

SESIÓN CLÍNICA

Teoría Polivagal. Stephen Porges

Por Sergio Cánovas Cuenca. Psicólogo Clínico.

Molina de Segura a 13 de diciembre de 2019

La teoría Polivagal “se ha desarrollado a partir de cuatro décadas de investigación” en las que se ha aplicado a campos diversos, lo que ha permitido ver las amplias implicaciones que esta teoría tiene y cómo ha ido involucrando cada vez a más investigadores. Es una teoría que se ha construido sobre una base sólida de investigación **en torno a la regulación del SNA.**

La teoría Polivagal es una teoría de la regulación autónoma y por tanto da información renovada y muy relevante para la comprensión de los estados de regulación, de los estados de desregulación y sobre las estrategias terapéuticas que pueden seguirse en el abordaje de diferentes síndromes psicopatológicos y somáticos en los que dicha regulación y desregulación tienen una participación.

Un campo muy relevante de aplicación es en el campo de las terapias de la **traumatización y del estrés crónico.**

¿Quién es Stephen Porges?

Porges dice que en el “desarrollo y expansión de sus estudios tomaron parte numerosos colaboradores” y reconoce también que no es algo que nace “ante un vacío intelectual, sino que esas ideas fueron el producto de discusiones y debates con colegas y estudiantes” y de más influencias que ejercieron algunas personas.

También reconoce que ha habido personas que han sido una “guía científica e intelectual” con la que se fue formando.

Da un reconocimiento especial a aquellos que le ayudaron en los temas clínicos, en neurofisiología comparativa, biología evolutiva, y análisis de series temporales. Podemos ver en los temas que cita qué clase de formación tiene y vemos en ello que nos permite presentarlo, ya que es una teoría que tiene nombre propio.

Todo esto le permitió “integrar ideas, datos y métodos, que ayudaron al descubrimiento del audaz **principio organizador** sobre el que se basa la teoría polivagal”.

Pero hay unas personas para las que tiene un reconocimiento especial:

Sue Carter, que además de ser su esposa es descubridora de la importancia de la oxitocina en el vínculo de apego.

David C. Raskin lo introdujo en la Psicofisiología. Porges estaba dedicado a la investigación de laboratorio y su formación era esa.

Robert E. Bohrer que lo "tuteló en estadística de series temporales", es decir, en sus conocimientos matemáticos siendo estudiante, lo que lo modeló intelectualmente para la investigación de laboratorio que haría con posterioridad.

Stanley I. Greenspan que estimuló su interés en los trastornos psiquiátricos y esto le permitió preguntarse por los mecanismos neurobiológicos de los signos y síntomas clínicos psicopatológicos.

Otra mención importante es a **Peter Levine** que es el creador de un enfoque de tratamiento del trauma llamado Experiencia Somática™ que es poco conocido. Porges le atribuye que con sus conocimientos sobre las "manifestaciones somáticas del trauma estimularon su pasión por entender los mecanismos neurobiológicos que intervienen en sus efectos debilitantes."

Teoría Polivagal y su relación con el Trauma

Dice Bessel A. Van der Kolk que "escuchar una pieza de música nueva o una idea científica novedosa es una experiencia que puede llegar a transformar la vida" y menciona que una de esas experiencias tuvo lugar en mayo de 1999 en el Congreso anual de Boston sobre Trauma que organizaba él mismo, un día en el que después de oír a **Bruce Mc Ewen** hablando sobre estrés e hipocampo e introduciendo la noción de **neuroplasticidad**, refutando a Ramón y Cajal; a **Jaak Panksepp**, experto en los circuitos cerebrales que "subyacen al Apego, el miedo, la rabia y el juego brusco", tuvo ocasión de oír después de los citados a **Porges** sobre la **Teoría Polivagal de las emociones**, lo que reconoce supuso un cambio fundamental en su manera de entender el trabajo en el que estaban en el campo del Trauma.

Van der Kolk es un investigador en traumatización de primer nivel junto a otros como **Peter Levine** antes citado y **Pat Ogden** y son referencias mundiales que reclaman la Teoría Polivagal como el **Mapa** sin el cual no se puede entender ni la clínica ni la terapia que ellos practican.

Con esta introducción he querido dar un contexto científico a Porges como la persona principal impulsora de la Teoría Polivagal e introducir someramente la importancia que tiene en el tratamiento de la traumatización, pero no sólo.

Teoría Polivagal y Teoría del apego

La teoría Polivagal permite una nueva mirada a las Teorías del Apego al ver el vínculo de apego como un modo de corregulación entre la figura de apego y el niño, corregulación que tiene lugar como **sincronización** y **alineamiento** de los estados autónomos entre la figura de apego y el sujeto bebé, el infante o paciente y como un modo en el que se puede desarrollar la autorregulación autónoma. Si la regulación autónoma no se desarrolla o se deteriora como consecuencia de trauma, las terapias tendrán que inspirarse en el modelo polivagal para poder seguir el rastro a los

fenómenos clínicos corrientes en estos trastornos como los momentos de **colapso** y **disociación** que sorprenden en la práctica.

Marco General de la Teoría.

La teoría polivagal describe un Sistema Nervioso Autónomo que está influenciado por el Sistema Nervioso Central y que es **reactivo** a las señales tanto del entorno como de los órganos del cuerpo. Tiene muy en cuenta que su reactividad es **predecible** y ha sido modelado desde el punto de vista neuroanatómico y neurofisiológico por la Evolución de las Especies y está centrada “en los cambios filogenéticos de la regulación neural de los órganos del cuerpo durante la transición evolutiva de los antiguos reptiles extintos a los primeros mamíferos”.

Evolución del Sistema Nervioso autónomo

Hace 600 millones de años los **reptiles** utilizaban un mecanismo defensivo que era la **Inmovilización**.

Hace 400 millones de años lo **mamíferos inferiores** desarrollaron un mecanismo defensivo que era de **Movilización**.

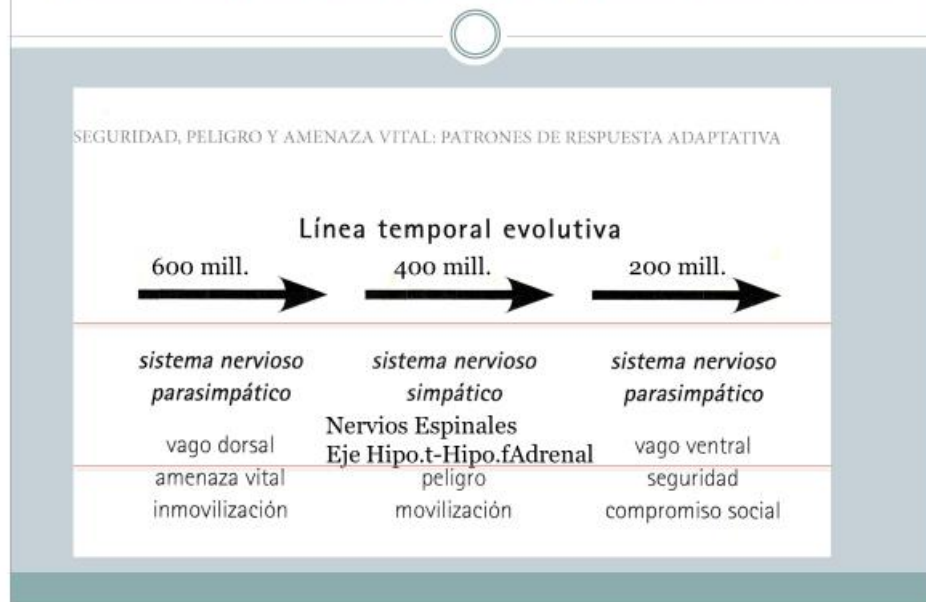
Hace 200 millones de años los **mamíferos superiores** desarrollaron un mecanismo de **Conexión Social** mediante el desarrollo de otra rama diferente del nervio vago, que interactuando con los pares craneales que controlan la musculatura de la cara y la cabeza, corazón y pulmones, permite un sistema de relación social basado en el uso de esa musculatura. Básicamente es un sistema de comunicación emocional.

La novedad de la Teoría Polivagal es que puede verse cómo en el Sistema Nervioso Parasimpático están involucradas **dos ramas diferentes**, ambas dando soporte a la supervivencia pero con funciones diferentes y correspondiendo su aparición a momentos diferentes de la Evolución de las Especies.

Una primera la **rama dorsal** del vago más antigua, no miélnica, ya presente en los reptiles y por tanto apareció primero en la filogenia pero que se conserva en los mamíferos, arrancando en el **núcleo dorsal y el núcleo del fascículo solitario** que están en el troncoencéfalo y otra rama parasimpática que nace en el **núcleo ambiguo o vago ventral**, también situado al lado del anterior en el troncoencéfalo.

En la gráfica puede verse como el Sistema Nervioso Simpático es responsable de las respuestas defensivas de movilización, dependen de los Nervios Espinales pero también del sistema Hipotalámico-Hipofisiario-Adrenal.

Evolución del Sistema Nervioso Autónomo



La Teoría Polivagal en Terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación. Deb Dana 2018.

Gráfica adaptada por mi.

Vemos pues **dos ramas vagales**, una mamífera y otra reptiliana, una mielinizada y la otra sin mielinizar, una subdiafragmática y la otra supradiafragmática. Tenemos dos ramas y por eso es polivagal.

Diferencias reptiles / mamíferos

A diferencia de los reptiles, los mamíferos tienen una gama de comportamientos sociales que incluyen el cuidado de la descendencia. Acaso el hecho mismo de mamar de la madre ya muestra estas diferencias que son reseñables ya que a fin de cuentas el cachorro mamífero depende de su madre y esa dependencia ya exige el desarrollo de un comportamiento **diádico instintivo de ajuste en la proximidad** para que pueda darse el cuidado necesario para la supervivencia. Es decir que para mamar hay que poder estar parado y no considera a la madre un depredador y huir y se necesita una plataforma neuronal que de sustento a esa conducta.

Para que estos comportamientos ocurrieran el SN tuvo que desarrollar sistemas de modulación de modo que, por ejemplo, la cercanía del congénere o de la madre, no despertara la reacción defensiva simpática (ataque o fuga). Para que esto pudiera ocurrir era necesario desarrollar la capacidad de estar cerca con un sistema nervioso simpático, no movilizado sino en calma (estado parasimpático), para que pudieran tener lugar las actividades necesarias para la supervivencia en la crianza.

SNA Parasimpático: Nervio Vago

El Vago es el X par craneal y el componente principal del SNA Parasimpático. Debido a la participación de las dos ramas del vago, este nervio forma parte del Sistema de Inmovilización y del Sistema de Conexión Social.

En realidad no es propiamente un nervio sino un conjunto de fibras neuronales entrelazadas dentro de una vaina como esos cables eléctricos que llevan dentro haces de otros cables.

Hay una rama del vago que desde el troncoencéfalo baja al estómago e intestinos y el resto de las estructuras subdiafragmáticas aunque también tiene conexión con el corazón, pulmones y bronquios y otra rama que también va al corazón y sube hacia la cara donde se conecta con los pares craneales.

Es un nervio mixto, es decir, que **es sensorial en 80%** y motor en un 20%.

Esta proporción nos indica que su función dominante es recoger información sensorial del entorno ambiental y de las vísceras. Este punto es algo muy importante a tener en cuenta ya que el hecho de que 80% esté dedicado a recoger información muestra hasta qué punto desarrollar la capacidad **interoceptiva** va a ser una vía de entrada para diversas prácticas y terapias como Experiencia Somática, Terapia Sensoriomotriz o yoga, por ejemplo, que buscan influir en el funcionamiento autónomo buscando su regulación.

Vago Dorsal

A menudo se pierde de vista en la clínica, o simplemente no se conoce, la actividad vago dorsal.

La actividad vago dorsal es responsable de que toda clase de actos y experiencias de inmovilidad puedan tener lugar. Con independencia de que sean defensivos o que aporten bienestar y crecimiento.

Ejemplos de inmovilidad en la que puede verse implicado la activación vago dorsal son por ejemplo esta situación en la que si podemos permanecer aquí sentados es en alguna medida porque está dándose activación vago dorsal. Otro ejemplo lo podemos encontrar en los estados de relajación profunda. También es necesario decir que en algunas de estas situaciones no es lo único que podría estar activado sino que también podría estar activado otra rama del sistema nervioso autónomo.

El ejemplo más rotundo de inmovilidad lo tenemos en aquellas situaciones en las que se está ante un **riesgo para la vida** y en ese momento la activación vago dorsal se desencadena con total profundidad en un proceso de **congelamiento sensoriomotor**, denominado **muerte aparente** que aparece precisamente para hacer posible la muerte sin dolor, ya que provoca una analgesia profunda con secreción de opioides naturales.

La manifestación vago dorsal puede darse de dos maneras: inmovilización con miedo e inmovilización sin miedo. Los ejemplos citados son ejemplos de activación vago dorsal sin miedo.

Inmovilización con miedo

La Inmovilización con miedo es para algunos terapeutas la esencia del trauma.

Según estos enfoques la manifestación vago dorsal aparecería cuando la activación simpática rebasa lo **tolerable** para el sujeto.

Actuaría como un **freno de emergencia** que vendría a actuar con esta reacción profunda para evitar que la activación simpática continuada pudiera llevar al deterioro biológico ya que el Sistema Nervioso Autónomo Simpático es un sistema defensivo que puede usar el organismo durante un periodo de tiempo, pero tiene que ser limitado. Dado que su función es **luchar o huir con el depredador**, esa es una estrategia biológica defensiva que tiene que llevarse hasta el final, movilizandole toda la energía con la finalidad de servir a la supervivencia del individuo pero un mecanismo que estuviera de manera prolongada movilizandole toda la energía **para vivir como escapando de un depredador inexistente**, llevaría a un completo deterioro del sistema, tal y como vemos en algunos estados en los que se encuentran nuestros pacientes, por ejemplo, cuando presentan estrés crónico junto a un cortejo de cuadros reumatoideos que podrían estar desencadenados y potenciados por dicho estrés, situaciones en las que las estrategias terapéuticas que permiten el desarrollo de resistencia al estrés mediante técnicas de regulación autónoma, resultan ser terapéuticas beneficiosas.

La Teoría Polivagal aportó a los investigadores del trauma la respuesta a algunos problemas que se presentaban en la clínica tales como las **reacciones de colapso** que sobrevinían en muy poco tiempo, en medio de una crisis en la que la activación simpática se desplegaba a plena intensidad.

El fenómeno clínico que se constataba era:

¿cómo puede ser que el sujeto traumatizado pase de una crisis de hiperactivación simpática a una hiperactivación parasimpática llegando a un colapso en el que el pulso se viene abajo, la respiración disminuye drásticamente, en tan poco tiempo, en tan sólo algunos segundos?

A los terapeutas del trauma sorprendía la rapidez con la que el sujeto podía pasar de la enorme activación simpática a la enorme activación parasimpática.

Para explicar esto necesitaban ubicar un funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo diferente. En este caso la Teoría Polivagal, con dos estrategias parasimpáticas cuya plataforma neuronal era el nervio vago, pero diferenciado en sus dos ramas ya mencionadas, permitían describir la clínica repetidamente observada.

Vago Ventral: Sistema de Conexión Social

Porges sitúa a la rama vago ventral como otra parte responsable de otros fenómenos parasimpáticos.

La actividad parasimpática vago ventral la sitúa Porges en el contexto de lo que llama **Sistema de Conexión Social**.

Propugna un Sistema de Conexión Social con una función de la cual es responsable esta parte del vago que en el Troncoencéfalo **interactúa**, esta es la palabra que él usa, con el resto de Pares Craneales que inervan la musculatura estriada de cara y cabeza. También conecta con corazón, pulmones y bronquios.

Esto permite ver de una forma neurofisiológica cómo los síntomas de ansiedad que se ubican en esa parte del cuerpo **son influenciables** a través de la estimulación vago ventral y también, cómo la **reactividad** en el semejante de esos pares craneales son **el canal de acceso mediante el que se suscita las respuestas autónomas de conexión social buscadas ya que interfieren con la activación simpática y la activación vago dorsal**.

Estimular el vago ventral permite influir en la garganta, la laringe, faringe, oído medio, por tanto la voz, su prosodia, la hipersensibilidad al sonido ...Dado que el vago ventral se comunica con los Pares Craneales, **cualquier estrategia de estimulación vago ventral actuará frenando la activación simpática y la activación vago dorsal mediante la frenada del marcapasos del corazón**.

Afirmamos al principio que el SNA es *reactivo* y que está formado en un 80% por información sensorial. En consecuencia si se estimula la activación del vago ventral podemos hacer que el sujeto activado simpáticamente, por ejemplo en una crisis de ansiedad, pueda desarrollar una frenada vagal mediante el influjo en el marcapasos del corazón y pasar a un estado de conexión donde la calma y la expansión visceral vuelvan a promover el bienestar.

Un ejemplo de activación vago ventral es lo que cualquier madre o padre hace con su bebé cuando éste llora con desconsuelo con su sistema simpático activado. Otro ejemplo manifiesto de activación vago ventral que frena la activación simpática, por ejemplo, se da cuando los terapeutas en interacción con nuestros pacientes podemos despertar sensación de seguridad y podemos desencadenar una frenada vagal ventral a partir de la cual, entonces sí, se puede proceder al intercambio que se necesita para abordar la situación del paciente y que la activación simpática o vago dorsal están impidiendo.

La importancia que tiene esto es que en la interacción con todas las personas pero en especial con nuestros pacientes, si no están experimentando la seguridad vago ventral, no pueden darse las condiciones necesarias para un vínculo terapéutico transformador. En el caso del niño si no hay calma no puede movilizar su energía para jugar y en consecuencia no pueden establecerse conexiones neuronales nuevas que le permitan desarrollarse ni pueden desarrollarse esquemas cognitivos nuevos que permitan su desarrollo emocional, cognitivo e intelectual que necesitan para su desarrollo.

La experiencia de seguridad del niño con su figura de apego, o del adulto con su figura de apego o con su terapeuta, es la condición necesaria para que **no teniendo al sistema nervioso ocupado con su supervivencia** pueda ocuparse de la vida, pudiendo experimentar emociones diferentes al miedo que impulsen experiencias de conexión y de exploración de las relaciones y del entorno físico.

Principios Organizadores

El Sistema Nervioso Autónomo es responsivo a las sensaciones del cuerpo y a las señales del entorno a través de **tres vías**. Las respuestas autónomas **sólo pueden tener lugar** usando cualquiera de las tres plataformas neuronales previstas por la Evolución de las Especies y que tenemos en común con el resto de los mamíferos pero el uso de las tres plataformas responde a unos principios organizadores de su funcionamiento.

JERARQUÍA DE LOS ESTADOS AUTÓNOMOS

NEUROCEPCIÓN DEL PELIGRO, PELIGRO EXTREMO O SEGURIDAD

CORREGULACIÓN RESPONSABILIDAD A LA ACCIÓN DEL OTRO

Jerarquía de la Respuesta Autónoma

Lo que la T.P. muestra es que esas respuestas “funcionan en un orden específico y responden a los desafíos de manera predecible”. La Jerarquía vagal muestra el modo en el que entran en acción las diferentes estructuras autónomas yendo de las más recientes a las más antiguas, es decir, que el sistema de reacción parasimpática vago ventral es por defecto el sistema predeterminado, dejando paso al sistema simpático y después al sistema vago dorsal que aparece como mecanismo de emergencia cuando la activación simpática fracasa. Es decir, que el Sistema Nervioso impulsa a la Conexión Social (que es una estrategia ventral), después busca en el escape o la huida la respuesta y si esa hiperactivación movilizadora fracasa en resolver el peligro, entonces el Sistema Nervioso echa mano al último mecanismo biológico de supervivencia que es la reacción vagal dorsal, que se manifiesta en forma de **colapso, congelamiento y disociación**. Pero también depende de la **Neurocepción** del peligro ya sea que el sistema detecte seguridad, peligro o peligro extremo.

Cabe destacar que la reactividad autónoma no es sólo ni exclusivamente reactividad al entorno sino que también es reactivo a las sensaciones del cuerpo que informan al SN en tiempo real sobre qué ocurre en relación a lo propioceptivo y lo interoceptivo.

Escalera Autónoma (Deb Dana 2019)

¿Cómo podemos ver en funcionamiento las tres ramas autónomas en la vida cotidiana?

¿Cómo cambian nuestra experiencia subjetiva a medida que subimos y bajamos por la escalera autónoma?

¿Cómo es sentirse con el vago ventral activado? "Brazos fuertes pero cariñosos. Acurrucado, unido a los demás por el llanto y la risa. Libre para compartir, para quedarte, para marcharte". (Deb Dana, 2019)

*En este estado nuestro ritmo cardíaco está regulado, nuestra respiración es plena, nos fijamos en las caras de nuestros amigos y podemos sintonizar conversaciones y desconectar de los ruidos que nos distraen. Vemos "la imagen completa" de las cosas, es decir, que nuestra atención **no está enfocada y fija** en un objeto sino que la atención, como ocurre con el diafragma de una cámara está en gran angular, como prestando atención al contexto en el que tienen lugar las cosas. En este estado podríamos describirnos como personas felices, a gusto, activos y con interés y al mundo se lo puede ver como divertido y tranquilo y sobre todo seguro. **Un sitio seguro.***

Algunas de las experiencias subjetivas de este estado son *sentirse organizado, se pueden seguir los planes que se elaboran, me puedo cuidar a mí mismo, saco tiempo para jugar (explorar),hago cosas con los demás, me siento productivo en el trabajo.*

Algunos de los beneficios para la salud de este estado son *un corazón sano, una presión arterial regulada, un sistema inmunológico saludable que disminuye la vulnerabilidad a las enfermedades, una buena digestión, un sueño de calidad y una sensación general de bienestar.*

Si bajo por la escalera, siento miedo, que me empuja al movimiento, **a hacer algo**, a escapar, no facilita el pensar ni el planear. Se tiene la sensación de que **no se puede confiar en nadie**. No hay lugares seguros.

El Simpático se activa cuando hay *un atisbo de inquietud, cuando algo desencadena una neurocepción de peligro.*

El sistema se moviliza. Ritmo cardíaco acelerado, respiración entrecortada y torácica y a continuación escaneamos nuestro entorno en busca de algún peligro. Si el peligro no es evidente nuestro pensamiento fabrica alguna teoría que explica a qué es debido.

Lo cognitivo es como el jinete del elefante, el cual va a donde quiere apenas guiado por el jinete, que tiene que verse relegado a validar con argumentos *ad hoc* lo que ya fue decidido a nivel emocional.

Una oleada de adrenalina impide que me quede quieto.

Algunas de las experiencias subjetivas son Ansiedad, enfadado, miedo. En este estado no escucho las voces amigas. El mundo me parece un lugar peligroso, caótico, sin orden, hostil. Necesito protegerme del daño. Los problemas aquí son la ansiedad, ataques de pánico, ira, incapacidad para concentrarse o seguir adelante y angustia a las relaciones con los demás.

Entre las consecuencias para la salud tenemos las enfermedades cardíacas, presión sanguínea alta, colesterol alto, problemas de insomnio, aumento de peso, deterioro de la memoria, migrañas, tensión crónica en el cuello, hombros, y la espalda, problemas estomacales y mayor vulnerabilidad a las enfermedades.

Sí desciendo más aún por la escalera siento que “estoy lejos, en un lugar oscuro y prohibido. No hago ruido. Soy pequeño y silencioso y apenas respiro. Estoy solo donde nadie me encontrará jamás”.

Esto constituye el último recurso de supervivencia. Esta es la reacción vago dorsal.

Cuando todo lo demás falla, cuando estamos atrapados y la acción no funciona, el vago dorsal nos conduce al cierre, al corte con el mundo, al colapso y a la disociación psíquica.

La experiencia subjetiva en este lugar autónomo es de que me siento solo, con desesperación, sin esperanza. Voy hacia la insensibilidad, la sensación de abandono, la confusión y me siento demasiado cansado para pensar o actuar y el mundo me parece vacío, muerto y oscuro. Falta la sensación de presencia. Estoy en un pozo sin salida. Estoy disociado.

El organismo pasa al modo de conservación de la energía, de inmovilización.

Entre las consecuencias para la salud están la dificultad para recordar, la depresión, el aislamiento y la falta de energía para las tareas cotidianas. Algunas de las consecuencias para la salud son la fatiga crónica, fibromialgia, problemas estomacales, presión arterial baja, diabetes tipo 2 y aumento de peso.

Cuando conocemos que pasamos a diario por estos tres estados autónomos podemos dar un segundo paso que consiste en **rastrear con los pacientes estos estados**, algo en lo que también pueden entrenarse ellos mismos. Hacer esto, rastrear, conduce al **desarrollo de la capacidad de estar presente que es una característica vago ventral** cuya activación conduce a la inhibición de los otros sistemas. Conociendo mejor como los estados varían estamos mejor preparados para decirnos, "no soy éste, esto es un estado transitorio,".

El siguiente paso podría ser **buscar los desencadenantes de las reacciones simpáticas y vago dorsales** y también **la detección de aquello que desencadena estados de conexión a los que llamamos habitualmente recursos**.

El texto de este epígrafe está tomado casi en su literalidad de *La teoría Polivagal en Terapia*, Deb Dana. Editorial Eleftheria. 2018

Neurocepción.

Porges acuñó este término para describir las formas en que nuestro sistema nervioso autónomo es **responsivo** a las señales de **seguridad, peligro y peligro vital** dentro de nuestros cuerpos, en el mundo que nos rodea y en nuestras conexiones con los demás.



A diferencia de la percepción, se trata de “detección sin conciencia”, una experiencia subcortical que ocurre muy por debajo de los dominios del pensamiento consciente.

Este concepto es muy importante en la práctica de la psicoterapia inspirada en la Teoría Polivagal. La Neurocepción nos dice que **si un paciente neurocepta peligro por mucho que hablemos no podrá procesar**.

En una situación de peligro se desata la emoción miedo y el miedo como todas las emociones modifica el modo de procesar, modifica las capacidades de atención y concentración e incluso modifica la aparición de pensamientos porque éstos tenderán a aparecer en la conciencia para poder restaurar la coherencia con el estado autónomo que domina el organismo en un momento determinado.

La Neurocepción procesa estímulos que provocan una respuesta autónoma en función de la experiencia previa.

Cuando el paciente neurocepta peligro, la prioridad es maniobrar en consulta para conseguir influir en su sistema nervioso de modo que se active su sistema de conexión social para que su activación pueda frenar su activación simpática.

Sabemos cómo está activado el SNA haciendo lectura de sus señales autónomas. Podemos fijarnos en la respiración, en el color de su piel, en la postura. Para suscitar la activación vago ventral yo procedo a preguntar cómo se encuentran en su cuerpo en ese momento en el aquí y ahora.

Se les puede pedir que evalúen si en una postura se encuentran mejor que en otras y de ese modo movilizo su capacidad para prestar atención a su estado autónomo y preparo el camino para el uso de la **interocepción** y la **propiocepción** como la base de una terapia de regulación basada en el proceso de recuperar la homeostasis y no tanto basada en la interpretación de sus defensas como si ellas fueran negativas o en la interpretación de sus deseos.

Corregulación

La Corregulación es una idea principal y organizadora de la Teoría Polivagal que señala que el balance autónomo simpático/parasimpático es moldeable por la acción de otro sujeto. Esto explica y coincide con las afirmaciones de la Teoría del Apego que afirma que a través del vínculo puede darse la corregulación y el desarrollo de un **Modelo Interno de Apego** que se convierte en el esquema de vinculación por defecto para el sujeto.

La Teoría Polivagal identifica la corregulación como un **imperativo biológico**, una necesidad que debe cumplirse para sostener la vida. A través de la regulación recíproca de nuestros estados autónomos nos sentimos seguros y creamos relaciones de confianza. Tener en cuenta esto es básico para las relaciones terapéuticas.

Estableciendo vínculos se crean mecanismos de corregulación y por tanto nos volvemos resilientes.

Cuando en la infancia se dan relaciones en las que abundan las experiencias de **falta de sintonía** y por tanto no se da la corregulación, o se da defectuosamente sin reparación relacional, nos convertimos en maestros de la supervivencia generando **defensas relacionales o psíquicas** porque no se pueden satisfacer las necesidades básicas de conexión e intimidad en el vínculo de apego. Tales defensas, creadas con experiencias procesadas con memoria implícita, se convierten en los automatismos emocionales que luego llamamos rasgos de personalidad e incluso coraza caracterial.

Aunque en la infancia los vínculos de apego “dan forma al sistema nervioso”, en la edad adulta las experiencias actuales pueden remodelarlo tal y como se produce en un vínculo terapéutico.

Flujo de activación autónoma. Margen de Tolerancia

Margen de Tolerancia es un concepto propuesto por Daniel Siegel, uno de los autores más prolíficos e inspiradores de la actualidad en el Campo de la psiquiatría Interpersonal y de las teorías del desarrollo una de cuyas particularidades es precisamente prestar atención revalorizando a las Teorías del Apego y a sus Modelos Internos de Apego ("Bowlby) como una parte más de los modelos que se elaboran con Memoria Implícita.

Pat Ogden y sus colegas investigadores del trauma y creadores de la **Terapia Sensoriomotriz** son los responsables de que ese concepto haya adoptado una forma gráfica.

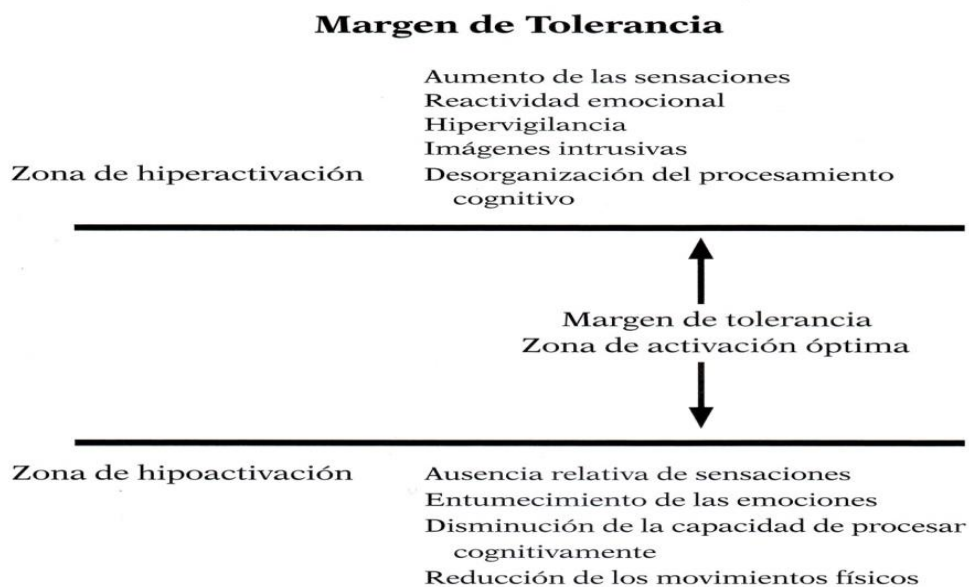


Figura 2.1. Las tres zonas de activación: un modelo sencillo para explicar la regulación de la activación del sistema nervioso autónomo.

El Trauma y el Cuerpo, Pat Ogden, Kekuni Minton, Clare Pain. Edit. Desclée de Brouwer, 2009

Aquí se puede ver un flujo recíproco Simpático vs. Parasimpático en su movimiento natural del flujo autónomo, que se llama **Pendulación natural** y donde se representa el modo en que trabaja el SNA.

El Margen de Tolerancia está situado entre el extremo de hiperactivación y el extremo de hipoactivación.

Dentro del nivel de activación que le corresponde a este margen, el sujeto puede procesar las distintas intensidades de activación emocional y fisiológica sin alterar el funcionamiento del sistema lo que quiere decir que sigue existiendo flujo recíproco entre el simpático y parasimpático.

"Cuando los pacientes se desenvuelven dentro del Margen de Tolerancia es posible **integrar** la información que reciben, ya sea procedente del entorno o interoceptiva. Dentro de este margen los pacientes pueden pensar, hablar de sus experiencias en terapia y simultáneamente sentir una tonalidad emocional y un sentido de la propia identidad congruentes".

El funcionamiento cortical permanece conectado al Sistema Límbico y por tanto puede tener lugar la integración cognitiva, emocional y sensoriomotriz.

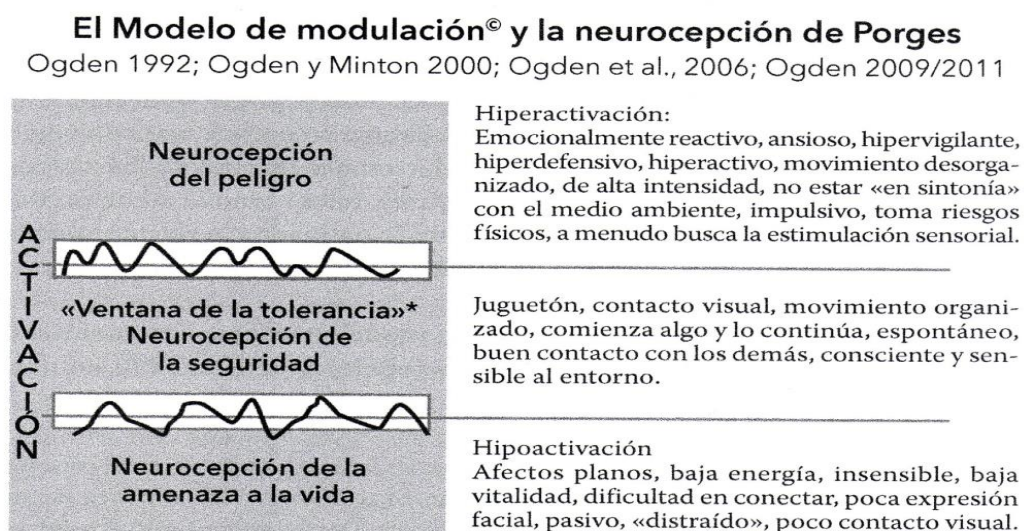
"Cada persona tiene una *"amplitud habitual dentro del margen de tolerancia"* que influye en su capacidad para procesar".

Cuanta más amplitud en ese margen, **más capacidad para soportar fluctuaciones mayores** de la activación fisiológica se tiene. Las personas que tienen un margen estrecho viven las fluctuaciones como algo incontrolable y desregulador, por tanto, traumatizante. Porque lo que traumatiza es la experiencia interoceptiva que te dice que no lo puedes procesar, porque como hemos dicho el trauma está en el Sistema Nervioso (Peter Levine) y lo que es traumatizante es el modo de procesamiento del estímulo, no el evento.

"La mayoría de las personas traumatizadas, ya sean por shock o en el apego, tienen un margen de tolerancia estrecho y son más susceptibles de desregularse a causa de las fluctuaciones normales en la activación fisiológica"

Estados subjetivos en la ventana de tolerancia

Esta gráfica también sirve para poder pensar en cómo tiene lugar el procesamiento traumático y en alguna medida nos permite ver también el estado de desregulación y la experiencia subjetiva que genera el funcionamiento del SNA tras estimulación que deviene traumática



*Término acuñado por D. Siegel, 1999

Figura 3.2

(Gráfica tomada de Aplicaciones Clínicas de la Teoría Polivagal, Stephen Porges y Deb Dana Edit. Eleftheria 2019)

Hay que decir que cuando la pauta de regulación se pierde ya no se recupera si no se dan procesos de correulación o autorregulación, aunque la autorregulación generalmente está deteriorada.

La recuperación de la regulación autónoma tiene lugar ensanchando el Margen de Tolerancia para excitaciones simpáticas y parasimpáticas elevadas.

Impacto traumático en el flujo autónomo.

Representarse así con una gráfica como esta lo traumático nos hace olvidarnos definitivamente del enfoque sindrómico en el que enseguida se nos viene a la mente el trastorno por estrés postraumático.

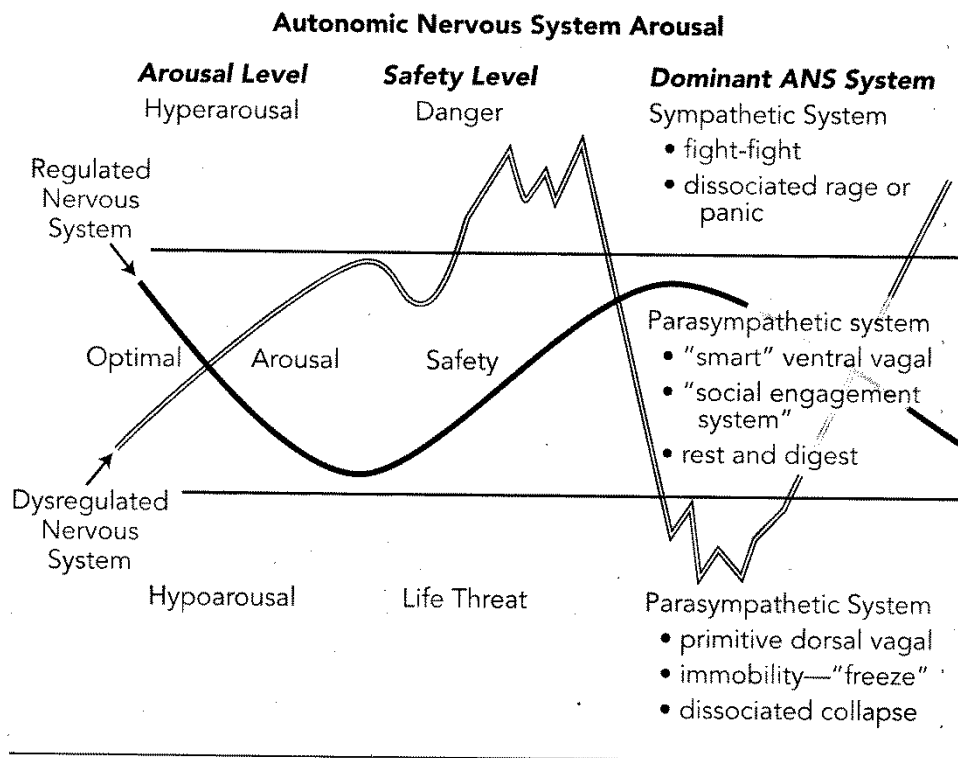


FIGURE 5.1
Dynamic patterns of regulated and dysregulated autonomic arousal
(J. Wheatley-Crosbie, based on Porges, 1997).

Aquí podemos ver cómo funciona el estrés traumático en el marco del flujo autónomo y es como **ruptura del margen de tolerancia por hiperactivación y por hipoactivación.**

Este margen es singular para cada sujeto en cada época de la vida.

Una aportación esencial de la teoría de Porges es que permite ubicar la clínica en la que se manifiesta el vago dorsal, que como respuesta extrema hacia la inmovilidad de la energía autónoma es responsable de situaciones que se experimentan como confusión, disociación, falta de presencia, falta de concentración y sobre todo esa clínica que aparece en las personas que tienen la experiencia subjetiva de estar luchando gran parte de su vida sin poder resolver, no ya sus problemas sino los de toda la familia y que son muy frecuentes en el Malestar Biopsicosocial de las Mujeres, en la fatiga crónica, en los cuadros depresivos, etc.

Teoría polivagal y Trauma

Para abordar esto es necesario que tengamos en cuenta que la Teoría Polivagal ha sido puesta en valor en nuestro campo por los terapeutas e investigadores del trauma y que el diagnóstico de TEPT se queda corto. Se queda corto desde que se formuló en los '80. Pronto se descubrió que describía bien el *tept simple* pero había un amplio espectro de respuestas traumáticas que no resultaban abordables con esa conceptualización tal y como ocurre cuando la traumatización viene producida por una persona con la que se mantiene un vínculo de apego como en el **Trauma Complejo** que describió Judith Herman o como en los casos de secuestro. Y mucho menos aún describe la traumatización en el vínculo de apego como la describe la Teoría del Apego con el denominado **Apego Desorganizado** o el **Trauma del desarrollo** como lo denomina Bessel van der Kolk

Hoy es necesario fijarnos en que el lenguaje nos juega una mala pasada conceptualmente.

Decimos "suceso" traumático, por ejemplo. En el pensamiento esto va derivando sin que nos demos cuenta a la idea de que lo traumático es el hecho, el suceso. Y eso no es así. **Lo traumático es el tipo de procesamiento** en lo cognitivo y en lo biológico que conduce a un atascamiento en la vida.

Peter Levine desde los '80 formula lo traumático como algo que está en el sistema nervioso. *El trauma está en el sistema nervioso*, haciendo de esto una señal de identidad con la que produce una ruptura epistemológica.

Cuando un suceso desencadena una respuesta en el sistema nervioso que es de **bloqueo de las respuestas defensivas** lo que queda retenido en el sistema nervioso es una energía a la que no puede darse salida porque no tienen lugar los actos con los que pueda haber **cumplimiento biológico** de la respuesta defensiva después de que haya comenzado.

Moty Benyakar y Alvaro Lezica, psicoanalistas, se abonan también a la idea de la necesidad de proceder a un esclarecimiento terminológico antes de emprender una investigación psicoanalítica sobre la traumatización. Para ellos lo traumático es igualmente el procesamiento. En ese sentido la coincidencia con Peter Levine es clara

y aunque la Experiencia Somática™, que es la terapia de Levine, es un enfoque estrictamente biológico, suscribe una definición de Freud del año '21 en la que se enfatiza que es una estimulación que desborda y que genera sensación de desamparo: una experiencia cuya estimulación es demasiado intensa, demasiado rápida, demasiado inesperada, demasiada cantidad. La experiencia de lo que desborda, de lo que resulta demasiado.

Se trataría de un procesamiento que no ha sido terminado o no ha podido ni siquiera emprenderse.

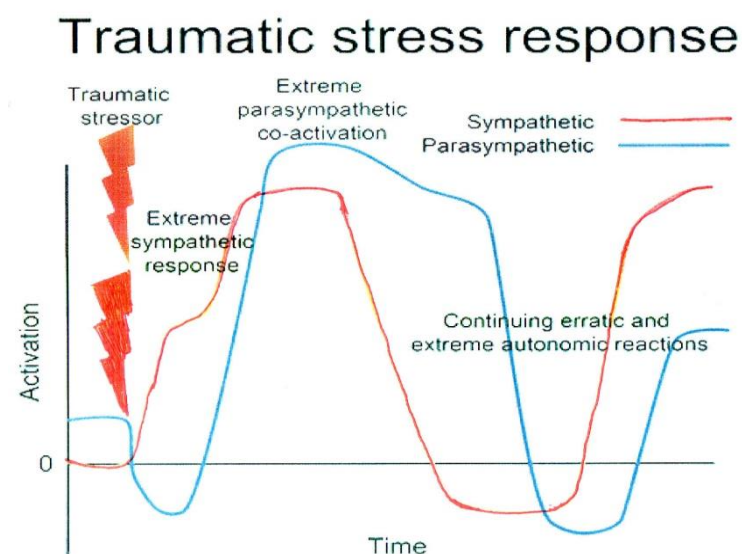
De este modo han surgido iniciativas terapéuticas que pretenden trabajar con el **proceso** y no con el contenido, con la **experiencia** y no con el saber sobre lo vivido.

Tipos de regulación /Desregulación.

Representarse así con una gráfica como ésta lo traumático nos saca definitivamente del enfoque sindrómico en el que enseguida, como vengo diciendo, se nos viene a la mente el trastorno por estrés postraumático.

Aquí podemos ver cómo funciona el estrés traumático en el marco del flujo autónomo y cómo la ruptura del **Margen de Tolerancia**, que es singular para cada sujeto en cada época de la vida, hace que el flujo quede desregulado.

Esta gráfica no nos sugiere el conjunto de síntomas del síndrome tept sino que podemos ver al estrés traumático representado no solo como hiperactivación simpática sino también como una hiperactivación parasimpática vago dorsal lo que constituye una de las claves de porqué la Teoría Polivagal tiene tanto que decir en la terapia del estrés traumático y del estrés crónico.



Referencias

La teoría Polivagal. Stephen W. Porges.

Ediciones Pléyades,SA. Madrid, 2016

Aplicaciones Clínicas de la Teoría Polivagal. Editado por Stephen Porges y Deb Dana

Edit. Eleftheria, Sitges, 2019.

La teoría Polivagal en Terapia. Deb Dana

Edit. Eleftheria, Sitges, 2019.

La Mente en Desarrollo. Daniel J. Siegel

Edit. Desclée de Brouwer. Bilbao, 2007

El Cuerpo lleva la cuenta. Bessel van der Kolk

Edit. Eleftheria, Sitges, 2015.

Trauma y Memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo. Peter Levine, PhD

Edit. Eleftheria, Sitges, 2018.

En una voz no hablada. Cómo el cuerpo libera el trauma y restaura el bienestar.

Peter Levine.

Edit. Alma Lepik. Buenos Aires, 2013

La sombra del Sunami y el Desarrollo de la Mente Relacional, Philip M. Bromberg

Edit. Ágora Relacional. Madrid, 2017

Teoría de la Regulación del Afecto. Un modelo Clínico.

Daniel Hill

Edit. Eleftheria, Sitges, 2018

El Trauma y el Cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia. Pat Ogden, Kekuni Minton, Clare Pain.

Edit. Desclée de Brouwer. Bilbao, 2009

Curar el Trauma del Desarrollo. El método Relacional Neuroafectivo (NARM) para restablecer la conexión.

Laurence Heller, PhD , Aline LaPierre, PsyD

Edit. Eleftheria, Sitges 2017