



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

Trauma y resiliencia. Integrando paradigmas: Flores de Bach y neurociencias

Ana Eugenia Volonté

anaeugeniavolonte@hotmail.com www.facebook.com/consultoriaholisticaenfloresdebach

En el presente trabajo intento construir un puente unificador entre dos sistemas de conocimiento diferentes: la Terapia Floral y las neurociencias. No es un trabajo cerrado ni completo; por el contrario, es una primera aproximación a una articulación teórica, llena de hipótesis y proposiciones que están aún por comprobarse.

Cuando hablamos de *trauma* lo primero que se nos viene a la mente es Rescate, un remedio para equilibrar a la persona en situaciones difíciles, a veces extremas, y ayudarla a recuperarse más rápidamente de las mismas.

En los tiempos de Bach, principios de 1900, poco se sabía acerca del funcionamiento del cerebro y menos aún acerca del funcionamiento del mismo expuesto a situaciones de estrés, el papel que juegan los hemisferios cerebrales en el procesamiento de la información, el sistema límbico, la interacción que se da entre ellos y su importancia en el momento de elaborar situaciones traumáticas.

Los avances de la ciencia nos han permitido arrojar luz sobre estos temas, y quiero aprovechar esta ocasión para compartir esta información, y que se pueda re-pensar la fórmula de emergencia desde dos lugares:

1. Comprender el Rescate desde la óptica del funcionamiento del cerebro en situaciones de estrés ¿Por qué Bach eligió esas flores en particular? ¿Cómo se relacionan éstas con los procesos neurológicos biológicamente determinados en una situación traumática?
2. Completar la fórmula floral incluyendo otras a la luz de estos nuevos conocimientos ¿Cuáles de esos procesos biológicamente determinados no están contemplados en el Rescate? ¿Cuáles son las flores que sí los contemplan y completan la fórmula?

Hablamos para entendernos, pero el lenguaje nos confunde....Aunando criterios

*“El trauma psicológico es una experiencia juzgada por el participante como inesperada, impactante (shock), que deja efectos negativos y duraderos (aún si la persona no se da cuenta de ellos), y representa una amenaza para la integridad y la seguridad física y/o emocional”.*¹

¹ SOLVEY Pablo, FERRAZANO DE SOLVEY Raquel. *Psicoeducación en trastornos de ansiedad: guía práctica*. TdeA Ediciones, 2011.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

La definición que encontramos en el diccionario de la RAE (Real Academia Española) es la siguiente:

trauma²

(Del gr. τραῦμα, **herida**).

1. m. Lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo.
2. m. Choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente.
3. m. Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera.

¿Trauma o traumas?

Cuando hablamos de *trauma* es necesario hablar en plural: *traumas*, pues existen diversos tipos: Unos son los que definimos como *objetivamente traumáticos*, esos en que todos los observadores estamos de acuerdo y afirmamos: “*Sí, es una situación traumática*”, como puede ser un accidente, un robo violento, una violación, una pérdida importante, etc. A éstos los identificamos como “*T*”. Otros son aquellos que definimos como *subjetivamente traumáticos*, esos que representan un trauma para algunas personas sí y para otras no.

Por ejemplo, puede ser un trauma para mí llegar a mi casa y encontrarme con que han entrado a robar, entonces pienso: “*Esta situación me angustia, tengo mucho miedo de que vuelva a ocurrir, me siento desprotegida, no puedo dormir tranquila, me vigilan*”; mientras que para otra persona esa misma situación puede no ser traumática ni desestabilizante, otra persona puede pensar: “*No me pasó nada, no estaba en la casa, los objetos son recuperables, es una lástima lo que pasó pero lo más importante es que yo estoy bien, reforzaré la seguridad incorporando un sistema de alarma para estar más tranquila*”. A este segundo grupo de traumas los identificamos como “*t*”.

Puede resultar traumático incluso no ser víctima directa de un trauma (trauma tipo 1) sino ser testigo del mismo (trauma tipo 2), como es el caso de ver un accidente, presenciarlo mientras ocurre, aunque al observador no le pase nada.

Estos traumas son fáciles de detectar para cualquiera, representan una única situación violenta o extrema fuera de la normalidad, suenan como una gran explosión en medio de los ruidos leves de la cotidianidad; pero existen otros tipos de traumas que, por ser pequeños pero repetidos, se nos pasan de largo, desapercibidos, los reconocemos como parte integrante de nuestra vida cotidiana y no los consideramos como tales, como son los casos de niños criados en ambientes familiares violentos, donde todos los días se les grita, amenaza y maltrata emocionalmente. Estos traumas suenan como el tic-tac del reloj, un sonido leve pero audible y permanente.

Otros más audibles y repetidos son los casos de abusos prolongados y repetidos a lo largo del tiempo, la víctima está alerta, sabe que van a ocurrir, pero no puede luchar ni huir. Este último

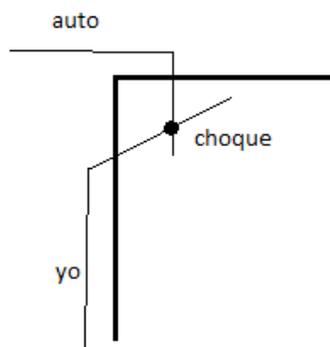
² <http://lema.rae.es/drae/?val=trauma>

tipo de traumas es el que tiene consecuencias más severas para la personalidad.

La historia de un pequeño trauma

Esta vez me pongo a mí misma como ejemplo y paso a contarles un evento que me ocurrió hace poco. Dentro del relato menciono las etapas o fases de respuesta a un trauma en letras cursivas, e incluyo las Flores de Bach que se corresponden con las mismas y que están incluidas en el Rescate.

Todos los miércoles a las 21h. salgo a patinar con un grupo de *rollers*. Vamos por la calle (nada de bici-sendas) a la derecha de los autos. Todos sabemos patinar bien, frenar, esquivar autos; pero a pesar de estas habilidades me ocurrió un pequeño accidente que, luego me di cuenta, fue traumático para mí, una amenaza inesperada a mi integridad física, amenaza de la que no pude huir ni contra la que pude luchar.



Mientras atravesaba en diagonal una estación de servicio (ver mapa), vi que un auto entraba a la misma. Cuando lo vi comencé a frenar pero sabía que venía rápido y no podía frenar del todo, y al mismo tiempo veía que el auto seguía avanzando, despacio, pero seguía avanzando. Sabía que íbamos a chocar.

En ese momento, *lo único que podía ver era el farol delantero*, todo mi campo visual era ese pequeño pedazo de mundo (visión de túnel, lo único que se percibe con claridad es la fuente del peligro). Pensaba: *"voy a chocar, voy a chocar"* (último pensamiento que tuve en mi estado normal de conciencia, luego entraría a un estado alterado de la misma).

Me tocó con la trompa la cadera izquierda y caí al suelo (Star of Bethlehem). Caí, me levanté, vi que el conductor salió del auto y repetía: *"Flaca perdóname, no te vi, no te vi"*, mientras se agarraba la cabeza con ambas manos. En ese momento yo estaba completamente serena y tranquila, ni asustada, ni alterada, sino extrañamente tranquila (en un *estado* de incredulidad respecto de lo que me había ocurrido, debido al shock del choque ya había entrado en un estado de conciencia alterada - Clematis). Mientras él seguía repitiendo: *"Perdóname, perdóname"*, yo le respondí: *"No me pasó nada, estoy bien.... Tenés que entrar más despacio a una estación de servicio y mirar bien, pero quedate tranquilo que estoy bien"*.

Dicho eso me fui. Avancé unos cien metros hasta una heladería con mesas y sillas en la vereda (un punto de encuentro del grupo, allí nos reagrupamos todos y volvemos a salir). Cuando llegué ya había varios de mis amigos allí, les dije: *"¡Chicos me chocó un auto! ¡Me tiemblan las piernas, me tengo que sentar!"* En ese estado de temblor, rogando que mis piernas no me fallaran y no me volviera a caer, agarré una silla, me senté y comencé a llorar. Recién en el momento en que le



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

puse palabras a lo sucedido *caí* en lo que me había pasado y me asusté (Rock Rose).

Mis amigos se asustaron también, me preguntaron si estaba bien, y yo les respondí: *“Estoy bien, estoy bien, sólo me asusté... Yo venía... Y el auto también...No me vio... Pero no me pasó nada.... Estoy bien”*. Ellos me abrazaron, me trajeron agua, me contuvieron. Yo seguía llorando. Durante todo ese momento yo me hacía *Tapping*³.

Pasados unos minutos me calmé, dejé de llorar. Y llegó otro compañero que se nos unió a la salida. Cuando llegó preguntó: *“¿Cómo están?”*, y yo le dije: *“Me chocó un auto, pero estoy bien”*. Y volví a llorar (cuando volví a contar lo que me pasó, sólo con esas palabras, me volví a angustiar y a llorar. Si no lo repetía me recuperaba de la aflicción, pero si lo volvía a contar me volvía a asustar). Me volví a calmar y seguimos todos. No me detuve, no volví a mi casa, yo seguí rolleando, rolleando, lo hacía automáticamente (me encontraba en un estado de obediencia automática).

En un momento vi que llegamos a una calle: la avenida Pucio (varios kilómetros después de la heladería), y en ese momento pensé: *“Ya llegamos acá...¿cómo llegué? No me acuerdo del recorrido”* (amnesia parcial de los eventos que rodean al suceso traumático).

Gracias a mis conocimientos sobre el tema, a pesar de mi susto y demás, estaba consciente durante todo el tiempo de lo que me estaba sucediendo. En ese instante me di cuenta que estaba en un estado de disociación peritraumática.

Seguí avanzando, seguía en “piloto automático”, veía que todos mis amigos iban cantando, haciendo chistes, hablando...Y yo no, yo iba callada, sólo rolleaba, y pensé: *“Todos están alegres, hablan, se ríen...yo siempre me río con ellos, yo también canto y hago chistes... Pero ahora no estoy haciendo chistes, estoy callada, sólo rolleo”*, y pensé: *“Despersonalización y desrealización, sigo en estado alterado de conciencia”* (Clematis).

3 EMDR es una técnica nacida en los años 80 en EEUU basada en las neurociencias y el sistema de procesamiento de la información. Ideal para el tratamiento de traumas, trastorno por estrés post-traumático, fobias, abusos, ataques de pánico y síntomas físicos, los pacientes muestran signos de mejoría y recuperación en pocas sesiones.

En nuestro diario vivir nuestro cerebro capta y procesa la información proveniente de nuestros sentidos, pensamientos y emociones con ambos hemisferios, izquierdo y derecho, manteniendo un equilibrio entre ambos. Lo que sucede en una situación traumática es que ese pasaje de información se interrumpe y queda almacenada sólo en un hemisferio, produciendo así síntomas y dificultades emocionales.

EMDR trabaja con estimulación sensorial bilateral, ya sea a través de sonidos, movimientos oculares o tapping (pequeños golpecitos en las manos o cualquier parte del cuerpo – rodillas, hombros- siempre alternando derecho e izquierdo), estimulando así alternativamente uno y otro hemisferio y reanudando el libre y natural pasaje de información entre ambos.

Su abordaje es holístico (holos – totalidad) ya que trabaja con el área cognitiva (pensamiento), afectiva (emociones) y corporal (sensaciones).

La técnica EMDR no es peligrosa ni produce daño alguno ya que simplemente utiliza la propia capacidad autocurativa del sujeto-paciente.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

Me sobresaltaba cada vez que veía un perro (a veces se cruzan entre medio y pueden hacernos caer) y me alejaba de ellos más de lo necesario (y más de lo que usualmente lo hago). También me sobresaltaban los autos que me pasaban cerca. Estaba atenta a todo ruido, luz, perro, auto, moto (en un estado de hipervigilancia - Mimulus).

Finalizada la salida, de regreso a casa lo primero que hice fue tomarme un vaso de agua con Rescate, pasé mentalmente “la película” de lo sucedido mientras me hacía *Tapping* (especialmente la imagen del farol del auto y el pensamiento “*Me va a chocar*”) y luego me fui a bañar. Mientras me bañaba comencé a sentir dolor en la pierna izquierda, dolor que antes no había sentido (durante el trauma se segregan calmantes endógenos que disminuyen la sensibilidad al dolor y al miedo). El dolor continuó unos días, durante los cuales me hice masajes suaves con crema con Flores y Aromaterapia.

A los dos días del episodio volví a salir en *rollers*, hice una salida tranquila (no quería que pasase tiempo y tener miedo de salir a la calle), y de a poco recuperé la confianza que tenía antes.

Después de todo trauma significativo, la reacción normal y esperable es pasar por un período de vulnerabilidad y estrés. La flor *estrella* de la fórmula es Star of Bethlehem. Ésta se acompañará con diversas Flores, de acuerdo a los síntomas presentados.

Aclaración: luego de mi experiencia traumática no sufrí ninguno de estos síntomas, creo que fue gracias a las Flores de Bach que tomé y a la técnica de EMDR que utilicé de modo preventivo.

A este período de estrés que sigue al trauma, el DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana) lo clasifica como *Trastorno de Estrés Agudo* 308.3 (F43.0).

Aunque no estoy para nada de acuerdo con la clasificación, des-subjetivación, medicalización y la etiqueta de *trastornos mentales* del DSM (tan diferente al abordaje floral, subjetivante, espiritual, holístico), lo cito en esta ocasión única y exclusivamente con el fin de aunar criterios y que todos los lectores tengamos un lenguaje común para entendernos.

Cuadro 1: DSM-V Trastorno de estrés agudo 308.3 (F43.0).

Síntomas	Flores de Bach
A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: 1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros. 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. Nota: En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental. 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos;	Red Chestnut Red Chestnut



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

<p>policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p>	
<p>B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso(s) traumático:</p>	
<p>Síntomas de intrusión</p>	
<p>1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: En los niños, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).</p>	<p>White Chestnut</p>
<p>2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s). Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.</p>	<p>Aspen</p>
<p>3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso (s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente. Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.</p>	<p>Honeysuckle</p>
<p>4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).</p>	
<p>Estado de ánimo negativo</p>	
<p>5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).</p>	<p>Gentian, Wild Rose</p>
<p>Síntomas disociativos</p>	
<p>6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).</p>	<p>Clematis</p>
<p>7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).</p>	<p>Clematis Chestnut Bud</p>
<p>Síntomas de evitación</p>	
<p>8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).</p>	<p>Agrimony</p>



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

<p>9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).</p>	<p>Mimulus Rock Rose</p>
<p>Síntomas de alerta</p>	
<p>10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).</p>	<p>Impatiens</p>
<p>11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.</p>	<p>Beech, Holly, Cherry Plum</p>
<p>12. Hipervigilancia.</p>	<p>Mimulus</p>
<p>13. Problemas con la concentración.</p>	<p>Chestnut Bud</p>
<p>14. Respuesta de sobresalto exagerada.</p>	<p>Mimulus</p>
<p>C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma. Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.</p>	
<p>D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	
<p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.</p>	

Si los síntomas persisten durante más de un mes (también de acuerdo al DSM), el trastorno por estrés agudo se convierte en TEPT⁴- trastorno por estrés pos-traumático- que puede conducir a otros trastornos (comorbilidades) como: depresión, ansiedad generalizada, trastornos del sueño, síntomas disociativos, abuso de sustancias.

Es por este motivo que siempre, siempre, debemos preguntar al paciente o consultante sobre

⁴En el TEPT el evento traumático queda grabado en los circuitos emocionales, generando una alteración en la química cerebral (se segregan altas dosis de adrenalina y noradrenalina), poniendo el sistema en alerta constante.

La sensación de impotencia, de no tener control sobre la situación, es la que más hace susceptible a una persona a desarrollar un TEPT.

La amígdala declara alarma cada vez que aparece en la vida del sujeto algo que evoque mínimamente el trauma original. El cerebro que aprendió a estar en alerta necesita hacer un re-aprendizaje emocional: la corteza prefrontal izquierda será la encargada de suprimir la respuesta de alarma de la amígdala.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

situaciones traumáticas que haya vivido, incluyendo en esta categoría: pérdidas, enfermedades, operaciones, situaciones de gran estrés, etc., pues sus síntomas actuales (aquí y ahora) pueden derivar de aquellas (de allá y entonces), sobre todo teniendo en cuenta que existen casos en que el TEPT tiene comienzo meses e incluso años pasado el evento traumático.

TETPT – Trastorno por Estrés Post-Traumático

Espectro de signos (lo que se ve) y síntomas (lo que se siente)

Físicos: cuerpo físico, aspectos biológicos

- Scleranthus: se alternan períodos de intensa actividad (hiperquinesia, hiperalerta – Impatiens - Vervain), con períodos de agotamiento e inactividad (Olive – Wild Rose). El sistema no puede sostener la hipervigilancia y la respuesta de alarma (estrés) demasiado tiempo sin agotarse.
- Impatiens: dolores musculares, espasmos, calambres, taquicardia.
- Cherry Plum: pérdida del control de impulsos, temblores.
- Gorse: se deprime el sistema inmunológico.
- Beech: vómitos, bruxismo.
- Scleranthus: mareos.
- Clematis: desmayos, debilidad.
- Mimulus: sudor frío.

Emocionales: sentimientos y emociones

- Willow: resentimiento, culpar a otros por lo sucedido.
- Pine: culparse a sí mismo por lo ocurrido, o sentirse culpable por haber sobrevivido.
- Mimulus, Rock Rose: miedo, pánico, hiperalerta, inseguridad, ansiedad.
- Red Chestnut: intensa preocupación por otros (familiares o sobrevivientes).
- Holly, Beech, Cherry Plum: rabia, irritabilidad, intolerancia, pérdida de control emocional, desconfianza.
- Scleranthus: oscilaciones del estado de ánimo.
- Wild Rose: apatía, indiferencia.
- Agrimony: negación de lo ocurrido.
- Larch: haber perdido la confianza en sí mismo.
- Sweet Chestnut: aflicción, intenso sufrimiento, “la noche oscura del alma”.
- Elm: sensación de abrumación.
- Chicory: sentirse abandonado, no cuidado, no querido.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

Cognitivos: el área del pensamiento

- Clematis: confusión para pensar, disminución del alerta, dificultad para reconocer objetos o personas familiares, incapacidad para recordar partes del suceso traumático (amnesia disociativa - Chestnut Bud), desorientación en el tiempo y el espacio.
- Honeysuckle: flaschbacks (recuerda el hecho como si lo estuviera viviendo), ilusiones (creer haber oído o visto a personas muertas – Aspen), pesadillas sobre el evento traumático (Aspen).
- Gorse, Sweet Chestnut: ideación suicida, sensación de ausencia de futuro.

Comportamentales: el área de la conducta

- Water Violet: aislamiento social, rechazo del contacto, disminución de la comunicación, desapego.
- Impatiens: inquietud motora, hiperkinesia (no poder quedarse quieto), dificultad para dormir, tensión muscular.
- Cherry Plum: abuso de consumo de drogas, alcohol, tranquilizantes, comida.
- Wild Rose: disminución de la higiene personal, falta de autocuidado.

Es importante preguntar al paciente sobre sus síntomas para hacer una fórmula floral completa y acertada.

Si bien los terapeutas florales no hacemos diagnósticos, tener un conocimiento de este tipo de cuadros nos ayuda mucho para hacer un buen diagnóstico floral.

Comprendiendo el cerebro: los aportes de las neurociencias

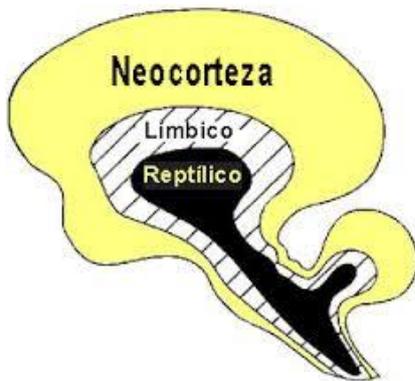
Definición de cerebro:

“órgano que ocupa la parte superior de la cavidad craneal; constituido por dos hemisferios, derecho e izquierdo, unidos por el cuerpo caloso, que forman la parte más voluminosa del sistema nervioso central” (Dorland, diccionario enciclopédico ilustrado de medicina; McGraw-Hill-Interamericana de España, 4ª edición en español, España 2003)

Nuestro cerebro se ha desarrollado evolutivamente de abajo hacia arriba y de adentro hacia afuera, es decir, ha crecido de forma centrífuga y centrípeta. Las áreas más bajas y profundas son las más viejas, arcaicas, y las más externas son las más evolucionadas. En este orden podemos dividir el cerebro en 3 partes:

- Cerebro primitivo instintivo, llamado *cerebro reptiliano*, centra las funciones vitales indispensables para la vida (respiración, ritmo cardíaco), las necesidades primarias (comer, beber, reproducirse) y el instinto para la supervivencia.

- Cerebro límbico emocional: es el sistema límbico, ubicado justo debajo y dentro de los dos hemisferios, centro de la vida emocional-afectiva y de la memoria.
- Corteza cerebral: ubicada sobre el sistema límbico, dividida en dos hemisferios, sede de las respuestas cognitivas (pensamiento), reflexión, análisis. Es la encargada de modular y regular las respuestas afectivas del cerebro emocional.



“El hecho de que el cerebro pensante surgiera del emocional es muy revelador con respecto a la relación que existe entre pensamiento y sentimiento; el cerebro emocional existió mucho tiempo antes que el racional” (Daniel Goleman: La inteligencia emocional).

Acercando la lupa...La corteza cerebral

Dijimos antes que la corteza está dividida en dos mitades, dos hemisferios: derecho e izquierdo, unidos por el cuerpo caloso (puente de fibras interhemisféricas). Cada hemisferio tiene una forma particular y distinta de procesar la información, es casi como si dentro de nuestro cerebro hubieran dos personas diferentes hablando (cada una desde sus puntos de vista) sobre una misma situación.

La historia es la siguiente: El *señor positivo* (hemisferio izquierdo) llamó por teléfono (cuerpo caloso: cable intercomunicador) a la *señorita negativa* (hemisferio derecho) para charlar sobre un evento al que ambos asistieron la noche anterior. El *señor positivo* estaba encantado con la velada, hablaba sobre la buena música, la rica comida y la simpática compañía. En cambio, la *señorita negativa* sólo podía recordar que se le rompió el taco del zapato, que la sopa estaba fría y que la música demasiado alta no le permitía conversar con los demás invitados.

A todas estas quejas, el *señor positivo* le contestó que se relajara, que en general había sido una hermosa velada, le recordó la conversación que ellos tuvieron (y sí pudieron escucharse), lo bella que ella estaba vestida (más allá del taco roto, que casi no se le notaba), y le dijo además: *“si la sopa hubiera estado más caliente, te habrías quemado”*. La *señorita negativa*, al escuchar todos estos detalles que ella había pasado por alto, se tranquilizó, se relajó y llegó a la conclusión de que la velada, después de todo, no había sido tan mala.

El hemisferio izquierdo, el *señor positivo*, es analítico, orientado al futuro y a las soluciones, de sentimientos y creencias positivas, registra el paso del tiempo, dominante para el habla, poco sensible a recuerdos negativos, procesa la información familiar.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

El hemisferio derecho, la *señorita negativa*, es holístico, de sentimientos y emociones negativas, orientado al presente, no tiene conciencia del tiempo (siempre es ahora), almacena los traumas y recuerdos negativos y es muy sensible a ellos, no tiene habla ni lenguaje, procesa la información nueva. Esta lectura de la realidad se corresponde con Gentian.

En toda situación nueva el que hace la lectura es el hemisferio derecho. Una vez que esa situación se vuelve familiar, el que procesa esa información es el hemisferio izquierdo.

Una situación traumática siempre es novedad.

El cuerpo caloso: es una red de aproximadamente 50 millones de conexiones interhemisféricas, las cuales pueden encenderse unas 20 veces por segundo. Es el “cable intercomunicador” entre ambos hemisferios, la estructura que permite que las dos lecturas diferentes y opuestas de la realidad (la del hemisferio izquierdo y derecho) se integren.

Cuando nuestros hemisferios están bien conectados y comunicados, ambos activados y tomando parte en la lectura e interpretación de la información, podemos tener una visión más completa e integrada de todas las situaciones, integramos el pensamiento mágico del hemisferio derecho con el pensamiento lógico del izquierdo, los sentimientos negativos y positivos, etc. Pero en toda situación de estrés y especialmente en un trauma (que es una situación novedosa, procesada por el hemisferio derecho, (la *señorita negativa*), el hemisferio izquierdo (que procesa la información rutinaria, conocida) se inactiva, impidiendo que su pensamiento secuencial-positivo-orientado a soluciones (el *señor positivo*) se integre, dejando esa situación sin ubicación temporal (al ser procesada sólo por el hemisferio derecho siempre es presente, nunca se vuelve pasado), con una interpretación siempre negativa, sin recursos y sin solución posible, provocando varias perturbaciones emocionales.

El nefasto destino

Cada vez que se recuerda un trauma no elaborado, sólo se recuerda con el hemisferio derecho.

Un juego de palabras: Brocca...Boca...El señor narrador de historias

En el hemisferio izquierdo hay un área llamada *Área de Brocca*, que es la parte encargada de convertir las experiencias emocionales en lenguaje, es la parte del cerebro que puede ponerle palabras a los sentimientos. Yo la llamo *el señor narrador de historias*.

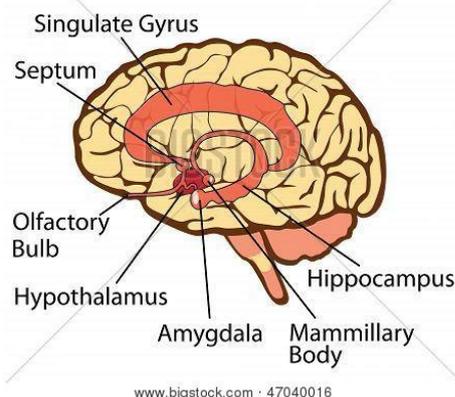
Este señor vive en la parte anterior de la casa del *señor positivo* (en la parte frontal del hemisferio izquierdo), y para poder convertir las experiencias emocionales en historias necesita que ambos hemisferios estén comunicados y activos, que el hemisferio izquierdo (el *señor positivo*) haya entrado en la lectura de la situación; pero como todo trauma no elaborado se recuerda con el hemisferio derecho, el *señor narrador* de historias queda fuera de circuito, no tiene acceso a la información del hemisferio derecho y por lo tanto no tiene acceso a las emociones para poder nombrarlas.

Es justamente por esto que hablar de un trauma no lo soluciona, muchas veces incluso lo reactiva y el paciente se re-traumatiza, porque sólo se recuerdan partes del trauma, no la totalidad del mismo, y porque para calmar las emociones se necesita acceder a otra área del cerebro (la amígdala, el *Hada de las emociones*, que vive en el cerebro emocional, el sistema límbico).

El cerebro emocional: el sistema límbico

El sistema límbico se encuentra justo por sobre el cerebro reptiliano (recordemos que evolutivamente nuestro cerebro se desarrolló de abajo hacia arriba, las estructuras más altas son más evolucionadas y refinadas que las más bajas). Se lo llama sistema porque está formado por varias estructuras conectadas entre sí. Las que más nos interesan a nosotros, debido a su relevancia en el procesamiento de las experiencias traumáticas son dos:

LIMBIC SYSTEM STRUCTURES



- La amígdala: el *Hada de las emociones*, es la encargada de darle un significado emocional a los acontecimientos, es la sede de nuestra memoria emocional, memoria afectiva sin lenguaje (por eso mismo hablar de un trauma no lo soluciona, porque al hablar se modifica la memoria narrativa -memoria declarativa- pero no se modifica la memoria afectiva). La amígdala es la que siente el miedo durante un evento traumático... O durante su recuerdo.

- El hipocampo: el "GPS", guarda la memoria espacio-temporal de un acontecimiento: ¿cuándo ocurrió? ¿dónde? ¿en qué lugar, en qué contexto? Ubica los sucesos dentro de una línea de tiempo, ordenando así nuestra biografía. Durante un trauma su actividad se suprime, causando así amnesia total o parcial del mismo.

Estamos preparados para la supervivencia: la reacción de alarma

Cada vez que nuestros sentidos perciben una amenaza, un peligro (¡real o imaginario!) sentimos miedo, se activa la amígdala (que recibe la señal de emergencia directamente del tálamo, del cerebro reptiliano) y ésta activa a su vez al Sistema Nervioso Simpático (que nos prepara para la lucha o huida), disparando la respuesta de alarma y enviando una serie de señales urgentes a diferentes partes del cuerpo:

- Acelera la respiración para que haya disponible mayor cantidad de oxígeno para luchar o huir.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

- Dilata las pupilas para que el campo de visión sea mayor.
- Acelera el ritmo cardíaco y sube la presión arterial para que los nutrientes lleguen más rápido a donde sean necesarios (siempre para luchar o huir).
- La sangre se desvía hacia las piernas y brazos y se retira de la cara (por eso nos ponemos pálidos de miedo) y del estómago (sensación de mariposas).
- Se interrumpe la digestión, se detiene la producción de saliva (náuseas y sequedad en la boca).
- Se tensan los músculos para prepararse para luchar o huir.
- La mente se focaliza sólo en el peligro (visión de túnel).
- Aumenta la coagulación sanguínea (para evitar desangrarse en caso de que se produzcan heridas).

La amígdala, cuando recibe señales de peligro, funciona como un sistema de Alarma: se dispara, empieza a sonar, llama a los bomberos, a la policía, a la ambulancia; se prepara lo mejor posible para enfrentar el peligro y todas sus consecuencias...y todo esto ocurre antes de que la corteza cerebral (nuestra parte pensante, racional, analítica) pueda enterarse.

Ante una percepción de peligro el organismo se prepara para luchar o huir, “pensar es secundario”, ésta es una respuesta instintiva de supervivencia.

¡Ojo! Cuando ante un peligro no podemos ni luchar ni huir, se activan simultáneamente dos sistemas opuestos: el Sistema Nervioso Simpático (respuesta de alarma, lucha-fuga) y el Sistema Nervioso Parasimpático (respuesta de relajación, todas reacciones opuestas a las del simpático), produciendo así una única respuesta posible: Paralización (Rock Rose)

Sistema límbico y corteza cerebral, la relación entre la amígdala y los hemisferios

Dijimos antes que cada vez que se recuerda un suceso traumático en realidad no se lo recuerda, sino que se lo revive, el cerebro vuelve a funcionar del mismo modo en que lo hizo durante el evento original: se vuelve a percibir el peligro como si fuera real y actual (sólo se activa el hemisferio derecho), la amígdala declara emergencia y activa la respuesta de alarma.

Esto sucede porque la parte del cerebro que tiene el poder para modular la respuesta de la amígdala es la corteza frontal izquierda, justamente la que queda inactivada durante el trauma y su evocación.

La dramatización desde nuestros personajes sería así:

"¿Te acordás de aquél evento?"

¡La *señorita negativa* lo recuerda como si fuese hoy! ¡Sí, es terrible! (se activa el hemisferio derecho), el *Hada de las emociones* (amígdala) la escucha y tiene mucho miedo! Siente pánico! Juntas se toman de las manos y gritan: ¡Peligro peligro! ¡Estamos en peligro!



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

Se dispara la respuesta de alarma, se acelera el corazón, se seca la garganta, se sienten náuseas, se tensan los músculos, etc.

La solución a este mecanismo (poder recordar el trauma sin revivirlo) es activar el hemisferio izquierdo mientras se evoca el evento traumático, para que éste introduzca su lectura más positiva, real, con recursos y su conciencia de tiempo, y module la respuesta de miedo de la amígdala, que “se asusta y ocasiona todo el *despelote* de síntomas”.

La nueva dramatización sería:

“¿Te acordás de aquél evento?”

La *señorita negativa* lo recuerda, dice ¡Sí, es terrible!

Y justo antes de que el *Hada de las emociones* la escuche y se asuste (antes de que se active la amígdala), el *señor positivo* le señala: *“No es terrible, fue terrible pero ya pasó hace mucho tiempo, ya estás bien, ahora estás en otro momento de tu vida...”*

La amígdala lo escucha a él y se queda tranquila.

EMDR es una manera rápida y efectiva para lograr esto

Trauma y Resiliencia: Después de una catástrofe hay que volver a tejer los hilos de la vida

“Es imposible establecer en qué grado afectará un trauma pues lo que nos da fuerza para afrontarlo es la confianza que antes hemos adquirido. Y lo que impulsa a la resiliencia es la sensación de seguridad aportada por el afecto del medio y el sentido que pueda dar al trauma un trabajo verbal ulterior” (Cyrulnik Boris. Autobiografía de un espantapájaros. Editorial Gedisa, 2009)

Resiliencia

Se define como la capacidad de atravesar situaciones dolorosas y difíciles y salir fortalecido de ellas; en el diccionario de la RAE encontramos:

“Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas”.

El término se asocia a resistencia, fortaleza, flexibilidad.

Resiliencia NO es invulnerabilidad. La invulnerabilidad es una respuesta inmediata a una situación, la resiliencia, por el contrario, implica atravesar la adversidad, vérselas cara a cara con ella y utilizarla para crear un nuevo proyecto de vida en el que la herida está incluida no como una tragedia irremediable, sino como un hito en la historia del sujeto que le hizo descubrir su fortaleza.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

La resiliencia implica un efecto duradero, un proyecto de vida

Dijimos apenas comenzaba este trabajo que una experiencia puede resultar traumática para una persona y no para otra. Los elementos que predisponen a esa respuesta son:

1. El desarrollo del sujeto y su historia pre-traumática: las relaciones tempranas con los cuidadores (padres, familiares, maestros) que sembraron en el infante una sensación básica de confianza en sí mismo y en la vida lo hacen más apto para la respuesta resiliente ante las dificultades. Este trabajo se desarrolla en el tiempo y de dos formas:
 - a) No verbal: las experiencias de ser contenido, cobijado, alimentado, acariciado van configurando, previo a la adquisición del lenguaje, una imagen del mundo seguro en el que el niño es querido y el mundo un lugar seguro. Estas primeras interacciones se graban en la memoria emocional de infante y modelan luego toda su vida afectiva y sus respuestas afectivas a todas las situaciones posteriores de su vida. Verbal: con el desarrollo del lenguaje el infante comienza a ponerle palabras a sus experiencias y sensaciones, así como a construir un guión vital de sí mismo, de los otros y del mundo, que guiará el desarrollo de su carácter (personalidad) y sus interacciones con los demás.
 - b) Por ejemplo el guión vital del niño que se ha sentido amado, que ha adquirido un apego seguro, que ha generado una sensación de confianza básica en sus cuidadores, podría ser algo así: “No importan las dificultades que se presenten, eres capaz de atravesarlas y siempre habrá alguien que te ayude y te escuche en esos momentos. Puedes confiar en el proceso de la vida” Este guión sería el de un Mimulus en luz, en su estado positivo. Llegado el momento difícil, este sujeto (ya adulto) buscará refugio en sus amigos, familia, incluso un terapeuta; les contará sus males, sus tormentos, se sentirá escuchado y con fuerzas renovadas para salir adelante. Su historia pre-traumática lo predispone a la Resiliencia.

Por el contrario, si el niño ha sido abandonado a su suerte, descuidado, no acariciado, maltratado, construirá un guión vital muy diferente: “La vida es una dura tarea que tendrás que afrontar solo, pues no hay ni habrá nadie allí para ayudarte. Las demás personas sólo están ocupadas en sus propios asuntos, no eres importante para ellos. Rige la ley de la selva, gana el más fuerte”. Este podría ser un guión Impatiens o Vine en sombra, en su estado negativo. Este sujeto, en momentos difíciles, se aislará de los otros, se sentirá resentido, enojado con la vida (Willow), no hablará con nadie, por el contrario desconfiará de quien quiera ayudarlo (Holly), se las rebuscará como pueda para salir adelante solo, si es que puede; y si no puede tal vez se dedique a la victimización, a culpabilizar a otros de sus males (búsqueda de un chivo expiatorio), a sufrir eternamente, o a algún tipo de conducta delictiva (destruir a otros - Vine) o autoagresiva (destruirse a sí mismo – Pine). Su historia pre-traumática lo predispone a adoptar estrategias anti-resilientes y al TEPT.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

Los guiones vitales son autoconfirmadores, profecías autocumplidas

Es importantísimo en el curso de un proceso terapéutico descubrirlos, sacarlos de lo inconsciente y alumbrarlos con la luz de la conciencia, conocer su origen, de dónde vienen, cómo se formaron, cuáles son las consecuencias que tienen para nuestra vida hoy (¿facilitan la resiliencia o nos dejan atrapados en el trauma?), pues sólo de esta manera pueden ser revisados y actualizados.

La buena noticia es que el cerebro puede re-aprender, podemos posteriormente adquirir otras respuestas emocionales, nuevos modos más adaptativos y flexibles de afrontar y pensar la vida; y para esta bella tarea las Flores de Bach son maravillosas maestras y compañeras de profundos procesos de transformación. Facilitan la metamorfosis.

2. La estructura del trauma: es muy diferente el impacto emocional de un desastre ecológico (inundación, tsunami, terremoto) al de un desastre humano (asalto, crimen). En el primer caso "la responsable" es la Naturaleza, y uno tiende a ser indulgente con ella: *"No es culpa de nadie, los accidentes pasan"*. En el segundo, "la culpa" es del hombre; mucho más difícil de comprender, perdonar y soltar, la tendencia es culpabilizar: *"Fueron los padres que lo criaron así y no lo supieron frenar a tiempo"*, *"Es el sistema de justicia que falló"*, *"Es el hombre perverso y carente de empatía que se ha convertido en un psicópata"*.
3. El apoyo post-traumático: cuando ocurre un desastre natural, la mayoría de las veces los padecientes se agrupan, se ayudan unos con otros, se comprenden mutuamente, hablan de lo ocurrido, se dan apoyo; agradecen la solidaridad de quienes no habiendo sido damnificados están dispuestos a tenderles una mano, ropa, comida, etc. La estrategia resiliente se construye entre todos, lo material es recuperable, el duelo por las víctimas es colectivo (no se vive en soledad).

La diferencia con un desastre humano es drástica, tomemos el ejemplo de un conductor alcohólico que atropella a un niño. ¿Cómo comprender? ¿Cómo perdonar? Nadie más que la familia del niño comprende su dolor, viven el duelo en soledad.

Los elementos que rodean a este acontecimiento promueven diferentes tipos de respuesta: es muy distinto si el conductor se entrega a la justicia, pide perdón a la familia, se compromete a rehabilitarse, a que se dé a la fuga, nadie conozca su paradero, y cuando se lo encuentre éste no muestre arrepentimiento ni dolor. ¿Cómo construir una estrategia resiliente en estas circunstancias?

El apoyo post-traumático y el mundo de los relatos

Los seres humanos somos seres lingüísticos, vivimos nadando en un mar de palabras, de historias. Alrededor de los siete años, cuando la cantidad de vocablos aprendidos es numerosa, así como las combinaciones entre ellos y la gramática y la sintaxis nos permiten construir relatos



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

complejos, hacemos nuestra entrada triunfal al universo de las historias. Para todo tenemos una historia, nosotros mismos nos convertimos en historias: somos lo que nos contamos. Entre los siete y los diez años nos hacemos propietarios exclusivos de una *Identidad Narrativa*, ésa que se hace mezclando en diferentes proporciones las palabras que nos han donado nuestros abuelos, padres, maestros y nuestras propias interpretaciones sobre ellas, nuestras meta-palabras (palabras sobre palabras).

Así, por ejemplo, si cada vez que hacíamos algo bien nos decían: *"¡Eres excelente!"* Y cada vez que hacíamos algo mal nos decían: *"No haces nada bien"*, nosotros comparamos, cotejamos e incorporamos esas palabras foráneas y nos las apropiamos, algunas grabadas con más tinta en nuestras memorias, y construimos nuestro propio e íntimo relato, ése que nos da identidad y cuya paradoja es que es al mismo tiempo no es tan propio e íntimo, sino que está poblado de otros. *"Soy una niña buena, alegre y educada"* (digo y creo yo de mí, repitiendo las palabras que mi madre dice de mí), o bien *"Soy un niño malo, no hago nada bien"* (digo y creo las palabras que mi maestra dice de mí -Larch).

Y, así como tenemos historias para contar a los otros, pues nos presentamos siempre con un párrafo o dos (o cinco o seis Heather), también nos construimos historias para darle un orden a nuestras existencias. Construimos nuestras autobiografías, ordenamos la secuencia infinita de acontecimientos vividos y le damos un sentido (o un sinsentido Gorse) a nuestro paseo por la vida. Este trabajo se hace mezclando en proporciones equivalentes, 50 y 50, emociones y sensaciones con pensamientos y palabras, que se van engarzando unas con otras y así van uniéndose en una cadena los eslabones de episodios vividos. Pero... ¿Qué pasa cuando la cadena se rompe?

Un trauma es siempre un quiebre en ese orden encadenado, es una ruptura de algo que venía siendo y ya no será. Un trauma es un *señor narrador de historias* que se queda callado, mudo, que no encuentra palabras para nombrar y así apropiarse de los acontecimientos y las vivencias. Un trauma es un agujero que hay que llenar con nuevas palabras para que la cadena de historias que constituye nuestra identidad y nuestra biografía, no se quede rota para siempre. Hay que darle al *señor narrador de historias* la posibilidad de recuperar su voz.

Cada cultura, cada familia, cada círculo de personas ofrece posibilidades de hablar sobre las propias heridas, sobre los traumas vividos que permiten construir salidas resilientes, puentes hacia un futuro de sol, o que la impiden, dejando al sujeto traumatizado encerrado en una cárcel de silencio.

Las palabras son eslabones que vuelven a unir la trama de los acontecimientos, los silencios son agujeros que dejan huecos en las biografías, arrancan pedazos de historia y mutilan la personalidad.

Cuando a un herido no se le permite hablar de la tragedia, se le dice: *"Aquí no ha pasado nada"*, o bien se lo insta a callar: *"No digas nada a nadie de esto que ha sucedido aquí"*, ese acontecimiento se convierte en terror inenarrable, vergüenza, humillación, y la única opción



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

posible es que se convierta en síntoma (expresión de lo no expresado): TEPT, trastornos disociativos, depresión.

Las palabras, bien usadas, permiten sanar las heridas, son dadoras de significado, son reveladoras de fuerza, permiten al herido retornar a la vida.

Nuestra memoria es selectiva, la información no se guarda una vez y queda así para siempre. Cada vez que recordamos le damos un giro al recuerdo, una vuelta de tuerca, lo modificamos un poquito por aquí o un poquito por allá. Al hacer esto, esa memoria evocada se metamorfosea, cambia su forma, su color, las palabras con la que es contada, y al volver a guardar el recuerdo, ya no es el mismo de antes. Esta posibilidad es la que nos permite sanar nuestras heridas, remodelando los relatos que construimos para darles sentido. Cambiando las tramas narrativas de nuestras historias podemos usar el lenguaje como bálsamo y redireccionar nuestra existencia a favor de la vida. Ésta es la tarea de la resiliencia.

Nosotros, los terapeutas, somos tutores de resiliencia: les colaboramos a nuestros consultantes en el trabajo de sanar sus propias magulladuras, de reparar las áreas dañadas de su historia y su personalidad, de reconstruir sus quimeras narrativas, las representaciones de su Sí Mismo en un relato coherente y complejo que le sirva de timón para dirigir su vida.

Después del trauma...el cambio. Walnut: La reorganización post-traumática

“Yo vivía con una familia feliz, éramos muy dichosos. Mi marido, mi niño y yo. Hasta el día en que se produjo el accidente, un hombre alcoholizado se llevó a nuestro niño para siempre...”

Esta introducción al relato tiene continuaciones diferentes:

Estrategias anti-resilientes:

“Nunca más hablamos con mi marido ni con la familia de lo ocurrido. Seguimos la vida como pudimos, sin nombrar más al niño que se fue. Tenemos otros hijos por los que vivir y seguir adelante, no podíamos estar mal” (callar la herida, reprimir el llanto - Agrimony)

“Nos dedicamos a buscar al culpable y a lograr la condena peor para él, que pague por lo que nos hizo” (chivo expiatorio, venganza – Holly - Willow)

“No cambiamos nada del dormitorio de nuestro hijo, todo sigue allí exactamente como el día que se fue. Sólo que queda el silencio en la casa, falta su voz” (paralizar el tiempo en el acontecimiento traumático – Honeysuckle)

“En el momento en que ocurrió supimos que jamás lo superaríamos. Nadie comprendería jamás nuestro dolor. Lloraremos cada día que nos quede de existencia” (victimizarse, dedicarse a sufrir – Gentian – Gorse)



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

Estrategia resiliente:

“Lloramos mucho, nos acompañamos los dos, hablamos de lo que nos pasaba, nos comprendimos mutuamente. Recibimos el apoyo de nuestra familia y amigos. El conductor recibió su justa condena, nosotros decidimos que teníamos que aprender a vivir de nuevo, por nuestros otros hijos, por nosotros mismos. Hoy ayudamos y damos consejo a otros padres que han perdido a alguno de sus hijos, podemos comprenderlos y esto alivia su dolor”

La estrategia resiliente implica acción, solidaridad y retórica

“El trauma produce quebranto, ésa es su definición, y la resiliencia, que permite volver a vivir, asocia el sufrimiento con el placer de triunfar sobre él. ¡Curiosa pareja!” (Cyrulnik Boris. Autobiografía de un espantapájaros. Editorial Gedisa, 2009).

Trauma y Resiliencia

El ser humano es biología, historia y energía; es la confluencia de tres mundos: físico, psíquico (mental-emocional) y sutil. Es desde esta mirada holística de lo humano que propongo un abordaje terapéutico que contemple los diferentes aspectos o mundos del ser:

- El mundo de la biología, sistema nervioso: EMDR.
- El mundo de los relatos: la narrativa, reorganizar la historia del trauma y del sujeto desde nuevas tramas de significado.
- El mundo sutil energético: Terapia Floral.

Abordaje floral del sujeto que ha vivido un trauma

Primer acercamiento: el Rescate

El Doctor Bach propone esta fórmula de crisis, compuesta por cinco esencias:

1. Star of Bethlehem: para el shock, el trauma en sí mismo, evita la desintegración de la persona y los trastornos disociativos productos del impacto traumático.
2. Rock Rose: evita la paralización (producto de la activación simultánea del Sistema Nervioso Simpático y Parasimpático) y aporta calma a los sentimientos de miedo y terror intenso disparados por la amígdala.
3. Clematis: evita la disociación peritraumática, contrarresta el estado alterado de conciencia y previene la amnesia total o parcial del trauma.
4. Impatiens: alivia el stress al que está expuesta la persona, contrarresta la aceleración de la respiración y la frecuencia cardíaca y libera la tensión muscular que prepara para la lucha o huida.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

5. Cherry Plum: evita el miedo a perder el control en experiencias límites (la impotencia – sensación de no tener control sobre lo que está ocurriendo – es el mayor factor predisponente a un TEPT).

Esta fórmula es correcta, pero, a la luz de los nuevos conocimientos adquiridos, resulta incompleta.

A raíz de esto propongo una nueva fórmula y un nuevo modo de abordaje floral de las situaciones traumáticas:

- Aplicar directamente sobre la coronilla (lo antes posible apenas ocurrido el evento, o bien en el curso de la terapia mientras la persona lo recuerda-revive): Scleranthus y Gentian, para integrar los hemisferios cerebrales, equilibrar las oscilaciones del ánimo y contrarrestar la interpretación negativa del hemisferio derecho.
- Nueva fórmula de emergencias: RQ5 + Scleranthus + Gentian. Es recomendable tomarla durante las 4 semanas siguientes al trauma de modo preventivo y paliativo (es el período que dura el trastorno por estrés agudo).
- A esta fórmula agregar las flores necesarias correspondientes a los síntomas presentes del estrés agudo (mencionados en el cuadro 1).
- Acompañar el período de reorganización resiliente con Walnut para facilitar los cambios en la vida que se producen después del trauma.



V CONGRESO SEDIBAC

23 y 24 mayo 2015

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM V*, 5° edición. Editorial Médica Panamericana, 2014.
- BACH Edward. *Bach por Bach*. Ediciones Continente, 2010.
- CYRULNIK Boris. *Autobiografía de un espantapájaros*. Editorial Gedisa, 2009.
- CYRULNIK Boris. *El amor que nos cura*. Editorial Gedisa, 2009.
- CYRULNIK Boris; TOMKIEWICZ, Stanislaw; GUÉNARD, Tim; VANISTENDAEL, Stefan; MANCIAUX, Michel et. al. *El realismo de la esperanza*. Editorial Gedisa, 2004.
- DORLAND, diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*. McGraw-Hill-Interamericana de España, 4° edición en español, España 2003.
- GOLEMAN Daniel. *La inteligencia emocional*. Editorial Zeta, 2009.
- RÉ Roberto F/ BAUTISTA Mateo. *Vida sin distrés*. Editorial San Pablo, 2007.
- SOLVEY Pablo, FERRAZANO DE SOLVEY, Raquel. *Psicoeducación en trastornos de ansiedad: guía práctica*. TdeA Ediciones, 2011.
- SOLVEY Pablo, FERRAZANO DE SOLVEY, Raquel. *Terapias de Avanzada*, Tomo 1. Ricardo Vergara Ediciones, 2006.

Referencia biográfica

Ana Eugenia Volonté es Licenciada en Psicología, UCALP sede Rosario (Argentina). Counselor Gestalt, por la Fundación Tendrel. Terapeuta Floral (especialización en Flores de Bach) por la Escuela de Terapia Floral Integrada. Formada en Terapias de Avanzada, EMDR – EFT por Terapias de Avanzada.