmente se encuentra en un estado de excitación simpática leve, se ancle simultáneamente en la relajación [41]. Puede producirse una ligera sobreexcitación del sistema nervioso simpático cuando el paciente contacta mentalmente con situaciones o experiencias traumáticas estresantes. A lo largo del tratamiento, el terapeuta actúa como coregulador. En este proceso, la intervención osteopática debe tener como objetivo evitar la sobreexcitación del sistema nervioso simpático mediante la estimulación de los circuitos límbicos PAG. Este proceso se caracteriza por una dinámica transformadora. La principal pregunta que hay que responder no es "¿Qué es?", sino "¿Qué está pasando?" [42,43].

Para acompañar la experiencia interior del tratamiento, la palpación de los tejidos es esencial. La palpación y las interacciones energéticas en los campos corporales se combinan con la respiración, la vibración miofascial, la meditación, la conciencia dual y el diálogo interior, la estimulación del nervio vago [47]. Los pacientes perciben su interocepción de forma diferenciada, los recuerdos implícitos se vuelven explícitos [39].

Informe de un caso

Una mujer de 42 años se presentó con un dolor lumbar que había sufrido durante muchos años. Los antecedentes mostraban evidencias de estrés prenatal y abuso físico en la infancia. Dio positivo en experiencias adversas en la infancia (5 de 10 puntos). Algunos acontecimientos de su infancia -especialmente entre los 5 y los 7 años, cuando sufrió abusos físicos- seguían siendo muy estresantes para ella (9,5 puntos sobre 10 en una escala de valoración numérica para evaluar los niveles de estrés; 0 para nada de estrés y 10 para el peor estrés imaginable).

Se realizó un examen estructural osteopático completo para evaluar, entre otras cosas, las asimetrías y la sensibilidad (al dolor) [45]. Tras asegurarse de que se disponía de los recursos suficientes, se inició el MBI. Adaptado del método recientemente desarrollado del "brain spotting" [46], el paciente imaginó el momento más angustioso de la situación traumática específica y localizó la región del cuerpo que reaccionó de forma más desagradable a ella, en este caso el plexo solar, que se sintió como un puño apretado. Se identificó la posición de los ojos que intensificaba esta desagradable sensación física. Se le pidió a la paciente que moviera lentamente su mirada horizontalmente, y luego verticalmente, para encontrar la dirección de la mirada que aumentaba la tensión. Luego se localizó la región del cuerpo que se sentía más cómoda. Se trataba de la región del esternón, que se sentía fuerte durante la palpación. Luego se encontró la posición de los ojos que reforzaba esta

sensación corporal agradable (dirección de la mirada ingeniosa).

Se pidió a la paciente que moviera los ojos rítmicamente de la dirección de la mirada que mejora los recursos a la que estresa. El terapeuta palpó la región del esternón y siguió los micromovimientos de la banda. Luego palpó la región del plexo solar y también siguió los micromovimientos del tejido. Al mismo tiempo, el terapeuta registraba todos los signos vegetativos de la paciente (por ejemplo, la respiración) y le pedía que se mantuviera abierta a todo lo que ocurría. En los 30 minutos siguientes, la tensión subjetiva en la escala de estrés disminuyó de 9,5 a 0,5. La tensión en el plexo solar también disminuyó.

La respiración, que se había acelerado ligeramente durante el tratamiento, se volvió más profunda y lenta. Tres semanas más tarde, el paciente volvió a calificar el estrés percibido al inicio de la sesión con 6 puntos sobre 10 en la escala de estrés. Sin embargo, en el transcurso de dos tratamientos más, el estrés percibido alcanzó permanentemente el valor de 0. Siguieron otras intervenciones y, además, la paciente realizó por su cuenta ejercicios de reducción del estrés, diferenciación de afectos y regulación entre las sesiones.

Discusión

El modelo neuro-psico-fisiológico del trauma psico-emocional presentado ofrece un enfoque explicativo de los posibles efectos de la

osteopatía psicosomática utilizando el ejemplo de la integración bifocal multimodal que incluye la interacción efectiva entre paciente y terapeuta. Generar confianza y crear una sensación de seguridad para el paciente es el primer y más importante paso. A continuación, la fase de estabilización con ejercicios de reducción del estrés y la integración de estrategias de afrontamiento. En la fase de integración/confrontación, el complejo tejido-energía-experiencia disfuncional, el evento traumático o el estrés se trabaja en un entorno definido. Esto incluye la palpación de los tejidos, el anclaje de los recursos, la conciencia dual de VAKOGI, la estimulación del nervio vago [47], etc., la coregulación constante por parte del terapeuta y el trabajo de conciencia activa por parte del paciente. Por último, se anima al paciente a integrar las competencias adquiridas y la nueva confianza emocional y social en la vida cotidiana.

Referencias

1. Van der Kolk BA, Fissler R. La disociación y la naturaleza fragmentaria de los recuerdos traumáticos: visión general y estudio exploratorio. *J Trauma Stress* 1995; 8 (4): 505-525. doi: 10.1007/bf02102887
2. Giller E. ¿Qué es el trauma psicológico? <https://www.sidran.org/resources/for-survivors-and-loved-ones/what-is-psychological-trauma/>. Recuperado el 15.12.2018
3. Allen JG. Afrontar el trauma: una guía para la autocomprensión. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995
4. Van der Kolk BA. Implicaciones clínicas de la investigación neurocientífica en el TEPT. *Ann NY Acad Sci* 2006; 1071 (1): 277-293. doi: 10.1196/annals.1364.022
5. Wynn GH. Enfoques de medicina complementaria y alternativa en el tratamiento del TEPT. *Curr Psychiatry Rep* 2015; (178): doi600.: 10.1007/s11920-015-0600-2
6. Kim SH, Schneider SM, Kravitz L, Mermier C, Burge MR. Prácticas mente-cuerpo para el trastorno de estrés postraumático. *J Investig Med* 2013; (615): 827-834. doi: 10.2310/JIM.0b013e3182906862
7. Instituto Nacional para la Excelencia Sanitaria y Asistencial (NICE). Guía NICE [NG116]: Trastorno de estrés postraumático (diciembre de 2018). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations#management-of-ptsd-inchildrenyoung-people-and-adults>. Recuperado 1.2.2019
8. Asociación Americana de Psicología. Guía de práctica clínica para el tratamiento del TEPT. Washington, DC: American Psychological Association; 2017. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>.
9. Kar N. Cognitive behavioural therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a

review. Neuropsychiatr Dis Treat 2011; 7: 167-181. doi: 10.2147/NDT.S10389

10. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2016; (143): 128-141. doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.003

11. Mehling WE, Wrubel J, Daubenmier JJ, et al. Body awareness: a phenomenological inquiry into the com.

Recibido: Enero, 2022 • Aceptado: Enero, 2022
Adaptado de Liem T, Neuhuber W. Osteopathic Treatment Approach to Psychoemotional Trauma by Means of Bifocal Integration. Journal of the American Osteopathic Association. Marzo 2020;120(3):180-189, con amable autorización.