

Un retorno a lo básico: aplicaciones clínicas y abordajes terapéuticos psicocorporales desde la teoría polivagal (TPV)

Luis Gonçalvez Boggio¹

¹ Magister en Psicología
Clínica. CBT y Local
Trainer IIBA.
lgoncalvez@psico.edu.uy

Resumo: A la luz de las investigaciones contemporáneas de Stephen Porges, y su enfoque polivagal, el SNA adquiere nuevamente un papel central en la conformación del trauma. A lo largo del mundo, investigadores clínicos estamos trabajando para aplicar los distintos conceptos de la teoría polivagal de S. Porges a nuestros enfoques psicoterapéuticos. En este artículo buscaremos responder las preguntas: ¿cómo puedo cuidar de mí y de mis relaciones desde la autorregulación y desde la corregulación, hablando el profundo y primitivo lenguaje del SNA? ¿Cómo pueden los psicoterapeutas corporales aplicar el nuevo conocimiento de la teoría polivagal (TPV), uniendo las experiencias psicológicas con los estados fisiológicos en el trabajo clínico? ¿Qué son las neurocepciones? ¿Qué es el tono vagal, el freno vagal y cómo utilizarlo en la clínica? ¿Cuál es la jerarquía del SNA desde el enfoque de la TPV? ¿Cómo trabajar en clínica desde los estados vago-dorsal, simpático y vago-ventral a partir de la TPV? La TPV nos permite estar más regulados durante las sesiones con los pacientes. Con el aumento del tono vagal ventral, los terapeutas pueden sintonizar mejor con las experiencias traumáticas de los pacientes, proyectando señales de seguridad, lo que conduce a un mayor sentido de conexión y confianza en el vínculo y en la relación psicoterapéutica. En este intercambio de micromomentos de regulación ventral, el mapa autónomo de los pacientes -con el tiempo- comienza a cambiar, intensificando experiencias más profundas de seguridad, conexión y curación.

Palabras-clave: Relación psicoterapéutica, Teoría polivagal, Abordajes terapéuticos psicocorporales.

A return to the basics: clinical applications and psycho-corporeal therapeutic approaches from polyvagal theory (PVT)

Abstract: In the light of the contemporary investigations of Stephen Porges, and his polyvagal approach, the SNA again acquires a central role in shaping the trauma. Throughout the world, clinical researchers are working to apply the different concepts of polyvagal theory of S. Porges to our psychotherapeutic approaches. In this article we will seek to answer the questions: how can I take care of myself and my relationships from self-regulation and from co-regulation, speaking the deep and primitive language of the SNA? How can body psychotherapists apply the new knowledge of polyvagal theory (PVT), linking psychological experiences with physiological states in clinical work? What are neuroceptions? What is vagal tone, vagal brake and how to use it in the clinic? What is the hierarchy

of the ANS from the POS perspective? How to work in the clinic from the vago-dorsal, sympathetic and vago-ventral states from the POS? The POS allows us to be more regulated during the sessions with the patients. With the increase in the ventral vagal tone, therapists can better tune into the traumatic experiences of patients, projecting safety signals, which leads to a greater sense of connection and trust in the bond and in the psychotherapeutic relationship. In this exchange of ventral regulation micromoments, the autonomous map of the patients - with time - begins to change, intensifying deeper experiences of safety, connection and healing.

Keywords: Psychotherapeutic relationship, Polyvagal theory, Psycho-corporeal therapeutic approaches.

Introdução

El lenguaje del cuerpo más antiguo e integrativo que tenemos es el del sistema nervioso autónomo (SNA).

En el capítulo 7 de su primer libro, *La Función del Orgasmo*, Wilhelm Reich nos introducía a la irrupción de la energía en el dominio de lo vegetativo. De allí en adelante, a través de sus distintas investigaciones científicas Reich le dio una importancia sustancial al sistema nervioso autónomo, a tal punto que su propuesta psicoterapéutica se llamó *Vegetoterapia*, por su relación con el SNA.

Cada uno de nosotros porta con un perfil de su SNA. Nuestros perfiles autónomos se sitúan en un continuo que va de sensible y rígido a resiliente y flexible. ¿Cómo se produce este perfil? A partir de una simple pregunta que nuestro SNA se hace a cada momento: ¿esto es seguro o es inseguro para mí?, nuestro SNA está permanentemente evaluando si esta situación, si esta persona, si este momento, si este lugar, son seguros o inseguros. Por un lado, el SNA está perfectamente sintonizado con el peligro, y el impulso de sobrevivir activa los patrones persistentes de protección. En el otro extremo, la necesidad de conectar de forma segura y estar en relación, nos conduce a patrones de conexión social y a transiciones flexibles en respuesta a las demandas del momento presente. A lo largo de los puntos intermedios entre los dos

extremos del continuo autónomo hay lugares sutiles que se inclinan más hacia la protección o hacia la conexión.

Los patrones de respuesta autónoma crean factores de riesgo y resiliencia.

En la medida que nuestro SNA está invariablemente preguntándose si este vínculo, si este momento, si este lugar, si esta tarea y si estas actividades son seguras o inseguras para mí, nuestro SNA se moldea por los acontecimientos. Tanto las experiencias de evitación, de abandono, de ambivalencia, así como las experiencias enriquecedoras accionan un tono autónomo que se ve afectado por variables individuales y del entorno.

La buena noticia de las investigaciones de S. Porges (2018), Bessel van der Kolk (2017), P. Levine (2018), et.al. es que nuestro SNA tiene la flexibilidad para reconfigurarse permanentemente.

La vanguardia del trabajo del trauma en los últimos 25 años se ha centrado en la importancia del cuerpo.

La Teoría PoliVagal (TPV) nos aporta un mapa para incluir al SNA en los procesos de cambio de la psicoterapia. El enfoque polivagal es una forma suave, flexible, natural y orgánica para trabajar en clínica, manteniendo la conexión de una manera segura con los traumas de shock y los traumas de desarrollo, por lo que se transforma en una de las herramientas importantes que hemos incorporado a las intervenciones clínicas y a los procesos psicoterapéuticos corporales.

En estrecha colaboración con Stephen Porges, Deb Dana ha desarrollado una modalidad muy simple para aplicar clínicamente el enfoque polivagal. Partiendo de una metodología de mapeo del SNA, D. Dana (2019) nos propone un método cartográfico para reconfigurar el SNA desde la seguridad. El aplicar el enfoque polivagal como psicoterapeutas corporales nos permite aumentar la efectividad del trabajo clínico, sobre todo con aquellos pacientes sobrevivientes de traumas. La posibilidad de liberar la energía estancada y la información no procesada en el SNA por un trauma no resuelto, se realiza con mucho más profundidad y precisión al poder entender cómo funciona nuestro SNA desde el enfoque polivagal.

El principal objetivo de la TPV es que aprendamos a hablar el lenguaje del SNA a través de sus estados vitales. Aprender a escuchar (sin palabras) lo que el SNA necesita. Este aprendizaje es de adentro hacia fuera (y no de arriba hacia abajo). El SNA tiene su sabiduría interna.

La TPV permite responder la pregunta ¿cómo te vas a cuidar? ¿cómo podemos cuidarnos? Pero para ello necesitamos también poder responder la pregunta: ¿dónde está nuestro sistema nervioso en cada momento?

El SNA guía nuestras experiencias cotidianas. Utilizamos estrategias para establecer contacto (compromiso y comunicación social) en un intento de correulación. Somos seres sociales que necesitan relaciones fiables y recíprocas en nuestras experiencias de la vida diaria para poder obtener bienestar físico y emocional.

Los patrones autónomos se construyen con el tiempo. El SNA se configura a través de la experiencia. En respuesta a las experiencias vamos desarrollando un perfil neuronal personal con patrones habituales de reacción: de conexión, de desafío, de evitación, de colapso. Reconocer estas respuestas y percibir qué patrones se activan es el primer paso en las prácticas del enfoque polivagal.

Las Neurocepciones

¿De dónde recibe la información nuestro SNA en cada experiencia?

La recibe a través de lo que Porges denomina neurocepciones.

Con este término S. Porges describe las formas en que nuestro SNA responde a las señales de seguridad, peligro y amenaza vital dentro de nuestros cuerpos, en el mundo que nos rodea y en nuestras conexiones con los demás.

A diferencia de las percepciones se trata de “detecciones sin conciencia”, una experiencia subcortical que ocurre muy por debajo de los dominios del pensamiento consciente. En este sentido, S. Porges nos propone otra forma de mirarnos y de escucharnos. Hay una voz que no necesita palabras. Está por debajo de las partes

pensantes del cerebro y nos permite escuchar dentro de nuestros cuerpos, muy similar a lo que W. Reich llamaba “sensaciones de órgano”.

Las neurocepciones proporcionan un flujo constante de información: los estados fisiológicos crean historias psicológicas. Las historias de los pacientes sobre sí mismos, sobre otros y sobre sus relaciones están ancladas en sus estados autónomos.

Las neurocepciones son, además, la forma que nuestro SNA detecta a través de sistemas subcorticales las señales de peligro o seguridad.

¿Qué señales estoy recibiendo del entorno y qué señales estoy mandando desde mi SNA?

Hay señales que nos hacen sentir más seguros y regulados que otras, y otras nos hacen sentir más inseguros y desregulados.

Las neurocepciones nos dan la información adecuada para dar los ajustes necesarios. Son el fundamento biológico para detectar las señales de peligro y hacer los ajustes necesarios. Este proceso se produce molecularmente, con un alto grado de flexibilidad.

Para entender este giro en términos clínicos tenemos que apelar a una máxima: la mente narra lo que el SNA sabe. La historia (narrativa) sigue al estado (del SNA). Antes que el cerebro entienda y comprenda el significado de un incidente, el SNA a través del proceso de neurocepción ha reaccionado e iniciado una respuesta adaptativa de supervivencia. Por eso la neurocepción precede a la percepción, de ahí que la historia sigue al estado. Y dado que la historia sigue al estado, la narrativa que lo acompaña reflejará la intensidad del cambio de estado. Así es que podemos encontrar los perfiles neurales individuales. Las señales de seguridad, peligro y amenaza de muerte pueden ser similares o muy diferentes entre las personas, pero el cambio entre unas y otras se acompañan generalmente de cambios intensos en las sensaciones somáticas. A modo de ejemplo, la sensación de peligro que abrumba a la gente con TEPT brota desde debajo del neo-córtex: no es algo verbal. Es decir, las cogniciones no crean las percepciones de peligro. Es la percepción del cuerpo lo que crea las cogniciones.

Por lo tanto, hay una anatomía de la neurocepción que se basa en las sensaciones.

¿En este momento, en este lugar, en contacto conmigo y con esta(s) persona(s) cuál es mi (auténtica) neurocepción?

Nuestro SNA intenta responder la pregunta ¿esa persona es segura y confiable? ¿Es seguro interactuar con esta persona en este momento y en este lugar? Algo del pasado puede apoderarse del presente y nuestro cerebro transformar su narrativa desde un registro de inseguridad.

Quien ha estado afectado por una situación traumática y ha desarrollado TEPT está desconectado de la sabiduría del SNA. El trauma desbalancea nuestro SNA, lo desequilibra y lo bloquea.

El Nervio Vago Dorsal y Ventral

Para la TPV el nervio vago es el componente principal del sistema parasimpático.

En sus investigaciones neurobiológicas S. Porges divide al SNA en sus dos ramas (simpática y parasimpática) pero consta de tres caminos o tres estados, en donde el sistema parasimpático se divide en vago dorsal y vago ventral, como se ve en la figura 1 (Porges; 2018).

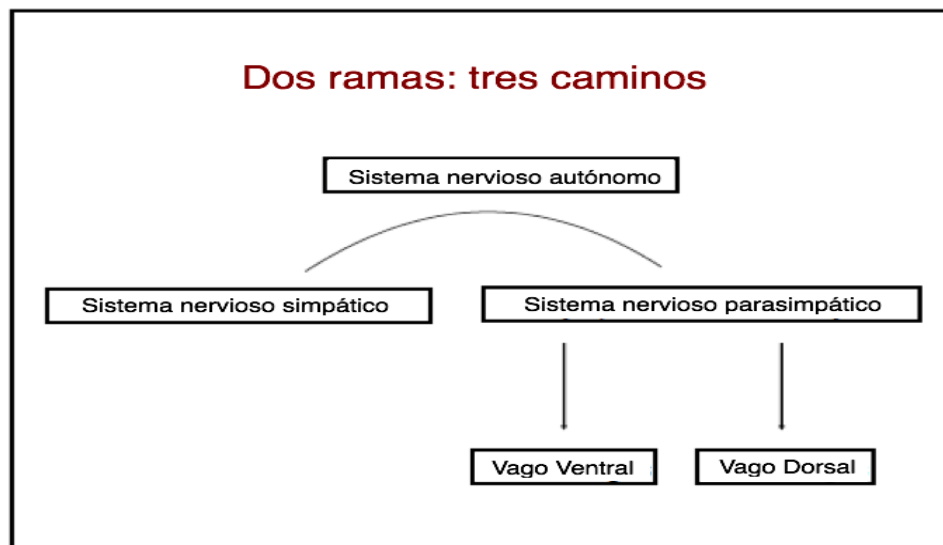


fig. 1

El nervio vago, que forma parte del sistema nervioso vegetativo, es el décimo nervio craneal y el más largo, importante y ramificado del sistema nervioso parasimpático.

Se extiende por todo el cuerpo conectando el cerebro con el intestino, el corazón, el hígado, el páncreas, la vesícula biliar, el riñón y prácticamente todas las partes del cuerpo. También está conectado a las áreas del cerebro que controlan la ansiedad y la depresión, por lo que es imprescindible para garantizar una función cerebral saludable.

La originalidad de las investigaciones de Porges (2018) le lleva a descubrir una paradoja vagal que se resuelve, en la regulación neural del SNA, en la transición evolutiva de reptiles primitivos extintos a mamíferos. Durante esta transición, los mamíferos desarrollaron una segunda vía motora vagal. Esta vía única de los mamíferos está mielinizada y transmite el ritmo respiratorio al marcapasos cardíaco. Las vías motoras vagales mielinizadas (vago ventrales) regulan los órganos supradiafragmáticos (por ejemplo, el corazón y los pulmones) y están integradas en el tronco encefálico con estructuras que regulan los músculos estriados de la cara y la cabeza a través de vías eferentes viscerales especiales, que dan como resultado un sistema de conexión social

funcional, retardando la frecuencia cardíaca y manteniendo los estados de calma necesarios para las interacciones sociales. Este circuito vagal ventral, al combinarse con otros circuitos autónomos, favorece el juego social (la movilización y la activación simpática), los juegos de seducción y sexualidad, la cercanía segura (la intimidad), junto con la inmovilización saludable para reponer energía y descansar naturalmente, luego de una intensa actividad.

En los mamíferos, las vías vagales no mielinizadas -que se originan en el núcleo dorsal del nervio vago- regulan principalmente los órganos situados debajo del diafragma, reduciendo el rendimiento metabólico cuando los recursos son bajos, como en momentos de reducción de oxígeno. Este sistema de conservación energético se adaptó como un mecanismo de defensa primitivo y se manifiesta como simulacros de muerte, respuestas de síncope y disociación, impulsadas por el trauma. Cuando no se utilizan como sistema de defensa, funcionan para optimizar la salud, el crecimiento y la restauración energética, mediante la regulación neural de los órganos subdiafragmáticos (Porges, Dana; 2019), como se muestra esquemáticamente en la figura 2.

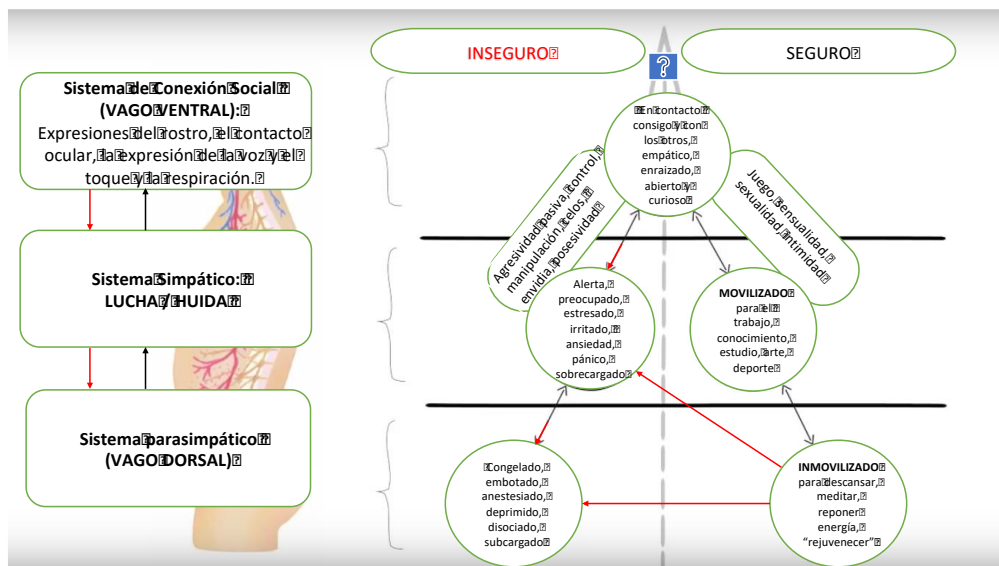


fig. 2

El estado vago ventral es el estado que utilizamos para establecer contacto (compromiso y comunicación social) en un intento de correulación con el medio ambiente. Somos seres sociales que necesitamos relaciones fiables y recíprocas en nuestras experiencias de la vida diaria, para poder obtener bienestar físico y emocional. Esta función la cumple la rama parasimpática vago ventral.

Cuando no conseguimos usar la conexión y la comunicación social para asociarnos con otros, nuestro SNA sale de la seguridad del estado vago ventral y se involucra en las respuestas del sistema nervioso simpático. El estado simpático aporta estrategias de confrontación (lucha) o evitación (huida) en un intento por solucionar el peligro y regresar a la seguridad de la regulación vago ventral.

Este ciclo de reacción y vuelta a la regulación entre estos dos estados autónomos es una experiencia frecuente en el transcurso del día. Cuando las tácticas de movilización del sistema nervioso simpático no funcionan, damos otro paso hacia el estado vago dorsal. En este estado nos desconectamos de nosotros mismos, de los demás y de nuestros recursos internos y externos. Entramos en un estado de subcarga energética -que en términos reichianos puede llevar a la anorgonia-, en estados de embotamiento, de anestesia y/o de disociación. El estado vago dorsal es una respuesta de inmovilización.

Como podemos ver –figura 3- el SNA, desde este enfoque polivagal, consta de una jerarquía entre lo vago ventral, lo simpático y lo vago dorsal.

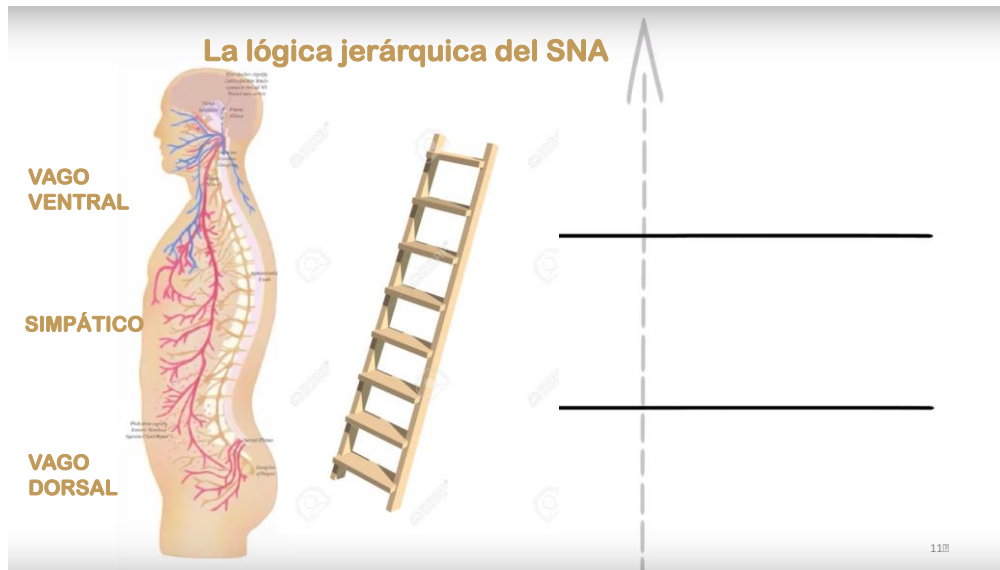


fig. 3

Estas tres vías funcionan en un orden específico y responden a los desafíos de manera predecible.

Los patrones autónomos se construyen con el tiempo. El SNA se configura a través de la experiencia. En respuesta a las experiencias vamos desarrollando un perfil neuronal personal con patrones habituales de reacción (de conexión, de desafío, de evitación, de colapso). Reconocer estas respuestas y percibir qué patrones se activan es el primer paso en las prácticas del enfoque polivagal.

En las aplicaciones clínicas, desde el enfoque polivagal, vamos a trabajar desde la imagen de la escalera que invita a la sensación de transiciones seguras. Subir y bajar una escalera no requiere de dar saltos, sino una progresión constante de un escalón a otro. La escalera siempre está en contacto con el suelo, lo que nos ofrece una manera segura de llegar a lugares más altos. A los pacientes les vamos a preguntar a través de mapas: ¿dónde estás en la escalera? Y vamos a rastrear los cambios de estado (utilizando la imagen de subir y bajar por la escalera). La idea central es identificar sus perfiles individuales de activación y de conexión en cada momento. Los mapas del SNA

son una herramienta poderosa para crear el hábito de saber dónde estamos en nuestro SNA y son un ancla orientadora. El uso de una progresión ascendente y descendente en la escalera no implica que una dirección sea buena y la otra mala. El SNA evalúa en cada momento cuál es el estado que le permite sobrevivir.

En los mapas que realizamos del SNA dividimos a la escalera en tres tercios. Cada tercio representa un estado autónomo (el vago ventral en el tercio superior, el simpático en el tercio central y el vago dorsal en el tercio inferior). Hay un rango de respuestas para cada uno y una progresión al moverse entre los estados.

¿Qué necesita el SNA en este momento para subir la escalera hacia la seguridad? es la pregunta que guía el trabajo desde el enfoque polivagal.

Sabiendo que el estado de seguridad y conexión vagal ventral es el que fomenta el cambio, nuestra primera responsabilidad como psicoterapeutas es encarnar ese estado y luego ayudar a los pacientes a entrar en ese estado, en ese lugar de seguridad. Estamos configurados para buscar seguridad en presencia de otro.

¿Cómo activar el sistema de conexión social e inhibir el estado movilizador de lucha/huida simpático, para que el paciente abandone el peligroso estado de bloqueo inmovilizador?

Para ello es importante tener claros los principios de la neurocepción que explican las diferentes respuestas del SNA ante determinadas características en entornos seguros y en situaciones peligrosas. Es decir, cuáles son los desencadenantes de los estados de lucha/huida o de congelamiento. Y asimismo, una vez desencadenados estos estados, es también importante capacitar al paciente para que sepa negociar la seguridad. El paciente debe negociar y moverse de entorno para experimentar un estado fisiológico de seguridad. Sentirse a salvo con el psicoterapeuta es uno de los puntos claves de este proceso. Crear un lenguaje compartido requiere tiempo e intención aprendiendo “desde dentro hacia fuera” y “desde abajo hacia arriba”.

La respuesta autónoma y la comunicación entre el SNA del paciente y del psicoterapeuta sucede constantemente. Nuestros SNA están siempre a la escucha para evaluar el riesgo y responden al servicio de nuestra supervivencia. Por eso es importante

que el paciente siempre se sienta seguro en el setting psicoterapéutico. Desde la psicoterapia corporal se nos hace aun más fácil sentir esa conexión ya que podemos desarrollar la capacidad de establecer contacto y transmitir seguridad entre los distintos sistemas (cara-corazón, corazón-pelvis, entre nuestro SNA y el del paciente) buscando, enviando, emitiendo y recibiendo sensaciones de calma con seguridad, benevolencia, amabilidad, compasión, humanidad, etc.

En situaciones de inseguridad podemos pasar de la búsqueda de compromiso y conexión a la movilización, y de esta, a la inmovilización. Para recuperarnos del estado vago dorsal tenemos que avanzar a través de la carga de energía del sistema nervioso simpático para poder alcanzar la regulación vago ventral. En este pasaje de lo vago dorsal a lo simpático, las psicoterapias corporales son muy eficaces, pero tenemos que estar muy atentos ya que existe la posibilidad de que surjan momentos de desorden de la energía del SNA (actings out, conductas auto-flagelantes, etc.).

Cuando estas estrategias adaptativas no dan como resultado una sensación de conexión, ya sea con uno mismo o con los otros, la repetición del patrón inmovilización-movilización-inmovilización provoca un agotamiento, y el paciente vuelve a buscar la conservación necesaria de energía a través del colapso. Para poder ascender nuevamente hacia el compromiso social, el paciente necesita sentir “una mano sobre su hombro y su espalda”, ya sea real o imaginaria. Los trabajos psicocorporales de facing, el tono y la prosodia de nuestra voz, el toque, y los ejercicios de centramiento y de enraizamiento son claves para ello.

El objetivo de la psicoterapia corporal basada en el enfoque de la TPV es respetar la sabiduría innata del SNA y encontrar formas de aportar grados de desafío para reformar los patrones de protección y afirmar patrones de conexión.

Lo más habitual es que los pacientes acudan a psicoterapia corporal con SNA que están alejados de la conexión y que se acercan a la protección. Para muchos la correulación es algo desconocido y aterrador que debe evitarse, y sus intentos de autorregulación se basan en las respuestas de supervivencia de los sistemas simpático y vagal dorsal.

El Freno Vagal

S. Porges (2019) crea el concepto de freno vagal para regular el pasaje entre los estados vago ventral, simpático y vago dorsal.

El freno vagal es responsable de acelerar y ralentizar la frecuencia cardíaca para responder eficazmente a las necesidades del momento.

El freno vagal permite que una mayor parte de la energía del sistema nervioso simpático entre en el sistema, mientras mantiene el sistema vagal ventral “en línea y a cargo”. A medida que el freno vagal comienza a relajarse, la energía que fluye a través de la vía vagal se reduce un poco y la energía simpática, que está de fondo, comienza a moverse hacia el primer plano. Después, a medida que el freno vagal se reconecta, el proceso se invierte, el simpático se desplaza hacia el fondo y el vago ventral regresa al primer plano. De hecho, este sutil patrón ocurre con cada ciclo respiratorio.

Por lo que los psicoterapeutas corporales podemos influir en él a través de las variables de la velocidad y la profundidad de la respiración en las fases inhalatoria y exhalatoria. En cada inhalación, el freno vagal se relaja un poco, lo que permite una ligera aceleración del corazón y, a continuación, se vuelve a activar en la exhalación para lograr un retorno del latido más lento. El freno vagal se libera para que podamos cargarnos de energía rápidamente y vuelve a accionarse para devolvernos a un estado de calma.

El freno vagal se activa de forma natural. A través de sus acciones en el corazón, el freno vagal ofrece flexibilidad a nuestro sistema. Esta capacidad para la regulación rápida y las transiciones suaves se ve afectada por las experiencias traumáticas. La pérdida del freno vagal desregula.

El freno vagal está diseñado para liberarse y volver a accionarse como forma de responder a los desafíos mientras se mantiene la regulación vagal ventral, reduciendo la actividad simpática y aumentando el tono parasimpático.

El freno vagal funciona de manera similar a los frenos de una bicicleta. Imaginemos que estamos bajando una colina en bicicleta y queremos ir un poco más

rápido. Al soltar un poco los frenos sentimos que las ruedas giran más rápido. Luego, cuando queramos reducir la velocidad, se aprietan nuevamente los frenos.

El freno vagal se vuelve más o menos activo, relajando y reconectando a través del uso de señales eléctricas y neurotransmisores.

El uso del freno vagal es muy importante en el enfoque polivagal. Los psicoterapeutas corporales desde nuestros distintos dispositivos técnicos, podemos ofrecerle a la TPV una aproximación metodológica protocolizada para regular el freno y el tono vagal. Por ejemplo, en los grupos de movimiento podemos activar el freno vagal disminuyendo la velocidad de los movimientos, y podemos acelerar el movimiento (evocando el tono simpático), mientras conectamos con los demás integrantes rastreando los distintos estados autónomos. La conciencia sutil de las neurocepciones y la alternancia intencional de estados vago ventrales, simpáticos y vago dorsales, facilita la observación de las experiencias de auto y correulación. El objetivo es brindar experiencias de seguridad colectiva en grupo con la finalidad de aumentar la sensación de seguridad individual.

¿Qué es lo que contribuye a producir cambios en el Nervio Vago?

Por parte del psicoterapeuta:

- Contacto visual: la verdad del estado emocional y energético de una persona se puede ver en sus ojos y en el contacto ocular. El contacto ocular en la psicoterapia es vital como forma de conexión entre paciente y psicoterapeuta.
- Tocar: el toque es un proceso que permite no sólo liberar oxitocina y otras hormonas relajantes de placer, sino que también nos permite trabajar con distintos objetivos clínicos reforzando un contacto seguro con los pacientes.
- Voz: la voz del psicoterapeuta y sus entonaciones puede ser reconfortante para el paciente y dar un marco de seguridad.
- Escuchar: más que oír pasivamente y recibir informaciones, saber escuchar al paciente y hacerlo sentirse escuchado es un acto de profunda empatía por parte del psicoterapeuta.

Tenemos que tomar en cuenta que los tres primeros ítems, fundamentalmente, pueden generar también estados simpáticos o vago dorsales (no sólo en psicoterapia). Para reforzar estados vago ventrales el psicoterapeuta debe tener una apertura a la conexión social y desarrollar una resonancia vibratoria empática en su presencia. Su tono vago ventral no puede ser bajo, ya que, de ser así, puede producir el efecto contrario (reforzar o recrear estados simpáticos o vago dorsales).

Por parte del paciente:

- Respirar: las respiraciones funcionales, generalmente lentas y profundas, ya sean abdominales o que involucran la mayor cantidad de grupos de músculos posibles, movilizan la energía de los pulmones y del diafragma, e instalan un estado vago ventral. El acto de suspirar, por ejemplo, permite un “reseteo” del SNA. Nuestro sistema se regula naturalmente (o a veces intencionalmente) a través del suspiro, incluso interrumpe los pensamientos negativos. La respiración y su uso dentro y fuera del *setting* también puede ser peligrosa y activar otros estados.
- Calor: promueve la vasodilatación periférica y relaja la musculatura.
- Ejercicio: ayuda a liberar tensiones acumuladas sin inducir a un estado de lucha o huida, nos saca del congelamiento.
- Estiramiento: estirar la musculatura es uno de los mejores métodos para lidiar con la causa y la consecuencia de la activación simpática de los procesos de acorazamiento.
- Reír o llorar: son expresiones emocionales que permiten un derretimiento de la coraza y habilita las descargas vago ventrales a través de los ojos, de la voz, usando la musculatura de los labios, de la mandíbula, del pecho y del abdomen.
- Gritar: el grito produce vibraciones que ayudan a aliviar las tensiones superficiales y crónicas. Si bien puede ser una señal de angustia para los otros, ayuda a evitar que la angustia se aprisione en el cuerpo. Para descargar la bronca, y el miedo que muchas veces la acompaña, usamos tonos altos y no tonos bajos. Si bien gritar es una acción simpática permite, a posteriori, instalar estados vago ventrales. La expresión de la rabia envuelve simultáneamente un tono simpático y un tono vago ventral, al igual que la excitación sexual.
- Vomitar: el acto de vomitar estimula el nervio vago directamente. El reflejo de vómito fue utilizado por W. Reich y A. Lowen como un ejercicio bioenergético tradicional casi como lavarse los dientes.

- Movimento rítmico: qualquer tipo de movimento rítmico nos permite instalar estados VV, especialmente a dança.

Estas actividades que podemos realizar con el paciente en el *setting* psicoterapéutico pueden reforzarse fuera del *setting* con toda una serie de rituales (familiares, culturales, sociales) que el paciente puede realizar solo o con otros: actividades creativas y recreativas, lúdicas y placenteras, que permitan instalar y enraizar al paciente en estados de seguridad, de paz, de tranquilidad y de conexión vago ventral.

Intervenciones Clínicas

Así como desde la psicoterapia corporal podemos trabajar expresivamente en una dirección de desacorazamiento, también podemos inhibir la excitación simpática instalando sutiles sensaciones de calma vago ventral.

La respiración es una forma directa y accesible de aumentar el tono vagal ventral. Desde los ejercicios respiratorios podemos regular los estados autónomos tonificando el nervio vago al trabajar con los segmentos torácico y diafragmático.

A través de los ejercicios de tensión y de relajación, de las posiciones de estrés, de las descargas neurogenéticas, de los ejercicios respiratorios sistematizados, de los trabajos expresivos con el toque, la mirada y la voz, y del abordaje corporal del tono muscular, podemos incidir en el tono vagal de los pacientes buscando anclar estados vago ventrales de seguridad, de contacto y de conexión social.

Por ejemplo, los trabajos de desacorazamiento con el músculo trapecio a través del movimiento, rotación y estabilización de la escápula, proporciona señales de seguridad no verbales. La activación y liberación intencional del trapecio activa cambios sutiles en la neurocepción. Permite descongelar patrones cristalizados de la anatomía emocional, como consecuencia de las experiencias traumáticas. Cuando se

activa, al levantar la escápula, el trapecio activa una movilización simpática y una neurocepción de peligro que conlleva la activación muscular de la disposición a defenderse. Cuando se está relajado, la neurocepción es de seguridad y puede sentirse una apertura a la conexión social. En situaciones postraumáticas de inmovilidad, el músculo trapecio puede colapsar. Asimismo en un estado de TEPT la rigidez de los músculos esternocleidomastoideos produce bilateralmente una neurocepción de peligro produciendo respuestas de inmovilización. En el trabajo de desacorazamiento, a través de micromovimientos suaves y fluidos con la cabeza y el cuello, podemos estimular el tono vagal, liberando suavemente los pequeños músculos suboccipitales que unen las bases del cráneo, para luego trabajar con los trapecios y los esternocleidomastoideos.

Conclusión

Desde que hemos incorporado el enfoque polivagal a la clínica bioenergética y a las psicoterapias corporales, los terapeutas somos más capaces de mapear nuestros propios patrones autónomos y el de los pacientes. Esta cartografía jerárquica, móvil, flexible y molecular, nos permite sintonizar las neurocepciones de seguridad en el vínculo psicoterapéutico, y tonificar el sistema de conexión social (*social engagement*).

La TPV nos permite estar más regulados durante las sesiones con los pacientes. Con el aumento del tono vagal ventral, los terapeutas pueden sintonizar mejor con las experiencias traumáticas de los pacientes, proyectando señales de seguridad, lo que conduce a un mayor sentido de conexión y confianza en el vínculo y en la relación psicoterapéutica. En este intercambio de micromomentos de regulación ventral, el mapa autónomo de los pacientes -con el tiempo- comienza a cambiar, intensificando experiencias más profundas de seguridad, conexión y curación.

Referencias

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

Levine, P. (2018). *Trauma y memoria*. Barcelona: Eleftheria.

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

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

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

