

Introducción

Esta edición de noticias DMM se focaliza en lo psicosomático. Nuestras contribuciones abarcan desde una breve revisión de investigación, la cual une el estrés tóxico durante el cuidado temprano, a características en la relación padre/madre-hijo, que predicen consecuencias en salud mental y física posteriores, a tres estudios de casos que analizan pacientes con respuestas somáticas al estrés relacional. Nicola Sahhar escribe acerca de un paciente con diagnóstico de Alexitimia, su incapacidad para acceder y verbalizar estados afectivos, conjuntamente a síntomas físicos tales como suspiros y torsión de manos. Franco Baldoni describe a un paciente que se presenta con quejas somáticas que amenazan su vida, las que parecen haber cedido, luego del tratamiento focalizado en analizar alteraciones tempranas y actuales en sus relaciones de apego. Sally Bryne lleva el tema a la intervención familiar, en un niño que presenta incapacidad repentina para caminar. Alan Abbass escribe acerca de la perspectiva para entender dichas condiciones clínicas, como defensas inconscientes, lo que permitiría a los clínicos diagnosticar, directamente, aspectos emocionales que contribuyen a las quejas somáticas. Por su parte, Patricia Crittenden cierra la edición con una discusión acerca de la mente y el cuerpo. Estos artículos muestran el potencial que existe en la conceptualización del DMM en experiencias vinculares tempranas y la forma en que esto facilita la comprensión de ciertas dificultades complejas, plantea nuevas interrogantes que precisan un mayor estudio y ofrece enfoques de tratamiento más efectivos.

¡Nuestro listado de miembros está creciendo! Visite nuestro sitio web en: www.iasa-dmm.org.

Nicole Letourneau *Editor* nicolel@unb.ca

Contenidos

- 1 Estrés tóxico en los cuidados tempranos & la Salud Infantil
- 2 Apego en Acción: ¿¡Porqué Nell no puede caminar?!
- 3 Alexitimia: ¿Ausencia de palabras para describir sentimientos? o ¿una forma de esconder información peligrosa??
- 4 El valor adaptativo de la desesperación, en un caso de crisis con sintomatología psicosomática, seguida de un abuso sexual infantil
- 5 Detectar la somatización usando la Psicoterapia Dinámica a Corto Plazo.
- 6 ¿Cuerpo o Cerebro? ¡SI!

Estrés tóxico en el Cuidado Temprano & la Salud Infantil



Nicole Letourneau & Gerry Giesbrecht

El estrés es parte de nuestras vidas, incluso de nuestra vida diaria. Los seres humanos estamos preparados para manejarlo. Sin embargo, cuando el estrés es demasiado intenso o permanece durante mucho tiempo, los cambios impactan tanto en el cuerpo como en el cerebro, afectando el desarrollo futuro. Por ejemplo, cuando los infantes y niños de temprana edad viven en hogares con cuidadores que sufren enfermedades mentales, adicciones o violencia doméstica, ellos se encuentran en riesgo de vivir una parentalidad impredecible, rechazante o abusiva. En estas situaciones, el sistema de estrés infantil está permanentemente puesto en "alto" y tal hiperactivación puede resultar en desórdenes psicosomáticos, asma, enfermedades respiratorias (Costa-Pinto & Palermo-Neto, 2010; Kozyrskyj et al., 2008) y (b) en cambios en la estructura y funcionamiento de algunas regiones cerebrales (Gunnar, Herrera, & Hostinar, 2009).

Estrés y cambios en el cuerpo

Durante el transcurso del día, algunos glucocorticoides, como el cortisol, son secretados al torrente sanguíneo a través del eje Hipotalámico Pituitario Adrenal (HPA). En la mayoría de las personas, las secreciones se incrementan en respuesta a los estresores. La activación del eje HPA, facilita la movilización de la energía almacenada: incrementa la tasa cardíaca, la presión arterial, la atención y el sistema de alerta ante estímulos ambientales. Cuando el estrés es controlable, corto y predecible, el eje HPA promueve la adaptación y la resiliencia. Pero cuando los cambios son incontrolables, impredecibles e invasivos, el estrés puede convertirse en "tóxico", alterando el funcionamiento del eje HPA.

Usualmente, el cortisol es secretado en un ritmo diurno; con bajos niveles al despertar, seguido por su nivel más alto de secreción hacia mediodía y de disminución progresiva hacia la noche. Infantes, hijos de madres con depresión post parto, frecuentemente presentan una menor disminución durante el día. En otras palabras, estos niños poseen un patrón diferente, caracterizado por una alta y continua secreción de cortisol durante la tarde. En un análisis más preciso, los infantes de madres que presentan contacto físico delicado con su bebé, contacto ocular, sonrisas y vocalizaciones contingentes, logran reducir efectivamente, los niveles de cortisol durante la tarde. (Letourneau, Watson, Duffett-Leger & Hegadoren, in review). Esto viene a confirmar la existencia en humanos, de un proceso largamente conocido en ratas bebés.

Por otra parte, experiencias disruptivas, abusivas, de rechazo o impredecibles 'inundan' el cerebro de cortisol. La activación crónica del eje HPA, posee perjudiciales consecuencias para el desarrollo infantil. Dosis altas y persistentes de cortisol dañan el crecimiento neuronal y las conexiones dendríticas. En este sentido, el estrés tóxico deja una huella biológica de daño perdurable, tanto a nivel estructural como funcional en el cerebro (Shonkoff, 2004).

Estrés y cambios en el cerebro

Existen dos importantes regiones cerebrales que son afectadas por el estrés tóxico; el hipocampo y la corteza prefrontal. Estas regiones en el cerebro están relacionadas con la memoria y la auto-regulación y son el punto de inicio del desarrollo cognitivo y socio-emocional. Con el tiempo, los efectos del estrés tóxico en la estructura y funcionamiento cerebral pueden llevar a cambios en patrones de comportamiento, desde una organización contexto-responsiva a patrones más habituales, estereotipados y rígidos. Estos niños presentan una menor capacidad en la resolución de problemas, de manera independiente. La relación entre la exposición a depresión materna, durante los primeros dos años de la vida, y la hiperactividad entre los dos y los ocho años de edad, apuntan al resultado potencial de exposición crónica a estrés tóxico (Letourneau et al., 2006). Además se acumula evidencia, relativa a que el estrés tóxico puede influenciar la respuesta inflamatoria corporal. (Gunnar, et al., 2009).

Conclusiones para los clínicos

Los efectos del estrés tóxico son particularmente perjudiciales en la niñez temprana, debido a que el cerebro, durante esta fase de rápido desarrollo, se encuentra extremadamente sensible a la experiencia. Del mismo modo, el desarrollo cerebral futuro del niño, se estructura sobre su desarrollo presente y pasado. Del mismo modo, cambios en la estructura y funcionamiento del cerebro, como resultado de la exposición a estrés tóxico, producen cambios acumulativos, afectando no sólo aspectos presentes del desarrollo de una etapa específica, sino también a etapas sucesivas, las que se estructuran sobre la base del desarrollo anterior. Esto quiere decir, que el cerebro se adapta a circunstancias pasadas y presentes, pudiendo esto limitar a los individuos a dichas circunstancias.

Bibliografía

- Costa-Pinto, F., & Palermo-Neto, J. (2010). Neuroimmune interactions in stress. *Neuroimmunomodulation*, 17, 196-199.
- Gunnar, M., Herrera, A., & Hostinar, C. (2009). Stress and early brain development. Montreal, QC.
- Kozyrskyj, A., Mai, X., McGrath, P., HayGlass, K., Becker, A., & MacNeil, B. (2008). Continued exposure to maternal distress in early life is associated with an increased risk of childhood asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177, 142-147.
- Letourneau, N., Watson, B., Duffett-Leger, L., & Hegadoren, K. (in review). Maternal-infant interactions are related to cortisol levels in mothers and infants affected by postpartum depression.
- Letourneau, N. L., Fedick, C. B., Willms, J. D., Dennis, C. L., Hegadoren, K., & Stewart, M. J. (2006). Longitudinal study of postpartum depression, maternal-child relationships and children's behaviour to 8 years of age. In D. Devore (Ed.), *Parent-child relations: New research* (pp. 45-63). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Shonkoff, J. (2004). Science, policy, and the young developing child: Closing the gap between what we know and what we do (pp. 1-12): Ounce of Prevention Fund.

Nicole Letourneau, Ph.D., RN University of New Brunswick & Gerry Giesbrecht, Ph.D., University of Calgary

El Apego en Acción: ¿Por qué Nell no puede caminar!?

Nell, con once años de edad, llega al hospital con dolor abdominal severo. Recibe tratamiento endovenoso y analgésicos potentes, sin encontrar causa médica a sus síntomas. Sin embargo, señalaba sentir tanto dolor que apenas podía moverse. Cuando logra caminar, su andar era un espectáculo de movimientos lentos y bruscos acompañados de gruñidos, muecas y parpadeos. Las enfermeras notaron un aumento de los síntomas cada vez que los familiares estaban presentes.



Sally Byrne

Nell fue derivada a Medicina Psicológica. Vieron que era perfeccionista y trabajadora, de alto desempeño; pero, se veía muy joven, con dos moños y una voz suave-. Además era controladora. Su familia era muy solícita de sus necesidades y se presentan como armónicos, socialmente respetables, y sin estresores evidentes. Se hace el diagnóstico de Trastorno Somatomorfo y Trastorno Conversivo.

Se le realizó a Nell un SAA para identificar su estrategia de auto-protección, los factores estresantes que la aproblemaban, presencia de traumas y pérdidas. Nell pareció utilizar tanto una estrategia complaciente compulsiva (A4) y también una de coerción punitiva y seductora (C5-6). También hubo indicios de que algo "malo" había en casa y reiteradas sugerencias de que su madre era tensa.

Nuestra hipótesis de trabajo fue que Nell utilizaba una estrategia A de inhibición y un comportamiento que ya no estaba funcionando, debido a que el ser buena y obediente ya no atraía la suficiente atención. En consecuencia, ella intentaba una estrategia C algo somatizada y desesperada. Sin embargo, la SAA no nos proporcionó información acerca de la necesidad que ella tenía de cambiar de estrategia.

Para Navidad, Nell regresó a casa en una silla de ruedas durante las vacaciones de 6 semanas. Su dolor abdominal había pasado, pero todavía era incapaz de caminar y necesita atención permanente.

Después de las vacaciones, se estructuró un detallado programa de rehabilitación, el que incluyó atención en el hospital de la escuela, fisioterapia diaria, trabajo psicológico individual y sesiones semanales con la familia.

En estas sesiones, la madre de Nell habló de las tensiones maritales ocurridas en el pasado, las que casi llevaron a la separación de la pareja. Ella se quejó, intensamente, acerca de la carga del trabajo doméstico y de los niños. El padre de Nell veía pocos problemas y negó cualquier conflicto marital.

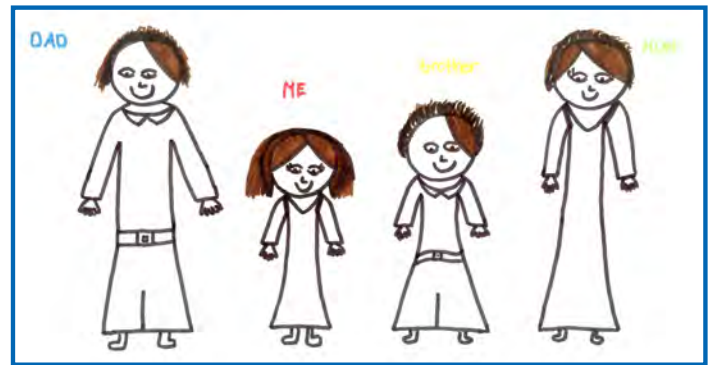


Nell estaba dispuesta a hablar en nombre de sus padres y se mostró pedante en su atención a los detalles.

Durante dos semanas, Nell se involucra diligentemente en el programa de rehabilitación, se movía bruscamente, pero de manera independiente. Regresó a la escuela regular, mientras asistía a consulta diaria externa psicológica y de fisioterapia, además de las sesiones mensuales con la familia. La terapia individual poco a poco reveló su profunda preocupación por las tensiones matrimoniales y su temor al divorcio.

La madre de Nell dijo que cuando su esposo se sentía frustrado, explotaba verbalmente con ella y los niños. Que en la infancia, había experimentado frecuentes e intensos conflictos entre sus padres y lo recordó deseando que sus padres se separaran. Él creía que los conflictos tendían a explotar y que luego se resolvían, y prefirió esto al estilo “represivo” de la familia de su esposa. Para evitar el conflicto, la madre de Nell intentaba resolver los problemas por ella misma. Esto, a su vez, la llevó a sentirse tan mal. La pareja trató de ocultar sus conflictos, restringiéndolos a habitaciones vacías de la casa. Cuando se les invitó a discutir estos temas en las sesiones familiares, Nell se mostró agitada físicamente, para luego intentar disipar la tensión con humor.

Poco a poco los temores de Nell se fueron enfrentando



junto a sus padres. A pesar que seguían minimizando sus desacuerdos, fueron entrenados en proporcionar información más explícita a Nell. Sin embargo, cuando Nell volvió a funcionar bien con una estrategia de rendimiento compulsivo puro, sus padres finalizaron el tratamiento pensando que no era necesario continuar. El SAA de Nell fue útil al permitir evidenciar los problemas maritales como la verdadera fuente de su angustia, pero nos recuerda que no es una evaluación independiente, sino que generalmente, ésta requiere de información adicional.

Sally Byrne – Psiquiatra Infantil, Hospital de Niños de Westmead Sydney, Australia

Alexitimia: ¿Ausencia de palabras para describir sentimientos? o ¿una forma de esconder información peligrosa?



Nicola Sahhar

La *Alexitimia* se caracteriza por la incapacidad de acceder y verbalizar estados afectivos, junto con una limitada habilidad de imaginación y una orientación hacia detalles externos (Sifneos, 1973). Aunque no se menciona a la Alexitimia ni en el manual DSM-IV ni en el CIE-10, es estudiado por numerosos investigadores. [Una pregunta central es si se constituye en un problema lingüístico o en un problema](#)

[interpersonal y familiar.](#)

Un estudio de investigación

Para abordar la pregunta, se clasificaron Entrevistas de Apego en Adultos (AAI) de pacientes con y sin diagnóstico de Alexitimia, usando el método de clasificación del Modelo Dinámico Maduracional de Crittenden (DMM).

Los resultados de la AAI en pacientes con Alexitimia mostraron:

- Un tipo de Estrategia A3-6 compulsiva auto-protectora (A+)
- Sólo algunos poseían además una estrategia auto-protectora coercitiva. (i.e., A+/C+)
- Triangulación
- Trauma o pérdida no resuelta
- Depresión (Con A+ solamente)
- Expresión de síntomas somáticos. ([ess] sólo con A+/C+)

Las estrategias compulsivas se caracterizan por la inhibición o falsificación del afecto negativo real, hasta el extremo de no percibir ningún afecto negativo real, como la tristeza, el enojo y el temor. La depresión indica una falla en la presencia de estrategias auto-protectoras en la situación de vida actual del individuo; funciona para reducir la activación y mantener baja la expresión afectiva. Estas clasificaciones son consistentes, en la medida que no permiten al individuo verbalizar emociones.

Los individuos entrevistados que presentaban expresión de síntomas somáticos, son invadidos por síntomas corporales intrusivos, como respiración fuerte e intensa, la que produce breves interrupciones durante la entrevista y una comunicación no fluida. Aunque las expresiones somáticas desvían la atención de temas psicológicos e interpersonales, los entrevistados parecen no estar conscientes de los síntomas físicos como algo significativo. En este sentido, la expresión de síntomas somáticos indica un conflicto entre su conocimiento y su expresión: ellos contienen la información prohibida implícitamente, lo cual encuentra una vía de expresión somática, fuera del conocimiento consciente.

Tal como ocurre en los niños, los pacientes entrevistados y clasificados como Utr UI A+C+ [ess], parecen haber sido detenidos en conflictos familiares, vinculados a secretos familiares.

Estudio de un caso

Willi, un hombre de 50 años, quien era infeliz en su matrimonio, desarrolló síntomas somáticos que incluían espasmos coronarios, pérdida de audición, dermatitis atópica e inflamación testicular. Durante la AAI, al manifestar información relevante lo hace con inhalaciones y exhalaciones profundas, las que en algunas oportunidades fueron combinadas con un

llanto fuerte e inesperado, situación que a momentos, pareció no ser lo apropiado. Al referirse a otras circunstancias, él minimiza la expresión afectiva cuando describe experiencias negativas.

Durante su niñez, la relación marital de sus padres fue tensa, debido a la ausencia frecuente del padre. Además, su padre era violento con él y con su madre, ésta última nunca lo protegió de esto. La manera en que se refería a su familia no era fluida, presentaba vacíos, lo cual sugería haber experimentado “algo” prohibido de relatar, ya que su eventual revelación, podría poner en peligro la unidad de la familia.

La codificación de la AAI sugirió una hipótesis: el probable adulterio de ambos padres, el que si era revelado, podría destruir a la familia. Así, la percepción del niño tuvo que ser negada y haberla llevado a información representada somáticamente. En este caso, la respiración de Willi durante la entrevista (AAI) concuerda con los patrones de respiración que ocurren durante las relaciones sexuales. Así, el adulterio puede haber sido representado somáticamente de esta forma, la cual era inaccesible de simbolizar y expresar semánticamente (cf., Kraemer, & Loader, 1995; Sifneos, 1973; Sonnby-Borgström, 2009).

Esto redujo el conflicto intrafamiliar, pero quedó asociado a malestar corporal.



Nicola Sahhar, Psicoanalista, Colonia, Alemania

A pesar de no fue posible confirmar o refutar esta hipótesis a través de la evidencia biográfica, es posible considerar la posibilidad de que un niño sea involuntariamente testigo de la intimidad de un adulterio, escuchando profundos suspiros y respiraciones de adultos, sin ser capaz de integrar la información o de permitirle entender lo que estaba ocurriendo. En este tipo de casos, la Alexitimia apunta hacia información prohibida; pero, expresada de manera involuntaria, a la cual no se le permite ser puesta en palabras. Los espasmos coronarios del hombre, pueden, en consecuencia, tener conexión con su ansiedad, la pérdida de audición por ser testigo de las infidelidades de su madre con otro hombre, su dermatitis atópica e inflamación testicular, con conflictos generales referidos a su intimidad y sexualidad.

Si esto es correcto de manera razonable, el desafío por tanto para el terapeuta es permitir el desarrollo de la atención compartida hacia representaciones verdaderas, pero disfrazadas, del “self” en relación a los otros, expresadas a través de la sintomatología somática.

Bibliografía

Kraemer, S. & Loader, P. (1995). Passing through life: Alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 937-941.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-263.

Sonnby-Bergström, M. (2009). Alexithymia as related to facial imitation, mentalization, empathy, and internal working models-of-self and -others. *Neuropsychoanalysis*, 11, 111-128.

El valor adaptativo de la desesperación en un caso de crisis con sintomatología psicósomática, seguida de un abuso sexual infantil

La desesperación es un estado mental de indefensión que lleva a la gente a abandonar su conducta habitual y buscar la ayuda de otros (Crittenden, 1997). Representa un último intento de protección hacia el sí mismo, al comunicar el estado de uno mismo a un otro distinto. Por lo tanto, refleja una última señal de esperanza y posee un valor adaptativo. Un estudio de caso iluminará este concepto.

La historia de Cabó

Cabó es una mujer de 37 años de edad, casada. En su adolescencia, sus padres se separaron después de años de disputas y Cabó se quedó a vivir sola con su padre. Más tarde se casó, se convirtió en madre, y comenzó a sufrir de ansiedad, irritabilidad y ataques explosivos de ira hacia su marido y su hija. Ella se presentó ante su médico con hipertiroidismo y exoftalmia (completamente negada) lo que fue resuelto con tratamiento médico. Después de un año de psicoterapia en DMM, de orientación dinámica, su estado emocional mejora. Cabó interrumpe abruptamente el tratamiento. Sus síntomas físicos habían disminuido, se reparó su estrategia de auto-protección y estaba funcionando de nuevo.

Tres años más tarde muere su querida abuela. Pronto Cabó fue hospitalizada debido a severos trastornos gastrointes-

tinales y urinarios, fiebre alta, inflamación óptica, y estado mental confuso. No había evidencia médica para sus síntomas. Desesperada y con miedo a morir, pidió, llorando, hablar con su marido y conmigo y, por primera vez, reveló que ella había sido abusada sexualmente por su padre. También confesó haber tenido varias relaciones extra matrimoniales.

Antes de la segunda ronda de psicoterapia, le realicé a Cabó la AAI, la utilicé para formular sus problemas y estructurar el tratamiento.

Formulación del DMM

El problema a largo plazo. La AAI realizada a Cabó reveló una estrategia A de tipo compulsivo, caracterizada por depresión parcial y trauma no resuelto por abuso sexual: (Dp) TNR (p) abuso sexual A4-5 (7). La complacencia compulsiva (A4), las actitudes promiscuas (A5), y la exteriorización de afecto negativo (A) eran conductas centrales en su funcionamiento. Su padre pudo haber mal interpretado su comportamiento y haberle dado señales sexuales no reguladas (ver Ferenczi 1933). Cabó desestimó el abuso durante muchos años, lo



Franco Baldoni

que dificultó su aprendizaje sobre cómo desarrollar relaciones sexuales seguras. Su buena apariencia aseguró que encontrara atención y protección de los demás, pero esto empeoró sus tendencias promiscuas. Por lo tanto, sedujo y fue seducida por los hombres sin reconocer su contribución en esto. Su incapacidad para reconocer y regular las emociones, llevó a que se produjeran intrusiones de afectos negativos y graves reacciones somáticas. El haber ignorado su propio miedo y vulnerabilidad previnieron que buscara ayuda (Baldoni 2010).

La crisis precipitante

Los síntomas somáticos y psicológicos que siguen a la muerte de su abuela (una figura de apego idealizada) fueron una amenaza grave para la vida de Cabó. Al temer a la muerte, abandonó su habitual estrategia de auto-protección, volviéndose activa y visiblemente desesperada. Esto le permitió buscar ayuda en sus figuras de apego: su marido y su antigua psicoterapeuta.

El tratamiento

Antes incluso de dejar el hospital, ella (1) revela los romances y el abuso, (2) expresándose anteriormente un sufrimiento inhibido, y (3) mostró los síntomas de un trauma latente (que ya no era bloqueado). Esto eliminó los síntomas físicos y redujo dramáticamente las crisis de rabia (intrusiones de afecto negativo). Con la elaboración del trauma, mejoró las relaciones con su marido y su hija en tan sólo unos meses.

La historia de Cabó revela cómo una crisis en el apego, en un tipo A compulsivo, con un trauma latente, lleva a un fracaso en la estrategia y a una crisis somática. El incremento en el miedo a la muerte expresó desesperación, lo que permitió que Cabó por una parte, buscara ayuda y por otra diera a conocer el abuso del pasado. Al utilizar la crisis para cambiar su estrategia, se sintió bien físicamente y mejoró sus relaciones y su seguridad.

Franco Baldoni, MD, PhD, Profesor Asociado en Psicología Clínica, Universidad de Bologna (Italia)

Bibliografía

Baldoni F. (2010): La prospettiva psicosomatica. Dalla teoria alla pratica clinica (The psychosomatic perspective. From theory to clinical practice). Bologna: Il Mulino.

Baldoni F. (2011): "La funzione adattiva della disperazione nel fallimento delle strategie di attaccamento: una prospettiva Dinamico-Maturativa" (The adaptive function of desperation in the failure of attachment strategies: a Dynamic-Maturative perspective). In V. Caretti, Craparo G., Schimmenti A. (Eds.) Trauma. Teoria, clinica, ricerca. Roma: Astrolabio (in press).

Crittenden P. M. (1997): "Toward an Integrative Theory of Trauma: A Dynamic-Maturation Approach". In D. Cicchetti, S. Toth (Eds.), The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 10. Risk, Trauma, and Mental Processes. Rochester: University of Rochester Press, pp. 34-84.

Ferenczi S. (1933): "Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and the language of passion". International Journal of Psycho-Analysis, 30, pp. 225-230, 1949.

La Detección de Somatización Mediante el Uso de Psicoterapia Dinámica Breve Intensiva



Allan Abbass

La interrupción en los vínculos y la interrupción en los esfuerzos de vinculación, como la muerte o la enfermedad de uno de los padres, produce una cascada de emociones complejas. Estas emociones, en muchos casos, incluyen dolor, rabia y culpa por la rabia. Davanloo (1990) de la Universidad McGill, observó sistemáticamente estas interacciones y las utilizó como base para el desarrollo de su modelo

de Psicoterapia Dinámica Breve Intensiva –ISTDP– (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy). Davanloo descubre que emociones inconscientes tales como la rabia y la culpa por sentir dicha emoción, generaban ansiedad a nivel inconsciente. El observa cuatro patrones básicos de respuesta corporal, las cuales describiremos a continuación.

Las defensas inconscientes como "aislamiento" del afecto, represión del afecto y proyección, emergen para reprimir estas emociones inconscientes. Los trabajos de Davanloo nos permiten diagnosticar, directamente, la contribución que establecen dichas manifestaciones emocionales a las quejas somáticas.

La primera vía es denominada el patrón de descarga del músculo estriado. Este patrón se evidencia clínicamente en el apretamiento de manos y en frecuencias de respiraciones en la forma de suspiros, los cuales progresan desde la parte superior del cuerpo hacia abajo. Cuando existe tensión corporal total, pueden aparecer movimientos involuntarios (tics), espasmos, así como también dolor posterior. La hiperventilación puede ser un producto de lo anterior, debido al exceso de respiraciones inconscientes en la forma de inhalaciones y exhalaciones prolongadas o suspiros.

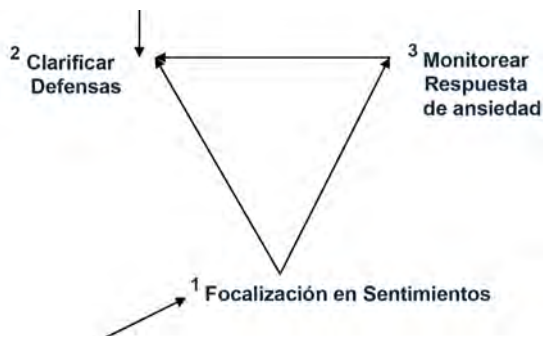
La segunda vía involucra el músculo liso. El músculo liso se encuentra presente en el intestino, las vías respiratorias, los vasos sanguíneos y la vejiga. El aprendizaje preconsciente, de acuerdo a los principios de aprendizaje del comportamiento, dispone a estos músculos a espasmos agudos o crónicos, asociados a una variedad de síndromes clínicos frecuentes tales como; migrañas, hipertensión, síndrome de intestino irritable y enfermedad respiratoria reactiva.

La tercera vía de descarga de ansiedad inconsciente se presenta en la forma de distorsiones perceptuales y cognitivas. La persona puede tener visión borrosa o ceguera total, sufrir interrupciones en la audición y en otros sentidos. La persona puede desmayarse y tener alucinaciones. Esta forma de ansiedad puede ser asociada con episodios psicóticos.

El cuarto patrón es el de la conversión motriz. En este patrón los músculos se presentan débiles y no existe evidencia de otros signos de ansiedad inconscientes. Así, por ejemplo, la persona puede estar relajada, pero tener paralizado uno de sus miembros.

El movilizar, activamente, los sentimientos relativos a la vivencia de vinculación y las emociones referidas al trauma, puede ayudar al terapeuta a detectar la presencia o ausencia de estas vías somáticas en determinado paciente. Cuando se movilizan estas emociones, se movilizan también las defensas. Enfrentado a la ansiedad inconsciente del paciente, el terapeuta está en condiciones de poder determinar de manera directa aquellos elementos inconscientes que contribuyen a las quejas somáticas.





La información que avala el modelo de tratamiento de Davanloo es, actualmente, bastante extenso, en 19 investigaciones con resultados clínicos publicados (Abbass et al., 2008, 2009). Estudios en costo-eficacia demuestran que el tratamiento reduce la atención en servicios de salud, discapacidad y uso farmacológico.

Hemos demostrado que el ISTDP reduce el número de segundas visitas en el servicio de urgencia, en pacientes con sintomatología

sin explicación médica. Basándonos en este trabajo, hemos sido financiados para contratar a un psicólogo de jornada completa para que realice estas evaluaciones, en los servicios de urgencia de nuestros hospitales locales.

Para mayor información acerca de esta evaluación y del modelo de tratamiento o acerca de cualquiera de estas publicaciones, consulte: www.istdp.ca.

Allan Abbass MD FRCPC Director, Centro de las Emociones y la Salud, Universidad de Dalhousie, Canada

Abbass A, Campbell S, Magee K, Tarzwell R. Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms; preliminary evidence from a pre-post intervention study. *CJEM*. 2009 Nov, 11(6), 529-34.

Abbass A. Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *J Fam Pract* 2005, 54(3), 231-239.

Abbass A, Lovas D, Purdy A. Direct Diagnosis and Management of Emotional Factors in Chronic Headache Patients. *Cephalalgia*. 2008 Dec;28(12):1305-14.

Davanloo H. *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo*, MD. Chichester: John Wiley and Sons; 1990.



Patricia Crittenden

¿Cuerpo o Mente? ¡Sí!

Cuerpo y mente son aspectos de una sola entidad - ¡de una persona! - Y cada uno afecta al otro. En esta edición de Noticias DMM, hablamos acerca de los trastornos "psicosomáticos", es decir, problemas en los que el cuerpo parece saber lo que la mente no puede decir.

Probablemente, usted esté familiarizado con el tipo de información "cognitiva", "afectiva" y de las representaciones. **Pero ¿había notado que hemos agregado información "somática" y de representación al modelo?** ¡Ya era hora! Después de todo, nuestra primera información en la vida es somática y la información más importante acerca de mantenernos vivos es somática. De hecho, y debido a que muchísima información es representada somáticamente, un psicoterapeuta no puede permitirse el lujo de pasar por alto esta importante, pero implícita, fuente de información acerca del bienestar de las personas.



Allan Abbass ofrece una breve lista de indicadores físicos a observar, al mismo tiempo de citas de documentos completos para ampliar sus ideas. Nicole Letourneau, la editora en este número especial de DMM Noticias, describe su investigación en bebés de madres con depresión posparto. ¿Es importante su trabajo sobre el desarrollo cerebral de los bebés? De hecho, lo es para el 15% de los bebés nacidos de madres deprimidas: el desarrollo de sus cerebros está en riesgo y por lo tanto su desarrollo general está en riesgo.

Sally Byrne nos muestra cómo el apego puede cambiar nuestra

práctica clínica. El vientre de Nell le duele tanto que no puede caminar, pero los médicos dicen que está bien. Lea acerca de su tratamiento y pregúntese: ¿Cuál es la diferencia entre un tratamiento que "repara" una estrategia no-B (en el caso de Nell, un comportamiento compulsivo) y un tratamiento que "reorganiza" la estrategia, además del funcionamiento de la familia hacia un mayor equilibrio? Si usted decide que Nell y su familia sólo regresaron a su estado anterior - aquel que creó los síntomas de Nell, ¿cómo puede el terapeuta haber convencido a los padres de Nell a permanecer más tiempo en tratamiento con el fin de hacer los cambios duraderos?

En el caso de Cabó de Franco Baldoni, vemos tanto una estrategia de reparación después de su primera crisis, y luego una segunda crisis que se traduce en una evaluación, formulación y tratamiento más exhaustivos. El resultado es la reorganización de una estrategia de apego más adaptativa de auto-protección.

Nicola Sahhar ofrece una hipótesis muy desafiante: **¿Representa el gemido de Willi la información "prohibida-a-revelar" acerca de la infidelidad de sus padres? ¿Cómo podría una hipótesis como esta verificarse con un paciente sin ofrecerle a él la hipótesis posiblemente equivocada del terapeuta?**

La diversidad de temas en este número es muy grande - lo que no debe sorprendernos en absoluto. No ocurre a nivel de comportamiento o a nivel psicológico sin la participación del cuerpo. De hecho, cuando algo nos duele, ya sea por una herida física o psicológica, ¡el cerebro registra la misma representación en la corteza cingulada anterior! (Botvinik, et al, 2005; Eisenberger, et al 2003).! **Para ofrecer tratamiento de cura psicológica, debemos prestar atención tanto al cuerpo como a la mente. Es decir, todo comportamiento es "psico-somático".**

¿Tiene usted un caso desconcertante que compartir con nosotros? ¿Un triunfo emocionante de ingenio terapéutico? Si usted es un miembro de la IASA, visite nuestro foro en www.iasa-dmm.com y cuéntenos acerca de su experiencia. (Si no es miembro, por qué no unirse ahora!) ¡Sostengamos una conversación!

Patricia M. Crittenden, Ph.D. Family Relations Institute, USA

Bibliografía

Botvinick, M., Jha, A. P., Bylsma, L. M., Fabian, S., Solomon, P., & Prkachin, K. (2005). Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *Neuroimaging*, 25, 312-319.

Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302, 290-292.