



# ACORAZAMIENTO TRAUMÁTICO

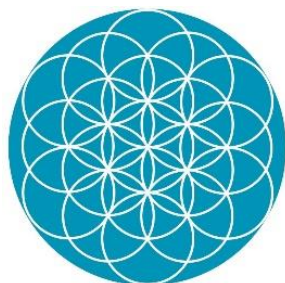
*Clínica de la Liberación Somática del Trauma*

MIGUEL ANGEL PICHARDO REYES



*Acorazamiento traumático. Clínica de la Liberación Somática del Trauma* Por Miguel Ángel Pichardo Reyes

Ediciones AlterSoma  
*Colección Liberación Somática del Trauma*



Método  
AlterSoma

**ACORAZAMIENTO TRAUMÁTICO**  
*Clínica de la Liberación Somática del Trauma*

***Miguel Angel Pichardo Reyes***

Guadalajara, Jal.  
2024

## **Contenido**

### **CLÍNICA REICHIANA DEL ACORAZAMIENTO TRAUMÁTICO /4**

Hacia una clínica de la coraza traumática /4

La Liberación Somática del Trauma /4

La coraza represiva /6

La coraza traumática /10

Agresiones a la forma /15

La fascia límbica y los cerebros emocionales /15

Trauma, actitud emocional y cadenas musculares /16

El funcionamiento bioenergético del cuerpo y sus bloqueos /24

El trauma como productor de bloqueos energéticos /24

El funcionamiento bioenergético del cuerpo y sus bloqueos /25

Los campos, los centros, las cerraduras, los meridianos y los puntos /25

Los bloqueos: excesos y carencias energéticas /31

El carácter, las actitudes y los bloqueos bioenergéticos /32

### **HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN DEL TRAUMA /34**

Protocolo de Evaluación Clínica del Trauma /34

Información general /35

Motivo de consulta /36

Historia clínica /38

Evaluación CASIC /41

Evaluación del impacto postraumático /42

Sistematización y devolución de la evaluación /45

### **EVALUACIÓN SOMÁTICA DE LA CORAZA TRAUMÁTICA /45**

Protocolo de evaluación somática de la coraza traumática /45

Lectura del cuerpo por observación del canal central y los canales laterales /47

Lectura del cuerpo por observación del estado segmentario: contracción-expansión, duro-suave /49

Lectura del cuerpo por la pisada y la marcha /50

Lectura del cuerpo por posturas estresantes /53

Lectura del cuerpo por los patrones de respiración /53

Lectura del cuerpo por los patrones de alteración somática /55

### **EVALUACIÓN DEL CAMPO ENERGÉTICO DE LA CORAZA TRAUMÁTICA /66**

Protocolo de evaluación del campo energético de la coraza traumática /66

Lectura del cuerpo por observación del canal central y los canales laterales /66

La observación del campo energético /68

La evaluación extrasensorial de los centros energéticos /72

La evaluación extrasensorial de las cerraduras energéticas /73

*Bibliografía /75*

## CLÍNICA REICHIANA DEL ACORAZAMIENTO TRAUMÁTICO

---

### Hacia una clínica de la coraza traumática

#### *La Liberación Somática del Trauma*

Existen tres componentes en la experiencia traumática: el evento potencialmente traumático, la reacción traumática y el impacto postraumático. Estos tres componentes han definido también las aproximaciones psicoterapéuticas al trauma, de tal forma que existen aproximaciones que ponen atención a la memoria del evento traumático, otras se centran en la forma que cómo reacciona el paciente frente al evento, y finalmente, otras abordan la forma en cómo impacto ese evento en su salud mental.

Durante mucho tiempo un gran número de clínicos se enfocaron en la naturaleza del evento traumático, buscando encontrar material psíquico en el inconsciente reprimido que pudiera explicar el cuadro clínico del paciente. En esta línea operaron los psicoanalistas y los hipnoterapeutas, entre otros.

La psiquiatría y los terapeutas conductuales se han enfocado en la psicopatología del Trastorno de Estrés Postraumático y han desarrollado estrategias conductuales y farmacológicas para paliar el malestar derivado del trauma o remitir los síntomas de los pacientes.

La Liberación Somática del Trauma es una psicoterapia corporal que se ha enfocado en la memoria de la reacción traumática, la cual se queda congelada en el Sistema Nervioso Central y se le considera la fuente psicofisiológica de los síntomas, malestares y trastornos que presentan los pacientes después de haber sobrevivido a los eventos potencialmente traumáticos. Esto no exime de explorar y evaluar la memoria del evento traumático y los efectos psicopatológicos que estos tienen, sin embargo, el énfasis se va a colocar en la memoria congelada de la respuesta traumática.

Cuando hablamos de psicoterapia postraumática tendríamos que tener en cuenta estas diferencias, ya que, aunque la unidad de análisis sea el trauma, la especificidad de dicha unidad cambia el objeto de tratamiento: la memoria del evento traumático, los trastornos neurobiológicos y conductuales, o la memoria psicofisiológica de la reacción traumática.

La elección de dicho objeto de tratamiento por parte del método de Liberación Somática del Trauma nos viene dado por dos fuentes aparentemente disímiles: por un lado, el psicoanálisis, especialmente la corriente inaugurada por Wilhelm Reich, y por otro, las neurociencias del trauma, especialmente la perspectiva de Bessel Van Der Kolk. Estos dos médicos neuropsiquiatras, el primero del siglo XX y el segundo del siglo XXI, fueron más allá del paradigma heliocentrista de la mente y el cerebro, para bajar al continente oscuro del cuerpo y sus vicisitudes en la experiencia traumática y su memoria.

Wilhelm Reich planteo la existencia de una coraza caracteromuscular, adelantándose por mucho a las actuales investigaciones y hallazgos en fisiopatología de la fascia, la

biotensegridad, los puntos gatillo y las crisis metabólicas de energía, para dar cuenta de la identidad antitética de las defensas caracteriales y las defensas neuromusculares. Por su parte, Bessel Van Der Kolk es de los primeros neuropsiquiatras del trauma que va más allá de los reductos craneales del cerebro para empezar a dimensionar el cuerpo como unidad de análisis y como recurso terapéutico en los procesos de rehabilitación del trauma. El planteamiento de que la memoria traumática no se encuentra exclusivamente en el cerebro, sino que ésta se encuentra almacenada en un mayor porcentaje en el cuerpo, permite dimensionar el cuerpo como el foco del tratamiento, y a su vez, como recurso para resolver los conflictos biopsíquicos.

Sin lugar a dudas ha sido Peter Levine quién abrió el campo de lo somático en la comprensión y tratamiento del trauma, y a él se le debe la expansión del movimiento terapéutico de la aproximación somática al trauma. Gracias a la publicación de su libro a inicio de los años 80's, muchos psicoterapeutas experimentales, existenciales, humanistas y transpersonales, empezaron a trabajar el Síndrome de Medusa, esto es, el congelamiento del trauma en el cuerpo, a través de medios somáticos, como son la sensopercepción, la visualización, el movimiento y la postura corporal, la respiración, la regulación de la temperatura térmica periférica, la regulación cardíaca, el desbloqueo del nervio vago, así como la integración de las terapéuticas orientales que trabajan con la energía del cuerpo.

Aunque el método de Liberación Somática del Trauma le debe mucho a los planteamientos de Peter Levine, Wilhelm Reich y Bessel Van Der Kolk, entre otros, el aspecto característico e identitario de nuestro método consiste en:

1. El concepto reichiano de coraza caracteromuscular y la labor somatoanalítica que se desprende del principio de identidad antitética de las defensas caracteriales y las defensas somáticas, realizando un trabajo sobre la facilitación segmentaria de la coraza neuromuscular para liberar las corrientes vegetativas, la asunción de la angustia y la rehabilitación del reflejo del orgasmo orgánico.
2. El análisis del acorazamiento caracterial, las relaciones objetales y las partes del Yo corporal disociado, a través de la asociación libre, la interpretación, el análisis de las defensas, las resistencias y la transferencia, enfocadas en la resolución del secuestro emocional, las tormentas emocionales y la reconstrucción de un Yo corporal fuerte y funcional.
3. La priorización del trabajo somatoanalítico y de manipulación manual sobre los tres campos metabólicos (pelvis, abdomen y tórax) para llevar a cabo la liberación de la coraza caracteromuscular traumática.
4. La especialización en el contacto sistemático a través de la manipulación manual para la disolución de la coraza traumática a través de la desactivación de los puntos gatillo, la liberación emocional y la integración analítica.
5. Tanto el análisis bioenergético de la medicina tradicional china en la evaluación del trauma, como la utilización de técnicas y procedimientos de la medicina tradicional japonesa para desbloquear los puntos-meridiano del sistema energético humano.

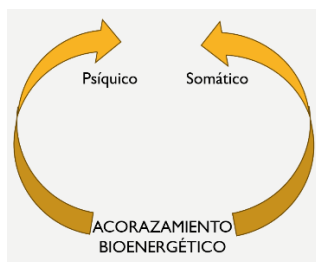
Estos cinco aspectos del método de Liberación Somática del Trauma permiten que esta psicoterapia integre el trabajo analítico (psicoanálisis de las relaciones objetales y análisis del carácter y los estados disociativos), el trabajo somático (puntos gatillo, compresión

isquémica, liberación miofascial, contacto sensorial profundo, etc.), y el trabajo energético (terapias somáticas de la medicina tradicional china y la medicina japonesa).

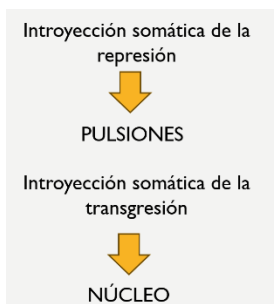
A continuación, abordaremos algunos aspectos básicos de la coraza traumática desde estas tres operaciones clínicas, lo analítico, lo somático y lo energético, permitiendo tener una visión general para llevar a cabo el proceso de evaluación clínica del trauma en un contexto psicoterapéutico.

### **La coraza represiva**

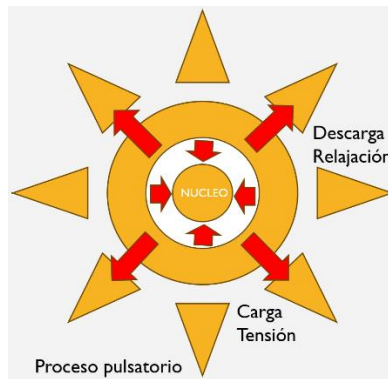
El objeto de tratamiento de la Liberación Somática del Trauma es la coraza traumática. Wilhelm Reich introdujo este término en sus textos psicoanalíticos sobre el Análisis del Carácter, para hablar del proceso de “acorazamiento del carácter”, posteriormente hablo de la “coraza muscular”, y finalmente de la “coraza caracteromuscular” para dar cuenta de la identidad antitética de las defensas psíquicas y las defensas musculares.



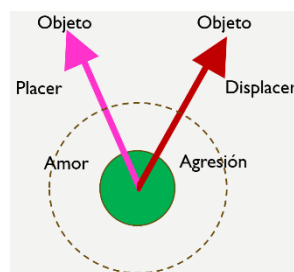
En Liberación Somática del Trauma llevamos a cabo una “clínica de la coraza”, con lo cual queremos apuntar hacia el concepto de identidad antitética, esto es, la coraza cumple la función de defensa rígida tanto en lo psíquico como en lo somático. Sin embargo, Wilhelm Reich nunca hablo de “coraza traumática”, por lo que veremos no solamente los planteamientos reichianos, sino que realizaremos una aportación teórica y clínica al plantear la existencia de una coraza traumática.



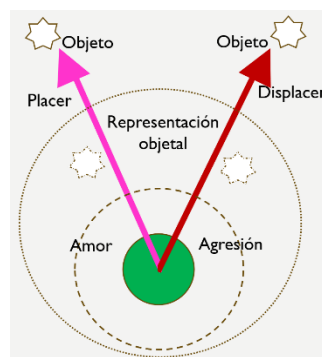
Existe un núcleo biológico plasmático de donde surgen los impulsos hacia el exterior. Estos impulsos se caracterizan por un patrón de movimientos que tienden a expandirse y a contraerse, esto es, llevan a cabo una pulsación alternando entre estos dos movimientos básicos: expansión-contracción. Cuando el núcleo biológico se contrae, se tensa y carga energía, y cuando se expande descarga energía y se relaja. Esta es la pulsación natural y saludable del núcleo biológico: tensión-carga-descarga-relajación.



Cuando el núcleo se expande se dirige hacia objetos externos para satisfacer sus necesidades biológicas de sobrevivencia, de esta forma se expande de forma suave para alcanzar un objeto nutriente, o se expande de forma dura para agredir un objeto que le niega la nutrición. De esta forma tenemos dos tipos de pulsiones dirigidas a dos tipos de objeto, una pulsión de amor dirigida a un objeto nutriente, y una pulsión de agresión dirigida a un objeto frustrante.



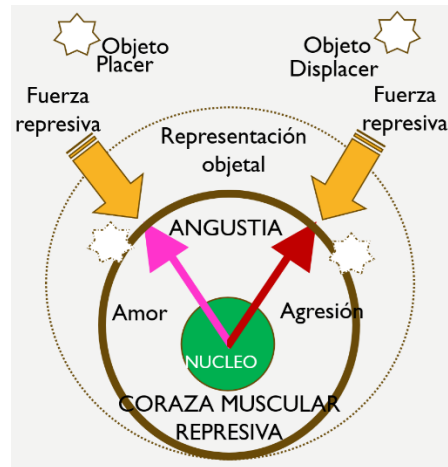
Estos objetos serán introyectados como representaciones objetales con una carga afectiva. El mundo objetal exterior será representado de forma subjetiva en el mundo objetal interior. Este mundo objetal se enriquecerá de diferentes representaciones objetales a partir de los derivados pulsionales que brinda la experiencia emocional (placer-displacer) con dichos objetos, formándose así el campo objetal representacional del aparato psíquico.



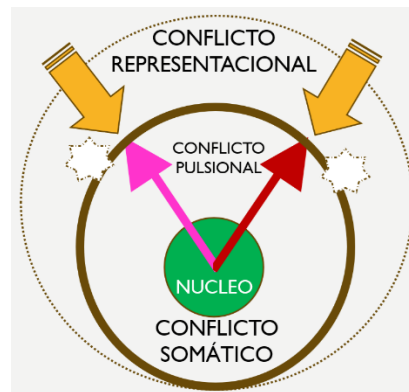
El organismo pulsional experimentará una serie de frustraciones con respecto a los objetos, sin embargo, existen fuerzas socioculturales que llevan a cabo la represión de estas pulsiones por evaluarlas como fuerzas que atentan contra la sociedad, la moral y la civilización. Esta represión de forma concreta se lleva a cabo como una amenaza de castigo o directamente de



castigo contra las pulsiones de amor-odio, experimentando el organismo una sensación de angustia y erigiendo una defensa psíquica contra la represión, así como una defensa muscular contra ella. La defensa rígida y crónica contra la memoria de esta represión es lo que formará la coraza de defensa contra la represión o “coraza represiva”. Dicha coraza muscular tiene un origen emocional (defensa contra la represión) y una función de defensa (tensión crónica muscular vegetativa). Este acorazamiento del organismo pulsional representará el conflicto básico entre las necesidades pulsionales internas y las fuerzas represivas externas, postergando el principio de placer e instaurando el principio frustrante de realidad. A este le llamamos neurosis.



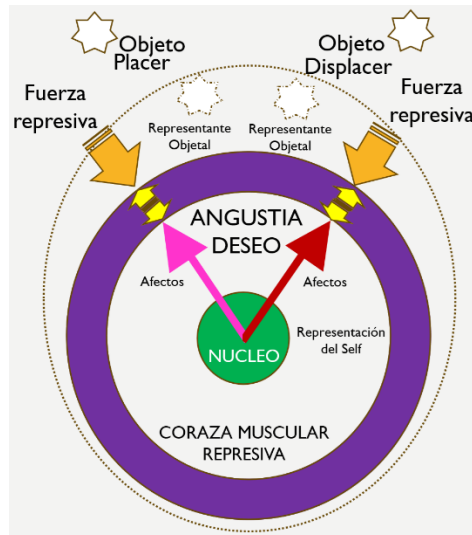
De esta forma tenemos un conflicto pulsional, un conflicto somático y un conflicto representacional. A este conjunto de conflictos inconsciente le llamamos carácter, y se encuentra conformado por el conjunto de defensas biofísicas crónicas en contra del mundo y sus representaciones en el campo objetal subjetivo.



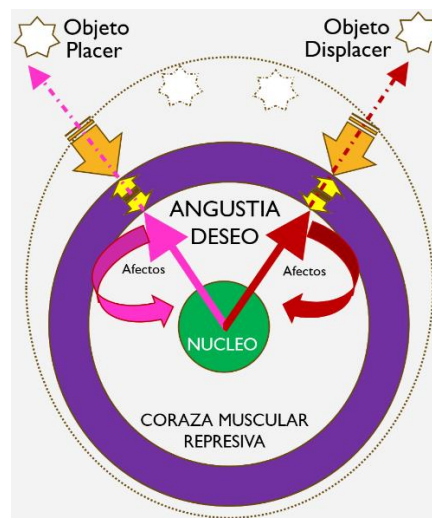
El núcleo biológico tenderá a liberar las pulsiones de amor y agresión hacia el mundo objetal, ahora mediado no solo por una necesidad interna, sino por un deseo, el deseo de un objeto que permite que ese objeto sea investido por la energía libidinal. En ese deseo libidinal del objeto se pondrá en juego una determinada representación del objeto, así como una representación del sí mismo con respecto a dicho objeto. De esta forma tenemos el núcleo u su representación, el objeto y su representación, así como la carga afectiva vehiculizada por



el deseo en la pulsión. En el momento en que se impone la represión como amenaza de castigo de las tendencias pulsionales hacia los objetos, ahora prohibidos, se organiza la coraza como una defensa rígida y crónica inconsciente en contra de los ataques de los objetos externos, así como contra las mismas pulsiones internas.

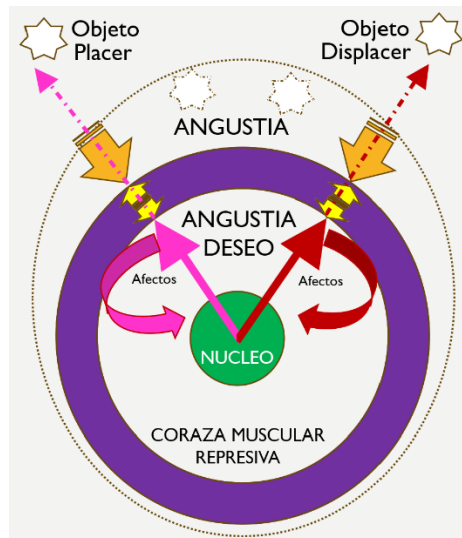


La coraza tiene así una doble cara, una doble defensa, hacia fuera, contra los objetos amenazantes, y hacia dentro, contra las pulsiones amenazantes. Sin embargo, la pulsión no dejará de insistir en salir al mundo, por lo que la coraza fungirá como un espacio de bloqueo y distorsión de las pulsiones. La pulsión de amor y agresión chocará con la cara interna de la coraza represiva, disociando la pulsión, de tal forma que en esa disociación una parte de la pulsión regresará hacia el núcleo biológico, y la otra parte pasará por una distorsión y debilitamiento, saliendo del organismo hacia la realidad objetal con una cualidad distinta y hacia un objeto sustituto.



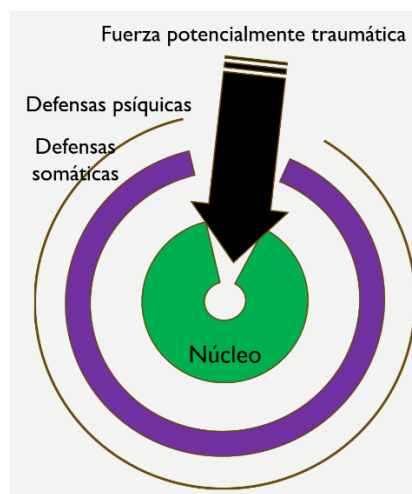
La angustia será la respuesta que experimente el sujeto frente a las fuerzas represivas externas, pero también frente a las pulsiones que se experimentan como amenaza para la

propia coraza. La angustia ya no solo es una respuesta frente a las amenazas externas de represión, sino que ahora, con la coraza, las pulsiones son una fuente de amenaza y de angustia.



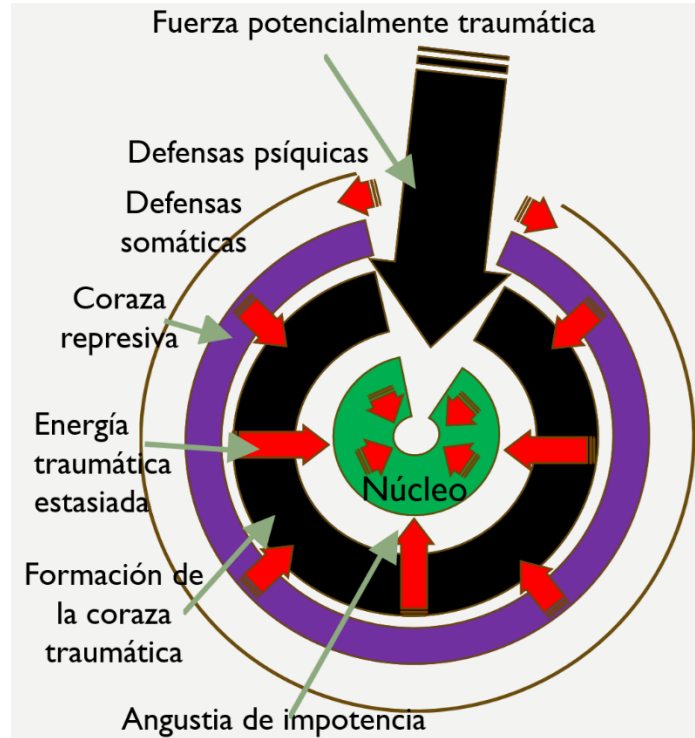
### ***La coraza traumática***

Sin embargo, la represión de las pulsiones no es la única fuerza que amenaza al sujeto, también existen otras fuerzas que no se dirigen a las pulsiones, como en el caso de las fuerzas represivas, sino que se dirigen hacia el núcleo biológico, esto es, hacia el propio sí-mismo o self. Se trata de una fuerza que tiene un potencial destructivo de las propias fuerzas internas defensivas, esto es, se trata de fuerzas que sobrepasan la capacidad de contención de las propias defensas, ya sea por su inmadurez defensiva, ya sea por la intensidad de la fuerza que irrumpe en el campo biopsíquico del sujeto. Se trata de fuerzas potencialmente traumáticas que atentan contra la seguridad e integridad del Self.

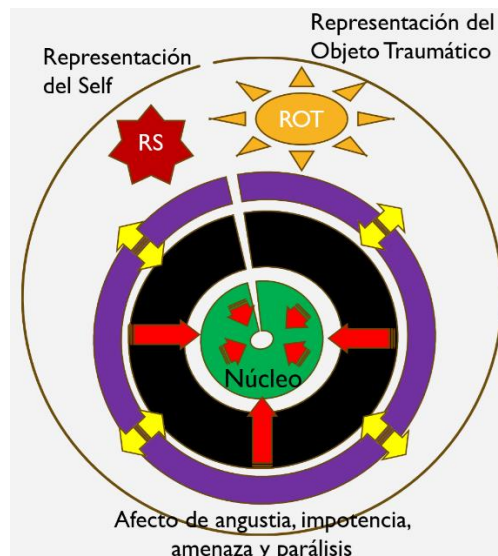


Al sobrepasar las fuerzas de defensa del organismo y atacar el núcleo biológico del Self, éste se ve en un estado de completa vulnerabilidad que lo llevará a contraerse, experimentando

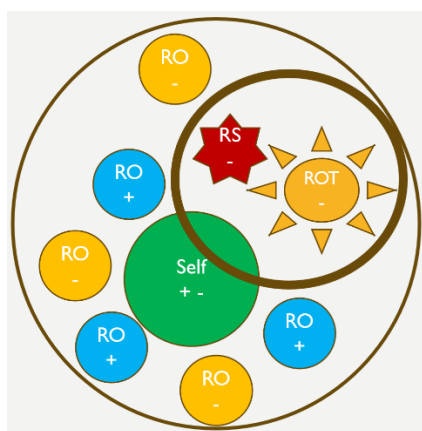
una angustia de impotencia debido a la parálisis frente a la irrupción de la fuerza potencialmente traumática. Esta experiencia instalará una segunda coraza que mantendrá vigente la amenaza contra el núcleo biológico del Self, siendo así una coraza traumática que oprime al núcleo biológico del Self.



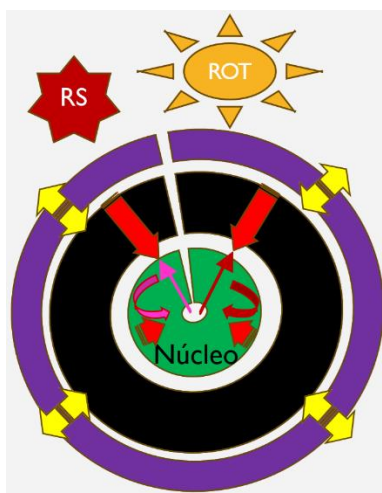
De esta forma, la coraza traumática, a diferencia de la coraza represiva, no cumple la función de bloqueo y distorsión de las pulsiones, sino opera como una amenaza interna hacia el propio núcleo biológico del Self. El trauma se instaura como una acoraza que ataca agresivamente el núcleo biológico, quedando el núcleo fijado en una contracción crónica de impotencia y parálisis.



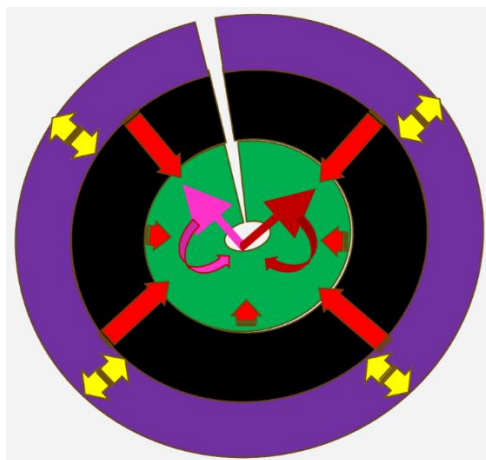
Al igual que en la coraza represiva, la coraza traumática contará con un representante objetal, una representación del Self y una carga afectiva. Sin embargo, en el ámbito del campo objetual representacional, estos representantes objetales se encuentran compartimentalizados, aislados de la totalidad del campo, de tal forma que la instancia yoica se encuentra disociada, por lo menos, en dos. Esta el Yo corporal de las partes integradas y funcionales del campo objetual, y se encuentra el Yo corporal disociado de la parte compartimentalizada y aislada. Esta disociación es entre el núcleo biológico del Self contraído, paralizado e impotente, y el objeto representacional de la coraza traumática que ataca al Self. Esto es, la defensa del Yo se disocia y se vuelca hacia el Yo como si se tratase de un enemigo, ya no solo defendiendo, sino atacando, conformándose de esta forma una sensación de inseguridad y angustia interna, alterando la composición bioplasmática nuclear, donde el cortisol cumplirá una función agresiva.



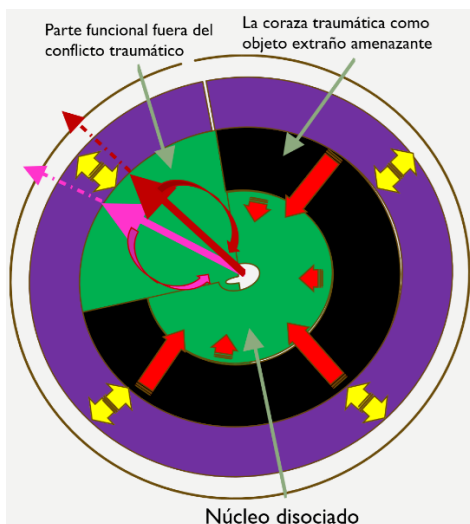
Desde el punto de vista biodinámico, las pulsiones se encuentran disociadas y distorsionadas, sin embargo, en la coraza traumática las pulsiones se encuentran acorazadas en el núcleo, una especie de congelamiento donde las pulsiones no logran siquiera salir del núcleo, debilitándose y retrayéndose, de esta forma la vida pulsional disminuye, ya que se encuentra amenazada por la coraza traumática que se impone a través de la angustia de amenaza vital del núcleo del Self.



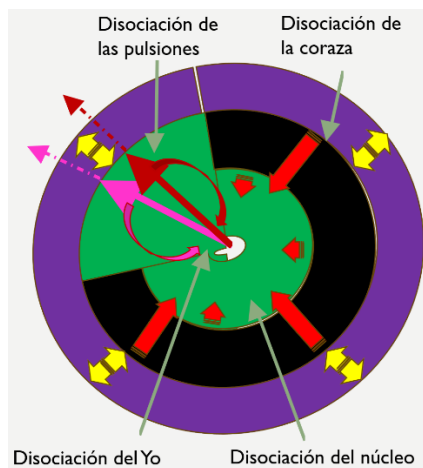
A diferencia de la coraza represiva donde el núcleo queda intacto, las pulsiones logran salir y chocar contra la coraza represiva, regresando una parte hacia el núcleo, otra atravesando la coraza represiva, pero distorsionando su cualidad y su objeto, y experimentando un nivel de angustia aún manejable para el núcleo y sus defensas. Sin embargo, en la coraza traumática el núcleo se encuentra amenazado y oprimido, limitando su capacidad pulsatoria, quedando fijado en un estado de contracción, sobre cargando negativamente, e imposibilitada de expandirse y liberar las pulsiones. Este estado de indefensión nuclear empobrece la vida pulsional, llevando al organismo a un estado de depresión, inmovilidad e impotencia.



Ahora bien, dependiendo de la etapa de desarrollo donde se haya llevado a cabo el trauma, así como de la constitución propia de cada organismo, el núcleo tendrá mayor o menores capacidades de gestionar la opresión de la coraza traumática, esto es, podrá manejar la angustia de forma funcional o disfuncional. En algunos casos el núcleo está disociado, una parte del núcleo podrá lidiar con las pulsiones, la coraza represiva, las fuerzas amenazantes actuales que generan angustia, pero otra parte quedará atrapada por la memoria amenazante y opresora de la coraza traumática, ahora representada como un objeto agresivo que amenaza la integridad y la seguridad del Self.



En este proceso nos encontramos con varios fenómenos disociativos, primero una disociación de la coraza, pasando de ser una coraza defensiva hacia fuera y hacia las pulsiones, a una coraza que ataca el centro biológico. La disociación de las pulsiones, volcándose hacia el núcleo biológico del Self. Y finalmente la disociación de la instancia yóica del núcleo biológico, operando en niveles primitivos de defensa, regresión, secuestro y tormentas emocionales, así como conductas agresivas y autodestructivas.



Desde esta perspectiva ya podemos delimitar aún más el objeto de tratamiento de la Liberación Somática del Trauma, se trata del conflicto estructural, biodinámico, energético y ontogenético entre la coraza traumática que ataca al núcleo, las pulsiones que se vuelcan hacia el núcleo y el yo nuclear disociado en un funcionamiento regresivo y destructivo. El trabajo realizado desde la Liberación Somática del Trauma se lleva a cabo sobre las cadenas miofasciales y viscerofasciales, espacio anatómico donde se forma la coraza traumática, liberando el exceso de energía biológica atrapada en las fibras de colágeno y en el espacio extracelular de la fascia, así como la memoria de energía informada, tanto de la coraza como del núcleo protoplasmático, rehabilitando los mecanismos de lucha, huida y conexión para descongelar el núcleo atrapado en el la parálisis y la impotencia de la disociación. En este proceso también se lleva a cabo el trabajo analítico sobre las defensas disociativas, llevando a cabo la integración de las representaciones objetales en el campo objetal, recuperando un nuevo equilibrio biodinámico del campo mental.

Las excitaciones neurovegetativas que produce el evento potencialmente traumático, tienen una representación psíquica, en este caso, el sujeto potencialmente traumático será representado como un objeto malo y agresivo, dicha representación está cargada afectivamente, y esto supone también una representación del sí-mismo con respecto al objeto y su carga afectiva.

Las representaciones psíquicas del mundo operan en el campo objetal del sujeto, el cual a su vez también le permite operar en la realidad desde su realidad psíquica. La forma en cómo nos relacionamos con los otros estará determinada por los patrones de organización del campo mental objetal, de tal forma que dichos patrones son realmente registros mnémicos que determinan inconscientemente la conducta caracterial del sujeto. En el caso de un campo

mental objetal invadido por la represión y el trauma, este tenderá a acorazarse, esto es, a erigir barreras para defenderse rígida e irracionalmente de las percepciones de amenaza de los objetos malos y agresivos. Estas defensas psíquicas acorazadas son funcionalmente idénticas a la defensa de la coraza muscular.

Desde nuestro modelo, tanto el núcleo biológico disociado, las pulsiones disociadas, la coraza traumática, la coraza represiva, los afectos y los objetos, forman una constelación dentro del campo mental objetal, el cual puede ser analizado desde la perspectiva biofísica de los campos, donde se despliega un escenario de conflicto entre las fuerzas, en este caso, tanto de las excitaciones vegetativas de la coraza, como de las excitaciones psíquicas del campo mental objetal.

## **Agresiones a la forma**

### *La fascia límbica y los cerebros emocionales*

La fascia es un tejido celular que forma una red global de fibras que atraviesan, envuelven, limitan y conectan, la compleja red de órganos, vísceras, músculos y esqueleto, así como del sistema circulatorio, linfático y nervioso. Esta red es la encargada de darle estructura y forma al cuerpo, ya que sin ella sería una bolsa amorfa de músculos, líquidos y huesos.

La fascia se encuentra compuesta de células de distintos tipos, como son los fibroblastos, los macrófagos y los mastocitos, así como la matriz extracelular compuesta de elastina, reticulina y colágeno, esta última, un excelente conductor de energía. También está compuesta de una sustancia amorfa llamada sustancia fundamental.

Esta compleja red de fibras fasciales puede ser clasificada en cuatro tipos: la fascia subcutánea, o fascia superficial, la fascia profunda o tejido conectivo, la fascia visceral y la fascia parietal. Estos cuatro tipos de fascias también plantean niveles estructurales de organización, que van desde la fascia superficial, la fascia media y la fascia profunda. Estas profundidades de la red de fascias permiten mantener el equilibrio en la distribución de la tensión en todo el cuerpo, así como la elasticidad que favorece el movimiento fluido del aparato musculo-esquelético. Al mecanismo que permite mantener el equilibrio de la distribución de la tensión se le conoce como tensegridad, una palabra compuesta por tensión e integridad.

Un cuerpo equilibrado, fuerte y flexible, supone un equilibrio en la tensegridad de la red de fascias. Esta tensegridad se ve afectada por las agresiones en el movimiento, las emociones, el sedentarismo, y en nuestro caso, los eventos potencialmente traumáticos, que tienen un impacto en la biomecánica de la fascia, generando dos procesos complementarios que impactan en la restricción del movimiento: el acortamiento y la compensación.

El acortamiento y la compensación son dos polos de un mismo proceso de alteración del equilibrio tensegrítico de la fascia. Todo acortamiento supondrá una compensación, no se da el uno sin el otro. El acortamiento es una restricción en el movimiento que se caracteriza por fibrosis o cicatrización en el tejido celular de la fascia. Por otro lado, en otro extremo de la red fascial, se presentará el fenómeno de la compensación, esto es, el conjunto de



movimientos, posturas y tensión que se realizan para evitar el dolor, cubrir el órgano y mantener el equilibrio postural antigravitatorio.

Estos desequilibrios tensegríticos se presentarán en dos ejes: a lo largo del cuerpo y a lo profundo del cuerpo. Por ejemplo, el acortamiento en el músculo trapecio será el epicentro de una red de tensiones fasciales que supondrá una compensación en el músculo gastrocnemio en las extremidades inferiores. Esto es porque la red de fascia opera como un solo músculo, de tal forma que lo que sucede es un extremo de la red afecta al otro extremo. Pero también lo que afecta en la fascia superficial afectará en la fascia media y profunda. La tensión en la fascia superficial se compensará con el debilitamiento en la fascia profunda.

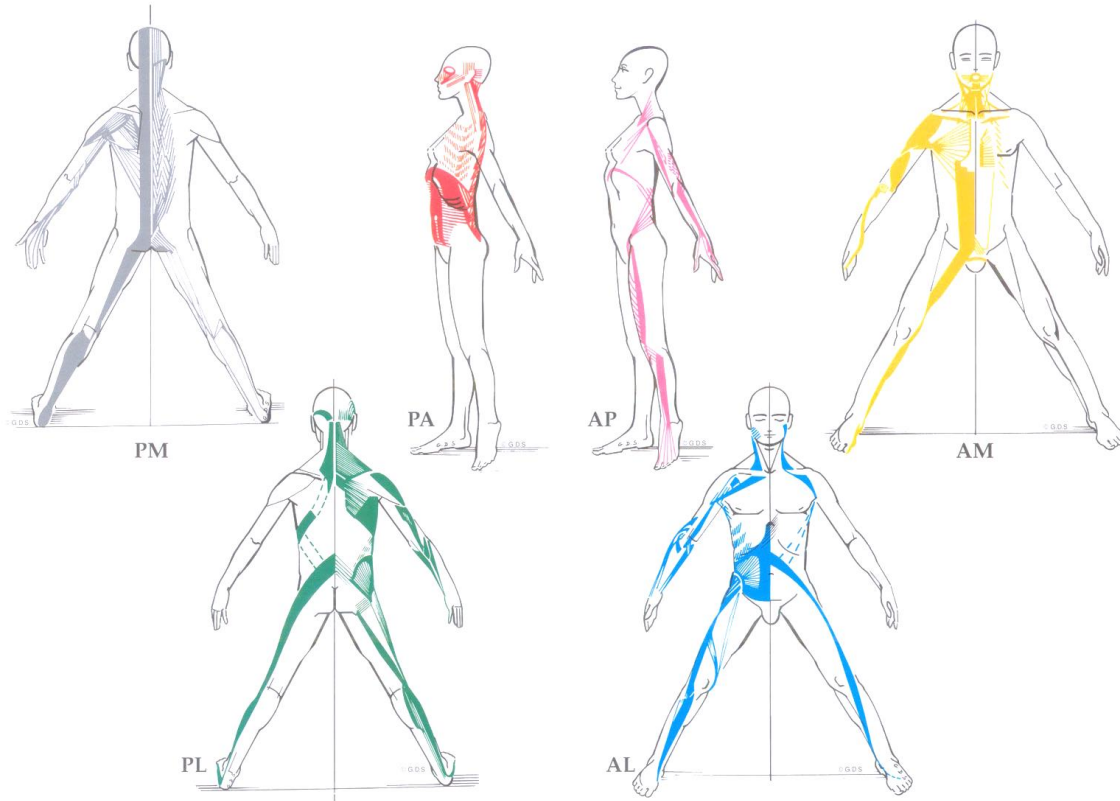
Ahora bien, esta fascia tiene un componente emocional, pues las agresiones emocionales, tanto sus excesos como sus carencias, afectan la tensegridad de la fascia. El sostenimiento de una emoción estresante generará desequilibrios en la fascia. La fascia refleja las emociones estresantes, esto es debido a que los cerebros (craneal y visceral), “piensan” con el cuerpo, esto es, existe una coordinación entre el cerebro, los intestinos y los músculos. El instinto de defensa vendrá acompañado de una acción muscular de defensa, por lo que pondrá en funcionamiento a la red de fascias para llevarla a cabo. Si esta intención de defensa no se realiza, el cuerpo mantendrá la memoria de dicha defensa en forma de actitud inconsciente, quedando guardada la energía no liberada, y con esto, invirtiendo energía en una actitud bloqueada que no será expresada, y por lo tanto, no será descargada.

En este sentido es que llamamos fascia límbica a la organización de las fascias que dan forma al encarnamiento de las emociones estresantes bloqueadas, una especie de actitud corporal o predisposición muscular que da cuenta de un semblante, un patrón emocional en el cuerpo. A esta conexión entre el semblante de la fascia límbica y el estado emocional que guardan los cerebros, lo hemos denominado como psicotensegridad, y que muestra la forma en como los procesos psíquicos moldean, internamente, la organización de la fascia. En este sentido la conexión entre el carácter y la coraza se da a través de la psicotensegridad.

### ***Trauma, actitud emocional y cadenas musculares***

Existe cierta dominancia de una red de fascias sobre otras en el momento de dar forma y expresión a la psicotensegridad. Varios autores han propuesto diferentes tipos de cadenas, líneas o meridianos, ya sea que los llamen musculares, miofasciales o fasciales. Una de las pioneras fue Godelieve Struyf-Denys, una fisioterapeuta y osteópata belga, quien habla de las cadenas musculares. Influenciada por Kabat, Mézières, Piret y Béziers, da forma a su teoría y método. Plantea la existencia de diez cadenas musculares, cinco en cada hemicuerpo, las cuales funcionan de forma coordinada, aunque exista dominancia de una.

La cadena dominante será la responsable de darle el semblante, la organización de la forma, el gesto y el tipo de movimiento al cuerpo. Para Struyf-Denys, la causa principal de los desequilibrios tensegríticos de la red de fascia es la psique.



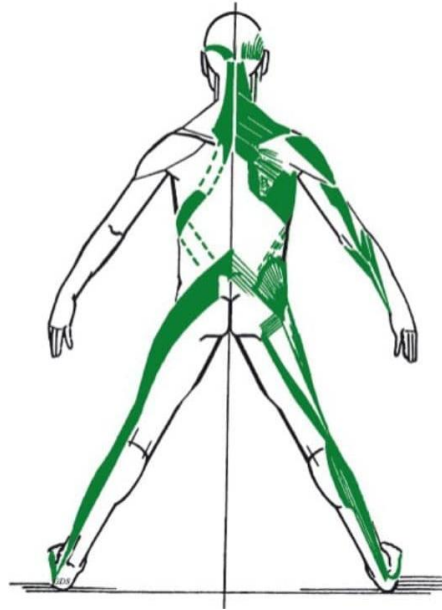
Iniciales	Cadena	Actitud emocional
PM	Cadena Postero Medial	Cerebralidad
PA	Cadena Postero Anterior	Impulsividad
AP	Cadena Antero Posterior	Emotividad
AM	Cadena Antero Mediana	Afectividad
PL	Cadena Postero Lateral	Extroversión
AL	Cadena Antero Lateral	Introversión

En el caso de las experiencias traumáticas, podemos observar como las cadenas Antero Posterior, Antero Mediana y Antero Lateral, reciben y almacenan el impacto traumático. De hecho, podemos encontrar una secuencia o coordinación entre la emotividad (AP), la afectividad (AM) y el colapso en la introversión (AL).

**Cadena anteroposterior AP):**

En la parte central del tronco muy cerca de la columna.

**ANTEROPOSTERIOR**



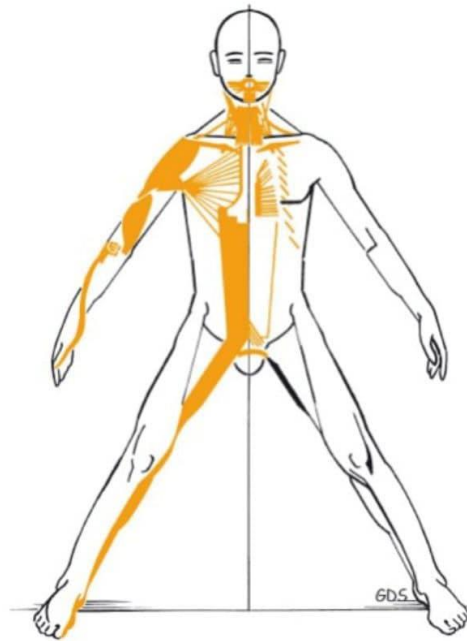
**EMOTIVIDAD**

Iniciales	Cadena	Actitud emocional	Cadenas musculares
AP	Cadena Antero Posterior	Emotividad	Mm. Paravertebrales autóctonos o profundos Mm. de la respiración Mm. esplenios de la cabeza y del cuello Mm. escalenos M. psoasiliáco  M. vasto medial M. recto femoral Extensores de los dedos del pie  M. pectoral menor M. coracobraquial Porción corta del m. bíceps braquial Porción medial del m. tríceps braquial Extensores de los dedos

**Cadena anteromediana (AM):**

Situada en la zona anterior y medial del cuerpo.

**ANTEROMEDIANA**



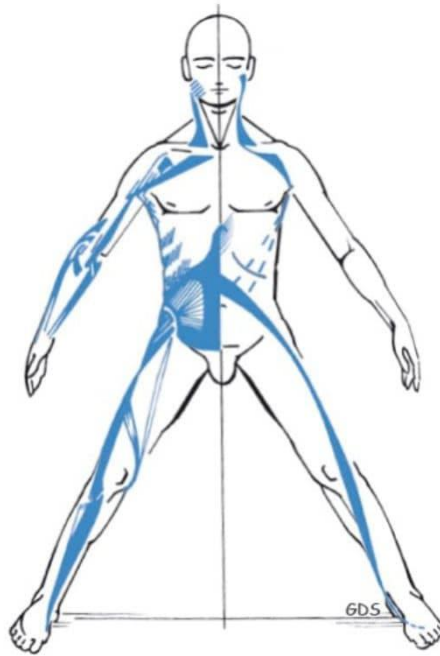
**AFECTIVIDAD**

Iniciales	Cadena	Actitud emocional	Cadenas musculares
AM	Cadena Antero Mediana	Afectividad	Mm. del suelo pélvico M. recto del abdomen Porción inferior y media del m. pectoral mayor M. transverso del tórax Músculos intercostales (porción medial) M. subclavio M. escaleno anterior Porción esternal del m. esternocleidomastoideo M. Hioidea  M. piramidal del abdomen Mm. aductores M. grácil (recto interno) Porción medial del m. gastrocnemio M. aductor largo del dedo gordo  Porción anterior del m. deltoides M. braquial M. supinador Abductores del pulgar

### Cadena anterolateral (AL):

Ubicada en la zona anterolateral del cuerpo.

**ANTEROLATERAL**



**INTROVERSIÓN**

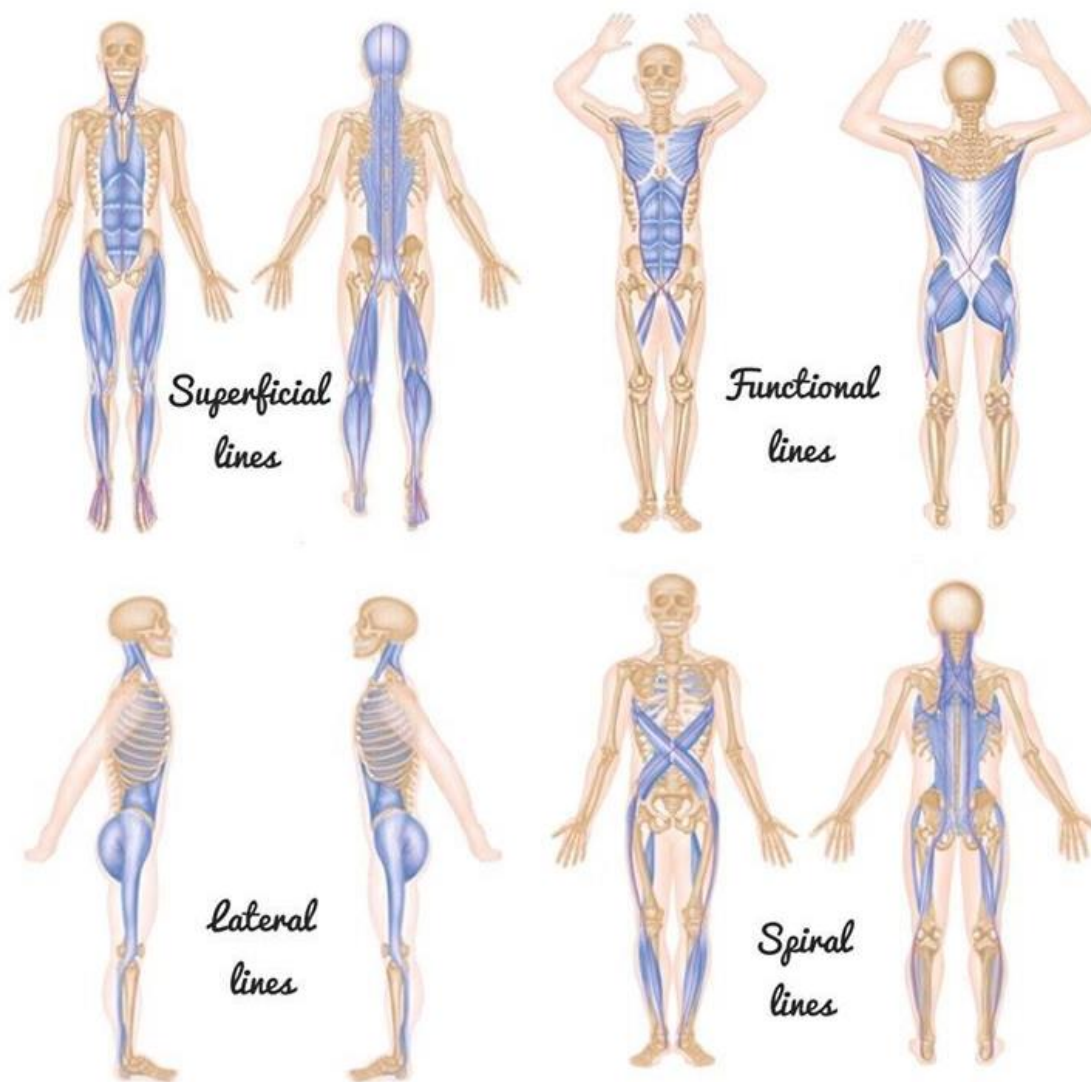
Iniciales	Cadena	Actitud emocional	Cadenas musculares
AL	Cadena Antero Lateral	Introversión	M. glúteo medio M. tensor de la fascia lata M. tibial anterior M. tibial posterior Mm. Inteóseos plantares Mm. Lumbricales  Porción clavicular de los mm. Esternocleidomastoideo, pectoral menor y deltoides M. redondo mayor M. dorsal ancho M. subescapular Porción larga del m. bíceps braquial Porción superficial del m. supinador M. braquiorradial Mm. Extensores radiales corto y largo del cuerpo M. palmar largo Musculatura tenar Mm. Lumbricales e interóseos palmares M. flexor radial del carpo

La aproximación a los tipos de fascia límbica nos permite reconocer como ciertas emociones alteran el equilibrio psicotensegrítico, lo cual también nos permite identificar la fascia límbica dominante en la organización somatoenergética del trauma. El trauma en tanto energía entrópica no liberada, se queda almacenada como una memoria en el tejido celular de las fibras de la fascia Antero Mediana, según la tipología de Struyf-Denys, o la Cadena

Fisiológica de Cierre de acuerdo a la tipología de Busquet, o la Línea Frontal Profunda en la tipología de Myers.

Esta Línea Frontal Profunda descrita por Myers es muy similar al Patrón de Alteración Somática Colapsado de Keleman, por lo que la línea fisiológica trazada por Myers nos permite observar el recorrido miofascial en el cuerpo traumatizado.

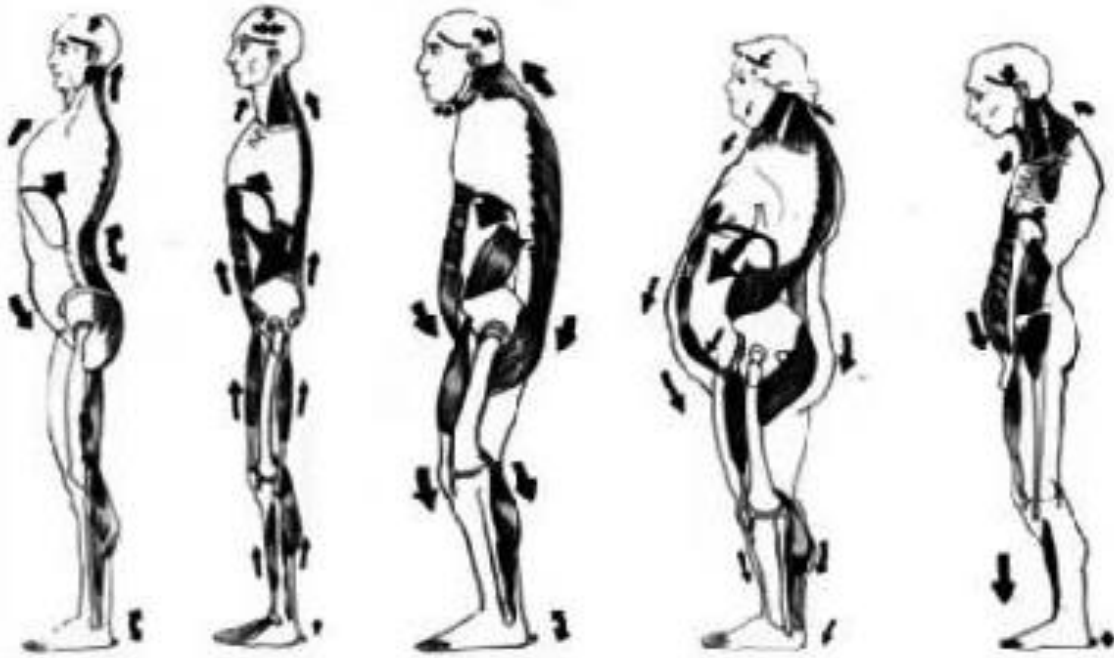
A continuación, podemos observar las líneas fisiológicas superficiales, funcionales, laterales y en espiral. Estas imágenes nos permiten visualizar las rutas que siguen estas cadenas miofasciales.



En esta otra imagen podemos apreciar el gesto que supone la alteración del equilibrio psicotensegrítico de las fascias límbicas. Se trata de una imagen comparativa de los cinco patrones de alteración somática de Keleman, sin embargo, podemos suponer el desplazamiento de la dominancia de la red fascial de acuerdo al nivel del impacto del estrés en el organismo, desplazándose de la fascia anterior superficial hasta la fascia frontal

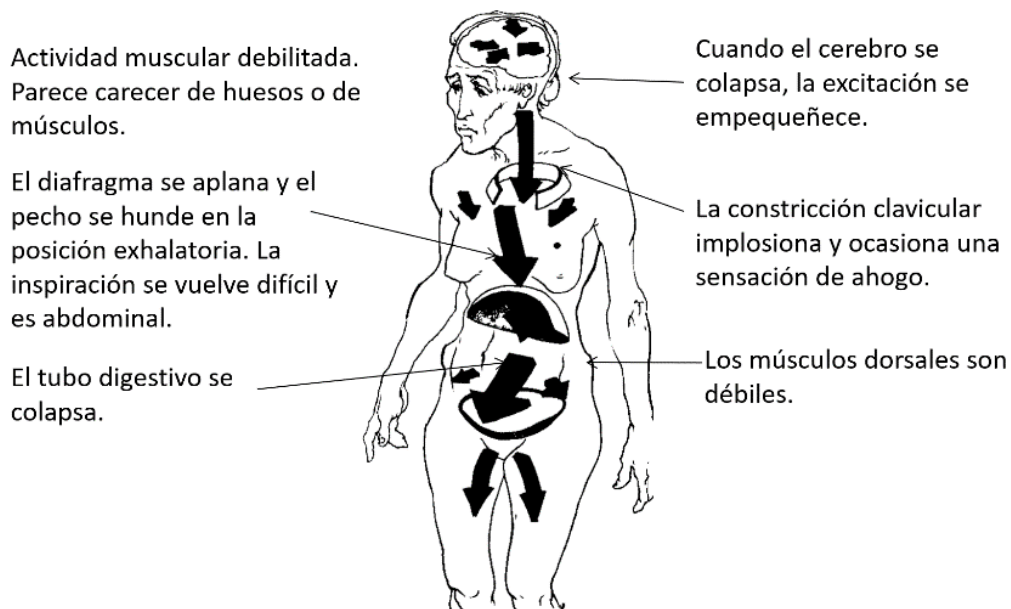


profunda. De esta forma podemos leer esta imagen como una progresión del deterioro que experimenta el organismo a nivel de las fibras acortadas y compensadas por el acorazamiento traumático.



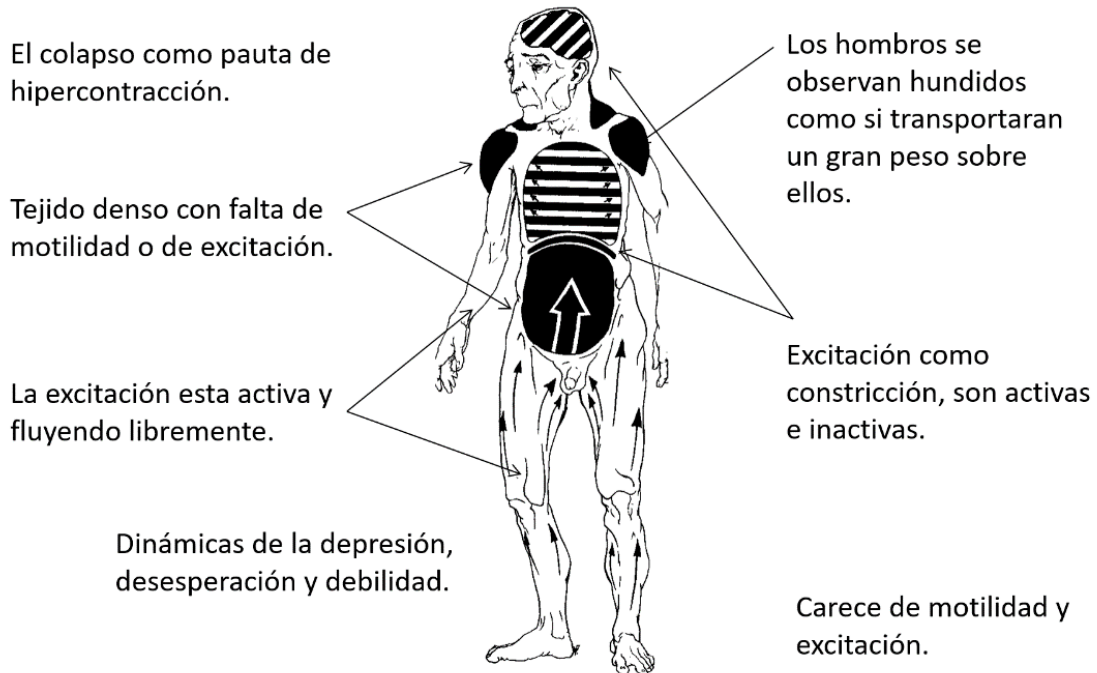
En el caso del patrón de colapso, el último de esta progresión de deterioro, podemos observar los siguientes elementos que componen el gesto congelado de la reacción traumática.

## Dirección de la fuerza

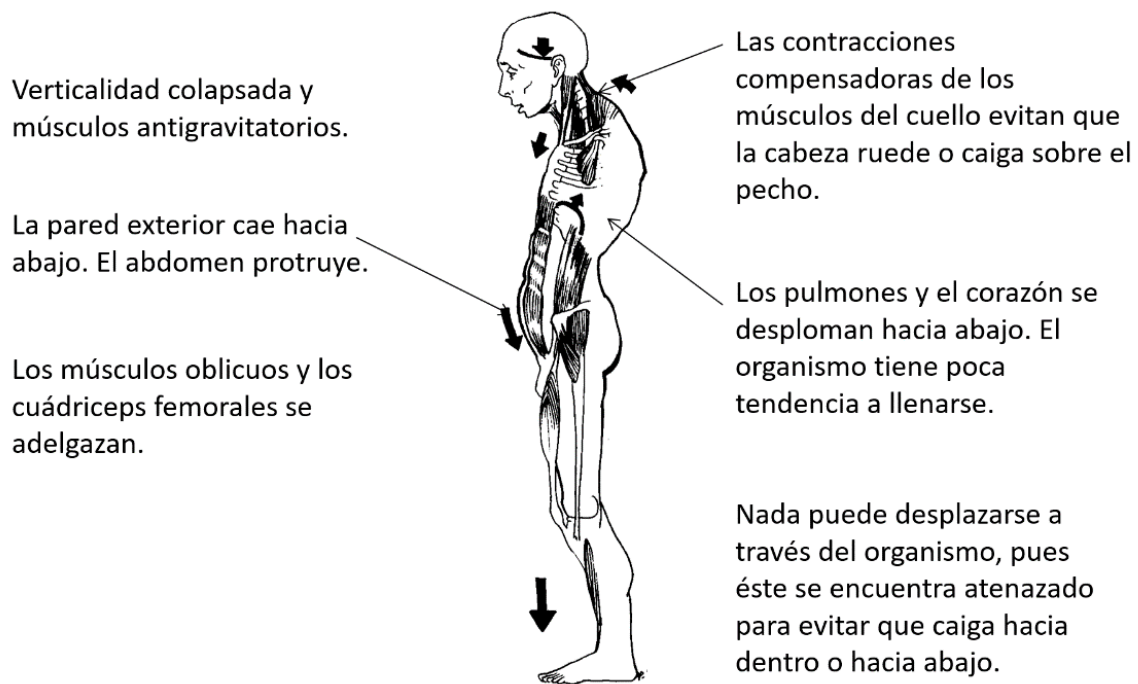




## Fuerzas excitatorias



## Postura antigravedad



## **El funcionamiento bioenergético del cuerpo y sus bloqueos.**

### ***El trauma como productor de bloqueos bioenergéticos***

En el contexto de la Psicoterapia de Liberación Somática del Trauma no utilizamos el significante “trauma” desde la perspectiva psicopatológica de la medicina y la psiquiatría, por lo que entenderemos por trauma una experiencia subjetivamente amenazante que haya alterado o desequilibrado los sistemas de adaptación y defensa del organismo, aspecto, no necesariamente patológico en su sentido médico y psiquiátrico, aunque no por ello menos importante.

Podemos diferenciar entre traumas, subtraumas y heridas. El trauma es una experiencia subjetivamente amenazante para la persona, la cual puede trastocarla, marcando un antes y un después. Los subtraumas son experiencias subjetivamente amenazantes de baja intensidad que se caracterizan por prolongarse en el tiempo. Las heridas son las huellas que dejan esos eventos traumáticos o subtraumáticos en la persona. Dichas huellas son una síntesis del ambiente, la naturaleza de la amenaza y la reacción de la persona. En este sentido las huellas traumáticas generan defensas, las cuales son incorporadas como corazas musculares y como estructuras caracteriales.

Las heridas en tanto huellas son registros bioenergéticos que quedan incrustados en los circuitos de la coraza del cuerpo-mente: las fascias, los sistemas, los órganos, el tejido celular, las moléculas, el campo, los centros, las cerraduras, los meridianos y los puntos. Estos circuitos de la coraza traumática del cuerpo-mente producen funciones orgánicas que se encuentran en la base del comportamiento y el pensamiento complejo.

La sutileza y complejidad de los circuitos de la coraza traumática del cuerpo-mente son de tal magnitud, que en la actualidad resulta prácticamente imposible mapear sus múltiples laberintos caleidoscópicos. Sin embargo, resulta sugerente la aportación a esta comprensión compleja de los circuitos de la coraza traumática del cuerpo-mente, la realizada por la Medicina Tradicional China.

Una de estas aportaciones tiene que ver con la comprensión de los bloqueos bioenergéticos en la coraza producidos por las experiencias traumáticas. El cuerpo-mente sentipensante humano cuenta con una compleja red de circuitos energéticos por donde fluye el Chi; el aliento vital. Esta compleja red de circuitos cuenta con una serie de diafragmas defensivos que hacen las veces de cerraduras energéticas. Estas cerraduras tienen la función de respirar el Chi ambiental (prana), el cual es absorbido para alimentar los distintos canales del funcionamiento bioenergético del cuerpo-mente.

Estos diafragmas bioenergéticos pueden abrirse para absorber, pero también pueden cerrarse para protegerse. Cuando el sistema energético del cuerpo-mente se ve amenazado por un agente ambiental o un *imput* orgánico (reacción, pensamiento o memoria), estos diafragmas tienden a cerrarse como una forma de defenderse y resguardar la integridad, sin embargo, estos diafragmas-cerraduras pueden bloquearse y quedarse cerrados, formándose así una coraza energética.

Aunque el conocimiento de estos diafragmas proviene de la Medicina Tradicional China, ha sido la Medicina Tradicional Japonesa la que ha logrado una mayor comprensión de estos diafragmas, a tal punto que ha desarrollado una terapéutica para desbloquear dichas cerraduras a través de la imposición compasiva y contemplativa de las manos (Jin Shin Yjutsu).

Aunque la mayoría de los traumas generan bloqueos en las cerraduras bioenergéticas de la coraza debido al exceso de energía estancada, los subtraumas tienden a generar bloqueos por carencias, esto es, por falta de flujo en las interacciones sociales (materno y paterno filiales). En este sentido es común encontrarnos los dos tipos de traumas energéticos: por carencia y por exceso. Las huellas bioenergéticas del campo postraumático se expresarán como sobrecarga y/o debilidad. Siguiendo el principio del Ying/Yan, siempre una sobrecarga generará una descompensación por carencia, y viceversa.

### ***El funcionamiento bioenergético del cuerpo y sus bloqueos.***

Nuestro cuerpo se encuentra organizado por una compleja red de flujos energéticos que atraviesan y envuelven en varias capas la totalidad del cuerpo. El conocimiento de esta compleja red bioenergética es fundamental para comprender el funcionamiento del cuerpo, especialmente sirve para buscar el equilibrio y alcanzar la autorrealización.

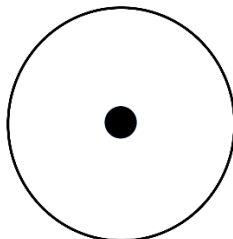
El conocimiento de esta red energética no es un conocimiento objetivo, sino un autoconocimiento de nuestra verdadera naturaleza, de nuestra misión y sentido de vida, pero también del descubrimiento de nuestras capacidades innatas de sanación.

El conocimiento del funcionamiento bioenergético del cuerpo nos permite realizar una evaluación o diagnóstico para desarrollar un trabajo psicoterapéutico. Contrario a la visión occidental donde el médico sana al enfermo, la perspectiva oriental hace un llamado ético a hacerse cargo de su propio desequilibrio, por lo que la terapeuta es sólo una facilitadora en el descubrimiento de las capacidades auto-curativas de la persona.

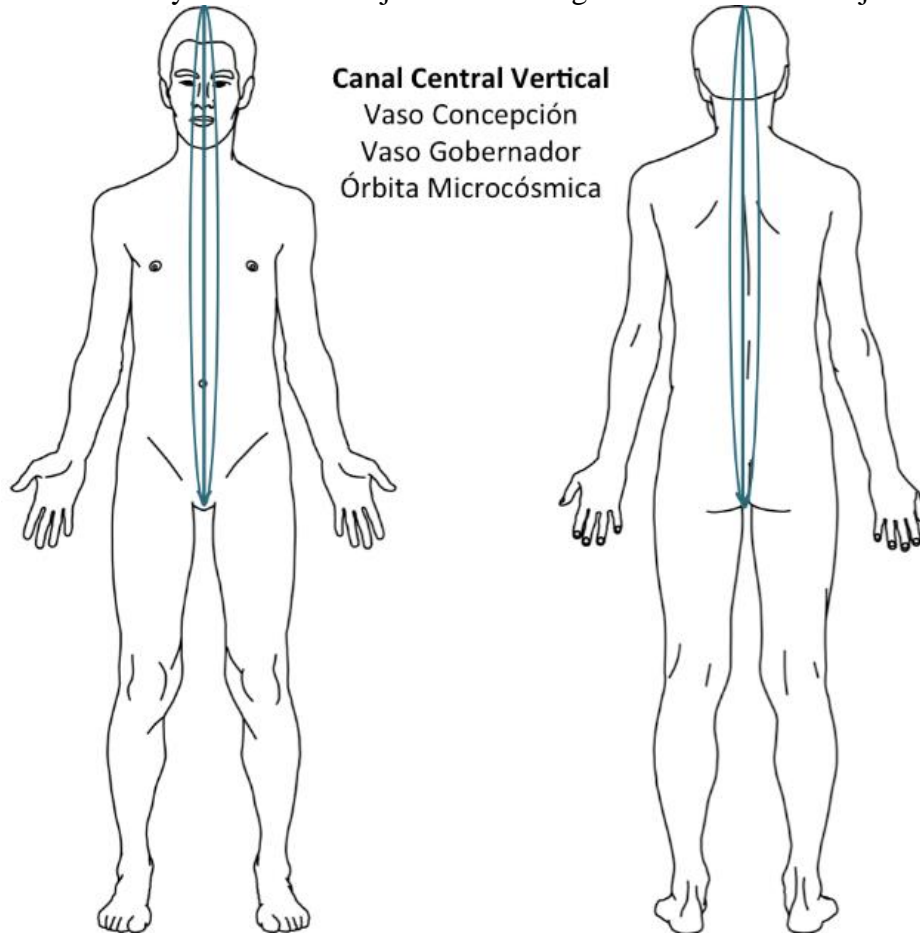
#### ***a) Los campos, los centros, las cerraduras, los meridianos y los puntos.***

Principios arquitectónicos del funcionamiento bioenergético del organismo:

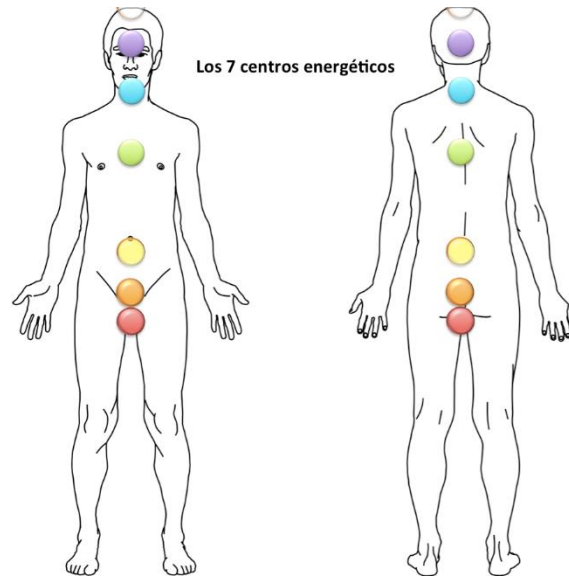
1. Existe una Energía Vital que anima el cuerpo, esta Energía es Universal y proviene de la Fuente de todo lo existente.
2. La Energía Vital Universal es una totalidad indiferenciada caracterizada por un círculo, después de la cual se crea una singular diferenciación caracterizada por un punto.



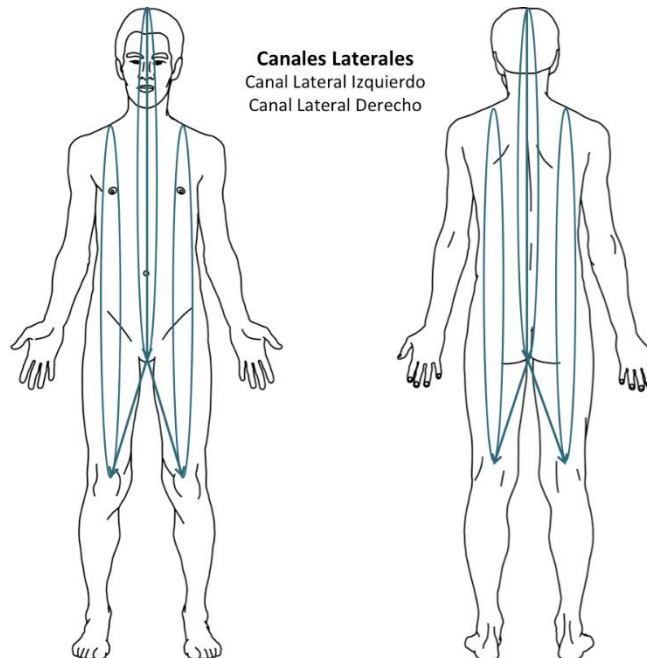
3. Este punto se proyecta como una línea vertical descendente que forma una profundidad energética espiritual prefiguradora del cuerpo humano. Esta línea llega hasta el perineo.
4. En el perineo esta línea de Energía Vital sube configurando la columna vertebral por la espalda hasta llegar a la coronilla y baja hasta el paladar superior, en ese lugar se conecta con la punta de la lengua y desciende por la parte frontal del cuerpo atravesando todos los órganos hasta llegar nuevamente al perineo, completando una primera vuelta y formando un eje vertical energético en constante flujo.



5. A lo largo de la línea ascendente del eje central energético se forman siete vórtices o motores energéticos que dinamizan el campo energético de la persona. El primer vórtice se encuentra en el perineo y el último en la coronilla de la cabeza. Cada vórtice tiene una función energética, física, emocional y espiritual, y se encuentra en coherencia energética con la totalidad de los sistemas energéticos del cuerpo y del universo.

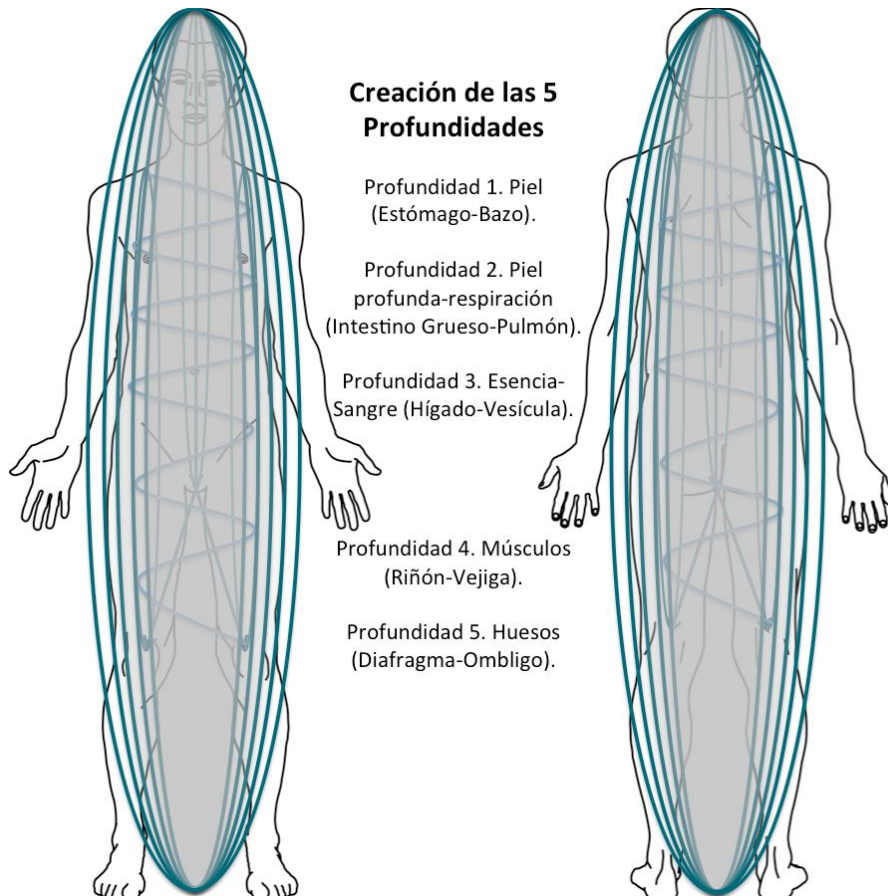
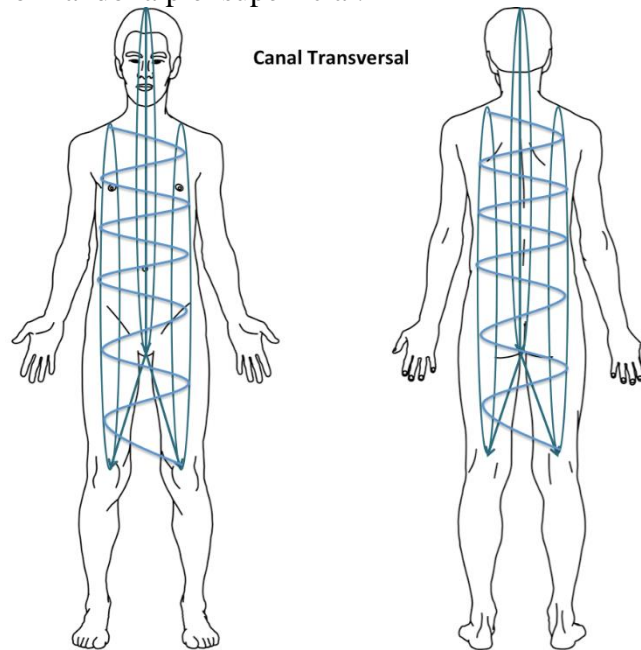


- De este eje central energético se desprenden una línea izquierda y una línea derecha que bajan lateralmente hasta las rodillas, suben por la espalda y bajan por la zona frontal hasta llegar nuevamente a las rodillas, generando una segunda y tercera vuelta, formando dos ejes energéticos laterales. Estos ejes laterales son alimentados por el eje central.

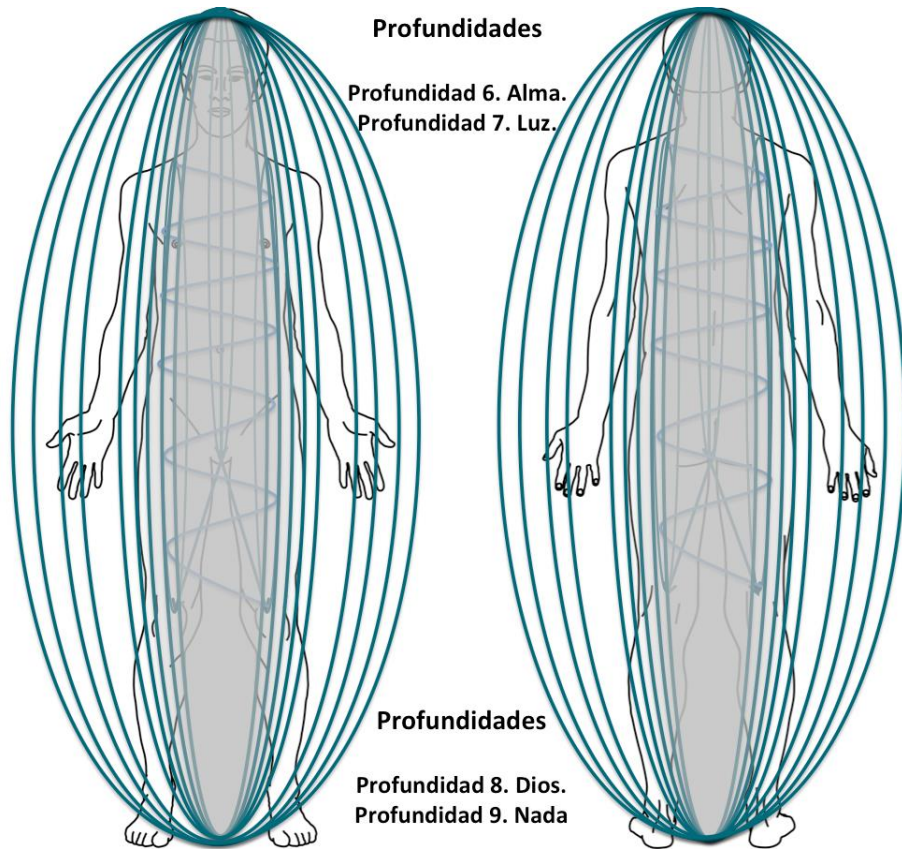


- Cada eje energético lateral realizará siete vueltas, y en cada vuelta formará una profundidad, cuerpo o estado de condensación de la energía. La primera vuelta forma la séptima profundidad, conformada por millones de partículas toroidales de energía. La segunda vuelta forma la sexta profundidad donde se va a encontrar la fuente de la vida. La tercera vuelta forma la quinta profundidad formando el esqueleto. La cuarta vuelta forma la cuarta profundidad formando los músculos. La quinta vuelta forma la

tercera profundidad formando la sangre. La sexta vuelta forma la segunda profundidad formando la piel profunda. Y la séptima vuelta forma la primera profundidad formando la piel superficial.

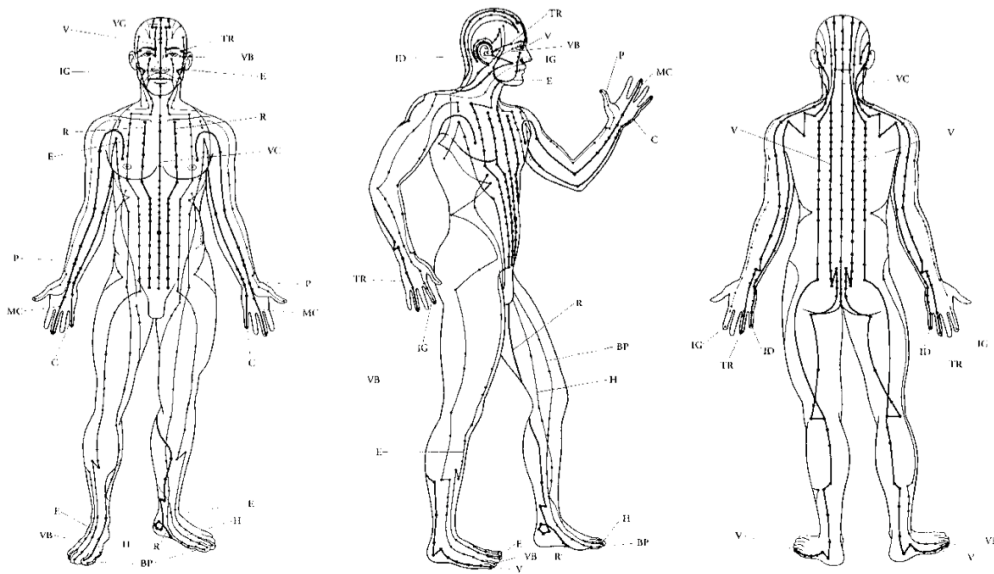






8. Cada vuelta de profundidad va formando un sistema celular físico, una serie de 26 diafragmas energéticos alimentadores-protectores, y una serie de 12 sistemas energéticos o meridianos.

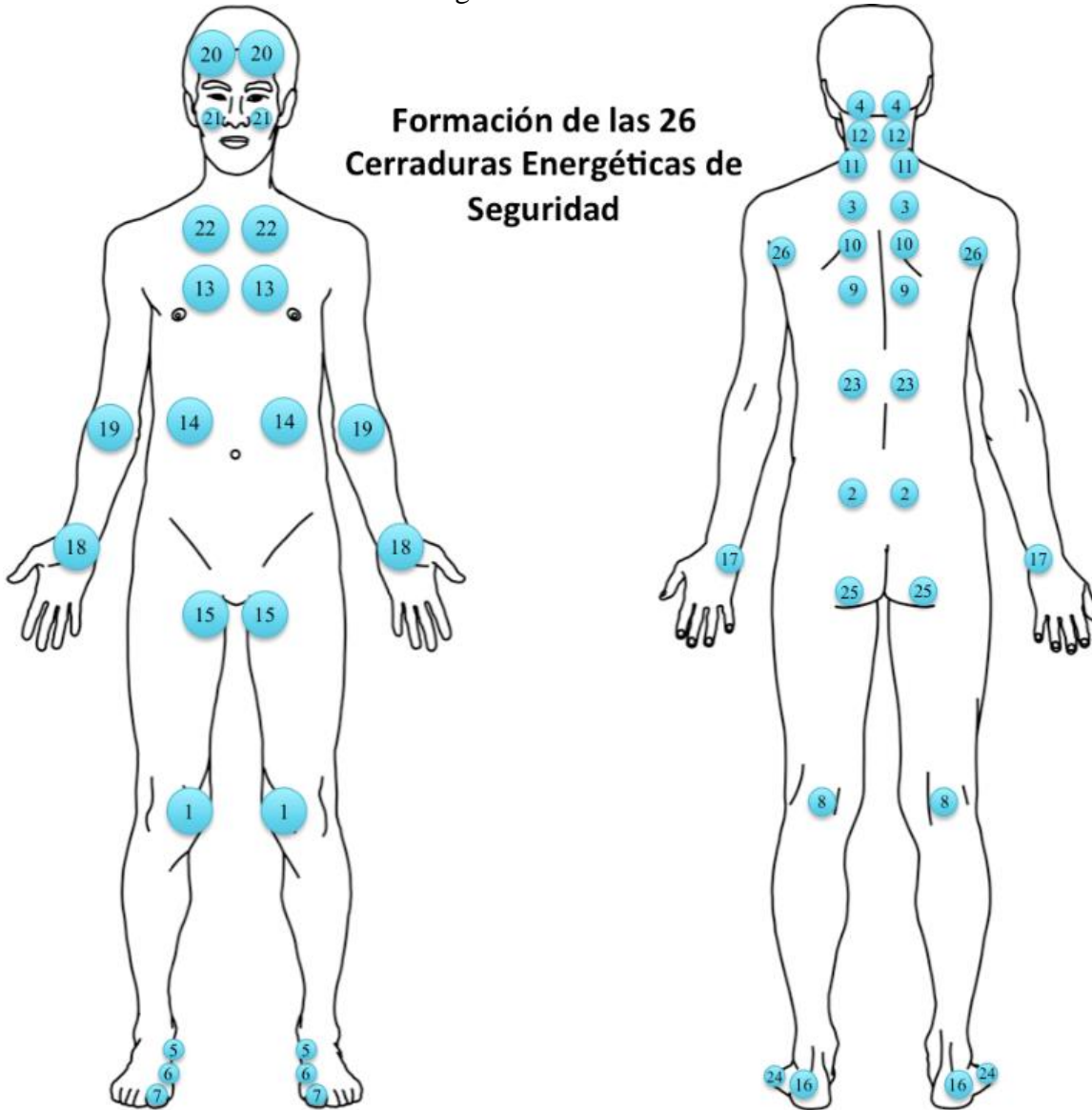
**La formación de los doce meridianos.**



9. En la primera profundidad se encuentran las cerraduras energéticas del 1 a 4. En la segunda profundidad se encuentran las cerraduras energéticas del 5 al 15. En la



tercera profundidad se encuentran las cerraduras energéticas del 16 al 22. En la cuarta profundidad se encuentra la cerradura energética 23. Y en la quinta profundidad se encuentran las cerraduras energéticas del 24 al 26.



10. Estas 26 cerraduras energéticas bilaterales tienen la función de alimentar y proteger los 12 sistemas energéticos bilaterales, los cuales se relacionan con la función energética de un órgano y una víscera, y se encuentran conformados por cientos de puntos energéticos susceptibles de estimularse a través de la presión, la postura, los estiramientos, la alimentación, la expresión emocional, la respiración y la imposición de manos.
11. Estos 12 sistemas energéticos bilaterales se encuentran organizados en pares: Bazo-Páncreas, Hígado-Vesícula Biliar, Pulmón-Intestino Grueso, Corazón-Intestino Delgado, Riñón-Vejiga, y Diafragma-Ombliigo (también conocido como Pericardio-Triple Calentador). Estos 12 sistemas energéticos se encuentran relacionados entre sí de una forma sincrónica siguiendo la siguiente secuencia: los sistemas inician con

puntos en el pecho y finalizan en los dedos de las manos, los siguientes sistemas inician en las puntas de los dedos de las manos y finalizan en el rostro, los siguientes sistemas inician con los puntos en el rostro y finalizan en los pies, y finalmente los siguientes sistemas inician en las puntas de los dedos de los pies y finalizan en el pecho. De esta forma se genera un circuito energético que va fluyendo en ciclos de día y ciclos de noche.

12. La Energía Vital funciona a través de la no-localización, por lo que la totalidad del cuerpo y el universo se encuentran contenidas en distintas partes holográficas del cuerpo: los pulsos, el iris, las manos, las orejas, la espalda, el abdomen y las plantas de los pies contienen la información holográfica de la totalidad energética del cuerpo y del cosmos, formando un microcosmos.

**b) Los bloqueos: excesos y carencias energéticas.**

Principios biodinámicos del equilibrio y desequilibrio energético:

1. Los flujos energéticos funcionan de forma similar a los principios hidráulicos: cuando se llena una parte se vacía la otra, y viceversa. El exceso en un meridiano supone la carencia en otro. Este principio siempre se presentará en un cuerpo vivo en mayor o menor medida.
2. El cuerpo humano es un sistema semipermeable de carga y descarga de energía. El sistema energético se alimenta de varias fuentes: la energía de la tierra, los alimentos, la respiración, la energía cósmica y la energía original-transgeneracional. La alteración energética de estas fuentes genera desequilibrios y descompensaciones bioenergéticas en el organismo.
3. En el intercambio energético del ser humano se encuentra su ecología energética, y dentro ella sobresalen las amenazas ambientales que generan bloqueos. La mayoría de estos bloqueos tienen un componente emocional-energético traumático o amenazante que hace que se activen los mecanismos energéticos de defensa (las 26 Cerraduras Energéticas).
4. Los bloqueos energéticos se caracterizan por un exceso de energía estancada y por carencias de energía vital, alterando el flujo natural del organismo y con ello generando un estado de desequilibrio energético que se manifestará en los centros, las cerraduras, los sistemas y las redes de fascias del cuerpo.
5. Los bloqueos por exceso se caracterizan por una carga o sobrecarga que puede ser dura o suave. Una sobrecarga dura genera rigidez y tensión, mientras que una sobrecarga suave genera una excesiva demanda y absorción.
6. Los bloqueos por carencia se caracterizan por una descarga que puede ser dura o suave. Una descarga dura genera miedo defensivo contractivo, mientras que una descarga suave genera falta de tono, debilidad y agotamiento.
7. El lugar donde se presente el bloqueo no es la fuente del mismo. Normalmente la fuente de los bloqueos se encontrará en otro lugar. El bloqueo es el síntoma, mientras que la fuente que causa o mantiene ese bloqueo puede diferenciarse cualitativa, cuantitativa y topológicamente. Habría que diferenciar dos fuentes del bloqueo: la fuente energética y la fuente espiritual.
8. La fuente energética del bloqueo se encuentra relacionada con el meridiano de la función energética de órgano y víscera, la profundidad y la cerradura, así como el vórtice energético desequilibrado.

9. La fuente espiritual del bloqueo se relaciona con la actitud inconsciente de la persona frente al mundo y la vida. Esto se manifiesta como un tipo de organización de la personalidad a nivel inconsciente (organización caracteromuscular). El abordaje de las actitudes puede ser tratado a través del análisis, el diálogo, la meditación, etc.
10. Las actitudes en tanto frecuencias energéticas afectan el campo de los órganos y sus respectivas funciones energéticas (meridianos), esto nos permite comprender la relación entre el bloqueo energético de los órganos-meridianos y las actitudes correspondientes a dichos órganos.

**c) *El carácter, las actitudes y los bloqueos bioenergéticos.***

En las investigaciones de Jiro Murai que realizó sobre la Medicina Tradicional China y Japonesa, encontró las fuentes de los desequilibrios energéticos, denominándolas como actitudes, encontrando cinco actitudes que desarmonizan al Ser: preocupación, tristeza, enojo, miedo y pretensión. Jiro Murai al sistematizar las conclusiones de sus investigaciones denomina a su arte terapéutico con el nombre de Jin Shin Jyutsu, donde las actitudes emocionales frente a la vida son fundamentales en el proceso de equilibrio-desequilibrio.

Este planteamiento de Jiro Murai en el Jin Shin Jyutsu se asemeja a la Terapéutica Zen y a los planteamientos de la Psicoterapia Corporal de Wilhelm Reich, el Análisis Bioenergético de Alexander Lowen y la filosofía perenne del Eneagrama. Lo común a estos autores y terapéuticas es el señalar a las actitudes-emociones-carácter como el origen primordial de las disonancias energéticas en la persona. Por eso en nuestra propuesta de trabajo en Psicoterapia de Liberación Somática del Trauma integramos el Jin Shin Jyutsu, la Terapéutica Zen, el masaje Shiatsu, el Protoanálisis Eneagrámico y el Trabajo Psicocorporal.

Principios emocionales de las descompensaciones bioenergéticas:

1. A toda manifestación sintomática de la coraza del cuerpo-mente le subyacen substratos energéticos descompensados, que podríamos denominar la causa inmediata: alimento, respiración, energía terrestre, energía cósmica, descompensaciones en los órganos y sus funciones energéticas sistémicas.
2. Estas disfunciones bioenergéticas que subyacen a los síntomas físico y emocionales de la coraza tienen un origen más remoto que data de la infancia, entre la gestación y los siete años de edad, y se encuentra íntimamente relacionado con las pautas de interacción familiar o estilos de apego y crianza infantil. A esto le llamamos la causa-fuente arqueológica de la coraza.
3. Entre las causas inmediatas y las causas-fuentes arqueológicas se encuentra una serie de causas-fuente mediatas, caracterizadas por estresores psicosociales y hábitos o patrones de comportamiento que profundizan las heridas emocionales de las causas-fuente arqueológicas.
4. A estas causas-fuentes arqueológicas Jiro Murai las denomina “actitudes” y se encuentran asociadas a las funciones energéticas de órganos-meridianos, a saber: la preocupación asociada a la función energética del bazo-páncreas, la tristeza asociada a la función energética del pulmón-intestino grueso, el enojo asociado a la función energética del hígado-vesícula biliar, el miedo asociado a la función energética del

riñón-vejiga, y la pretensión asociada a la función energética del corazón-intestino delgado.

5. Desde el punto de vista de la Psicoterapia de Liberación Somática del Trauma estas cinco actitudes emocionales se les denomina “defensas caracteriales”, y estas se quedan fijadas en la etapa de desarrollo infantil donde sucedió la amenaza, ya sea por exceso o por carencia. Estas amenazas libidinales formatean y programan el sistema neurobiológico de apego, generando alteraciones en el sistema límbico y en las estructuras reptilianas vegetativas del cerebro, dando lugar a un tipo de organización caracteromuscular, fundamento de los rasgos acorazados de personalidad que se desarrollaran en la edad adulta.
6. Con esto podemos decir que la fuente del desequilibrio energético se encuentra en la actitud emocional acorazada, pero la causa de las estas actitudes emocionales se encuentra en el biosistema energético, la ecología del infante. En este sentido el origen será el desorden familiar, el cual genera un campo energético de disonancia donde se gestan las heridas asociadas a las actitudes.
7. La evaluación energética a través de la lectura del cuerpo también incluye estos aspectos actitudinales y caracteriales, sin los cuales el tratamiento solo sería un mero paliativo, y esto debido a que mientras no se trate la fuente arqueológica de las disonancias energéticas, éstas se seguirán presentando a pesar de todos los intentos armonizadores que llevemos a cabo.
8. La inclusión de la perspectiva actitudinal-caracterial supone integrar al arte curativo de oriente los avances de la psicoterapia corporal energética de occidente. En este aspecto convergen tanto unos como otros, y puede plantearse como un eje conductor en la realización de un trabajo energético profundo: la liberación y transmutación de las energías bloqueadas en los engramas actitudinales-caracteriales. En este sentido habría que integrar a nuestra visión energética del ser humano los aportes de Freud, Jung, Reich y Lowen, así como quienes han trabajado en la perspectiva espiritual del Eneagrama y el Budismo Zen.

## HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN DEL TRAUMA

### Protocolo de evaluación clínica del trauma

Etapa	Fase	Objetivos	Técnicas
Entrevista clínica.	Información general.	Recabar información general sobre la consultante y establecer una relación de ayuda para el proceso de acompañamiento.	Entrevista estructurada.
	Motivo de consulta.	Indagar sobre las motivaciones recientes y pasadas que la trajeron a consulta. Ayudar a establecer un motivo de consulta concreto y compatible con el modelo de acompañamiento desde la Psicoterapia de Liberación Somática del Trauma.	Entrevista, asociación libre y clarificación.
	Historia clínica.	Indagar sobre los antecedentes médicos, psicológicos y familiares que contextualizan su motivo de consulta.	Entrevista estructurada.
	Evaluación CASIC.	Realizar una evaluación sobre el estado que guardan las cinco dimensiones CASIC: comportamiento, afectividad, somático, interpersonal y cognitivo.	Entrevista estructurada.
	Evaluación del impacto postraumático.	Evaluar los diferentes ámbitos del impacto clínico del trauma y del estado general de salud mental. Evaluar trastorno de estrés postraumático, depresión, ataque de pánico, cogniciones postraumáticas y ansiedad.	Entrevista estructurada y escalas de evaluación.
	Sistematización y devolución de la evaluación.	Comunicar la impresión general de la practicante sobre el estado psicoenergético de la consultante.	Hoja de registro. Exposición de hallazgos. Planteamiento de hipótesis. Foco de tratamiento. Pronóstico.

#### 1. Información general.

- a) Establecer *rapport*
- b) Solicitarle que hable sobre ella
- c) Registrar sus datos generales

#### 2. Motivo de consulta.

- a) ¿Quién canaliza o cómo se enteró?
- b) ¿Cuál es su motivo de consulta?
- c) ¿Qué circunstancias recientes la llevaron a solicitar ayuda?
- d) ¿Cuáles son los síntomas que presenta?
- e) ¿Qué espera del tratamiento?

3. Historia clínica.

- a) Explorar antecedentes médicos, psicológicos y psiquiátricos.
- b) Antecedentes familiares
- c) Experiencias traumáticas desde la infancia
- d) Estructura y dinámica familiar de origen
- e) Medicamentos, adicciones, sexualidad

4. Evaluación CASIC.

- a) Entrevista estructurada para evaluar conducta
- b) Entrevista estructurada para evaluar afectividad
- c) Entrevista estructurada para evaluar somático
- d) Entrevista estructurada para evaluar interpersonal
- e) Entrevista estructurada para evaluar cognitivo

5. Evaluación del impacto postraumático.

- a) Cuestionario clínico para el diagnóstico del Síndrome Depresivo
- b) Escala de gravedad de síntomas del TEPT
- c) Inventario de cogniciones postraumáticas
- d) Inventario de síntomas de estrés
- e) Síntomas de victimización

6. Sistematización y devolución de la evaluación.

- a) Integración y sistematización de la evaluación
- b) Discernimiento clínico: jerarquía, síntomas graves, prioridades, causación (remota y reciente).
- c) Pronóstico y plan de tratamiento

**Información general.**

- a) Establecer *rapport*

Se inicia la sesión estableciendo una relación de empatía. Es importante realizar una empatía de forma natural y fluida, sin forzamientos. Ayuda ofrecer agua, dar la bienvenida, saludar amablemente, ver a los ojos, invitar a la persona a que se descalce, que se ponga cómoda, etc. Este primer encuentro es fundamental, ya que marca la tónica del trabajo a realizar.

En todo momento hay que evitar una actitud fría, calculadora, analizante, rígida. Recordemos que muchas personas hay acudido a instituciones médicas donde se les trata de forma fría, rápida y despersonalizada. La calidez y la apertura energética será un factor fundamental, así como el espacio de atención.



b) Solicitarle que hable sobre ella

Ya que la consultante esta cómoda en el espacio le solicito que se presente, que me diga quien es, a qué se dedica, donde vive, en que trabaja, que gustos tienes, edad, estado civil, en fin, todo aquello que pueda ayudarnos a conocer mínimamente a la consultante. A continuación, registro los datos y pregunto otros que pueden ser importantes.

c) Registrar sus datos generales

<b>Nombre</b>		<b>Fecha y lugar de nacimiento</b>	
<b>Edad</b>		<b>Estado Civil</b>	
Actual		Soltera	Viuda
Al iniciar la relación		Separada	En trámites de divorcio
Al iniciar la convivencia		Convivencia estable	En proceso de separación
		Divorciada	Otro:
		Casada	
<b>Nivel de estudios</b>		<b>Ocupación</b>	
Lee y escribe	Técnica	Hogar	Informal
Primaria	Universidad	Negocio propio	Profesional
Secundaria	Otro:	Empleado	Estudiante
		Ventas	Otro:
<b>Con quién vive actualmente</b>		<b>Profesión u oficio</b>	
Pareja	Sola	Técnico	
Familiares	En busca de residencia	Profesional	
Padres	Solicita albergue temporal	Autodidacta	
Amigas		Otro:	
<b>Ingresos mensuales</b>		<b>Religión</b>	
-\$5000	-\$20,000	Católica	Ateo
-\$10,000	+\$20,000	Evangélica	Sin religión
			Otra:
<b>Dirección</b>		<b>Hijos</b>	
		Propios	Hijastros
		<b>Teléfono</b>	
		<b>E-mail</b>	

**Motivo de consulta.**

d) ¿Quién canaliza o cómo se enteró?

Es importante saber cómo se enteró de nuestro servicio o si fue canalizada por otra persona. Aquí podemos preguntar qué le dijo la persona que la canalizó, de tal forma que podamos tener una idea de la expectativa que pueda tener. Recuerda que la referencia de consultantes es la principal fuente de mercadotecnia de boca-en-boca.

e) ¿Cuál es su motivo de consulta?

En este punto podemos pedirle a la persona que nos cuente cuál es su motivo de consulta. Le damos un espacio de libertad para que exprese los motivos que la llevaron a solicitar ayuda. Durante la expresión de estos motivos es importante mantener una escucha activa y realizar preguntas que nos permitan entender de una mejor manera la experiencia subjetiva y los datos objetivos del malestar en cuestión.

Escuchar el motivo de consulta nos permitirá establecer una estrategia la estrategia de evaluación más adecuada, tratando de buscar las actitudes emocionales, los bloqueos, así como los determinantes biográficos y ecológicos que facilitan la expresión del malestar.

f) ¿Qué circunstancias recientes la llevaron a solicitar ayuda?

Es importante preguntar cuáles fueron las circunstancias o disparadores que llevaron a la consultante a pedir ayuda. Una crisis, una ruptura reciente, una pérdida, un viaje, una reflexión, un conflicto familiar, la plática con una amiga, una situación de angustia, un ataque de pánico, accidente, enfermedad, etc. Esta información nos ayudará a identificar las necesidades inmediatas que han disparado su solicitud de ayuda.

g) ¿Cuáles son los síntomas que presenta?

En este momento se le pregunta a la consultante sobre los síntomas más recurrentes o graves, por lo que la acompañante podrá ahondar en cada uno de ellos, ayudando a ampliar y precisar la información proporcionada.

Recordemos que los síntomas solo son el efecto secundario de otro problema, y que normalmente el conflicto causante no se encuentra donde está el síntoma. Y aún más, detrás del síntoma y del conflicto biológico, existe una causa espiritual relacionada con la actitud emocional. Es importante tener presente estos tres niveles de exploración para la evaluación.

Nivel 1. Síntomas.

Nivel 2. Conflicto biológico.

Nivel 3. Actitud emocional.

h) ¿Qué espera del tratamiento?

Una última pregunta que podemos realizar es con respecto a las expectativas que tiene del tratamiento, para esto es importante que preguntemos que espera del tratamiento. Muchas consultantes pueden esperar un efecto rápido y milagroso, y es importante aclarar que:

- Es un proceso, y que ésta es la sumatoria de tiempo más movimiento.
- La respuesta al tratamiento varía de persona a persona.
- La acompañante es solo un canal de la energía sanadora universal.
- La acompañante es solo una facilitadora de las capacidades innatas de sanación.
- Que es importante que se abra a la experiencia sin expectativa.
- Que la sanación supone autoconocimiento y responsabilidad ética de su propia vida.

¿Quién canaliza o cómo se enteró? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



- Exigencia.
- Frustración.

Gestación		Etapa natal	
Nacimiento		Lactancia	
Motricidad		Lenguaje	
Apego		Enfermedades	
Preescolar		Primaria	
Secundaria		Adolescencia	
Educación		Identidad	
Castigos		Crisis	

d) Estructura y dinámica familiar de origen

Comprender la estructura y dinámica de la familia de origen es fundamental para entender el campo energético de su ecosistema. La conflictividad o libre flujo de la energía familiar se expresará en la estructura caracterial, la organización caracteromuscular y la cualidad energética de campo. A parte de mapear la estructura con un familiograma, será útil identificar la dinámica entre los diferentes elementos del sistema. Proponemos el siguiente cuadro para identificar la cualidad dinámica.

	<b>En colapso</b>	<b>Disfuncionales</b>	<b>Adecuadas</b>	<b>Óptimas</b>
<b>Patrón de relaciones</b>	Deficiencias graves; rupturas marcadas, chivos expiatorios, triangulación aguda, aislamiento de todos los miembros de la familia.	Desacuerdos graves o gran distanciamiento entre miembros, o desplazamientos o alineamientos exclusivos. Los niños reiteradamente desvían la tensión parental o los conflictos.	Relaciones satisfactorias, pero con mayor acercamiento o distanciamiento entre algunos miembros que otros.	La naturaleza e intensidad de las relaciones entre los miembros de la familia son constructivas para sus respectivas edades y roles.
<b>Relación conyugal</b>	Relación destructiva, pe: pareja fusionada, en guerra o aislada entre sí.	Dificultades conyugales abiertas; o ambos miembros de la pareja insatisfechos.	Básicamente satisfactorias con algunas áreas de descontento.	Relación madura; cálida, se brinda apoyo, afecto, hay empatía, compatibilidad; la pareja funciona bien.
<b>Relación parental</b>	Los padres nunca trabajan en conjunto, o la relación es extremadamente débil, tiene muchos conflictos o la pareja está dividida.	Los padres están siempre en desacuerdo, actúan sin referencia del otro, o uno de ellos reiteradamente toma las riendas o se desentiende.	Acuerdo básico sobre la crianza de los hijos, si bien con algunas deficiencias en el apoyo y/o el trabajo en conjunto.	Fuerte coalición parental; acuerdo y cooperación en la crianza de los niños; se comparte el placer y el apoyo mutuo.
<b>Relación padres-hijos</b>	Ambos padres rechazan, desatienden, explotan, atacan o descalifican continuamente al hijo.	Actitudes y comportamientos parentales de falta de apoyo evidente.	Los padres apoyan a los hijos y disfrutan estar con ellos pero con problemas menores u ocasionales para relacionarse con los hijos.	Los padres brindan cuidado y muestran preocupación; comprenden a los niños y les prestan atención en forma adecuada; están deseosos de participar en las actividades de los hijos.
<b>Relación hijos-padres</b>	Los hijos evitan, rechazan, se oponen continuamente o se aferran a uno o ambos padres; o exhiben una clara diferenciación en sus actitudes hacia el padre y la madre.	Uno o más hijos se muestran opositores, retraídos, en exceso dependientes o exhiben una conducta dominante hacia uno o ambos padres.	Las relaciones hijos-padres son seguras, pero existen dificultades menores en algunas áreas o entre determinadas díadas.	Los hijos se relacionan con ambos padres, son cooperativos, incluso espontáneos; se sienten seguros y exhiben una dependencia adecuada.
<b>Relaciones entre hermanos</b>	Los hermanos se pelean continuamente o no se prestan atención; excesiva rivalidad y competencia para atraer la atención de los padres.	Evidente desacuerdo o distanciamiento entre hermanos.	Los hermanos se afilian con alguna rivalidad, peleas o falta de contacto.	Los hermanos interactúan libremente y disfrutan juntos, se brindan afecto y consideración; las diferencias pueden resolverse.

e) Medicamentos, adicciones, sexualidad.

Tres aspectos que merecen una atención particular; el uso de medicamentos, problemas de adicciones, ejercicio de la sexualidad y relación de pareja. Es importante conocer el tipo de medicamento que consume, así como los efectos secundarios que produce, pues muchos de ellos pueden confundirse con los síntomas originales. De igual forma, el uso de drogas es otro elemento a tener en cuenta, ya que las causas de su uso pueden encontrarse en eventos traumáticos.

El ejercicio de sexualidad y la relación de pareja nos ayuda a comprender los problemas vinculares, tanto a nivel sexual como emocional. Muchos problemas sexuales y vinculares tienen orígenes traumáticos que es importante tener en cuenta al momento del tratamiento.

¿Ha sufrido anteriormente algún otro tipo de violencia?	En la niñez	En la edad adulta
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual</li> <li>• Maltrato infantil</li> <li>• Descuido</li> <li>• Abandono</li> <li>• Humillaciones</li> <li>• Rechazo</li> <li>• Otros:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual</li> <li>• Violación</li> <li>• Violencia en el noviazgo</li> <li>• Asaltos</li> <li>• Secuestros</li> <li>• Otros:</li> </ul>
Experiencias de maltrato en su familia de origen	_____	
Tratamiento psicológico anterior ¿de qué tipo? ¿Cuándo lo abandonó?	_____	
Trastorno psicológico anterior En caso afirmativo, ¿Cual?	_____	
Trastorno psicológico en la familia. En caso afirmativo, ¿de qué tipo?	_____	
¿Mantiene relaciones sexuales actualmente?	_____	
¿Tiene problemas de salud importantes?	_____	
Ha tenido o tiene problemas de abuso de drogas o alcohol?	_____	
¿Ha tenido algún intento o pensamientos persistentes de suicidio?	_____	

Nombre de la pareja actual	
Edad _____	Ocupación _____
_____	
¿Ha tenido o tiene problemas de drogas o alcohol?	_____
¿Ha tenido o tiene algún tipo de trastorno psiquiátrico? En casos afirmativo, ¿de qué tipo?	_____
¿Tiene algún problema relacionado con los celos?	_____
¿Ha tenido o tiene problemas de tipo laboral?	_____
¿Ha tenido experiencias de maltrato en su familia de origen?	_____
¿Ha maltratado física o psicológicamente a los hijos? En caso afirmativo, ¿De qué forma?	_____

### ***Evaluación CASIC.***

La evaluación CASIC es un método de exploración del estado de salud mental de la consultante. Saberlo aplicar e interpretar puede resultar en un excelente instrumento de

discernimiento clínico. Sugerimos aplicar esta evaluación ya que ella nos brindará elementos para sospechar de posibles problemas o trastornos clínicos.

La evaluación CASIC nos permite evaluar cinco áreas: la conducta, la afectividad, lo somático, lo interpersonal y lo cognitivo. Cada una de estas áreas nos pueden arrojar pistas que podemos explorar para identificar desordenes o desequilibrios, lo cual, más que patologizar, nos permite identificar temas que podemos integrar al proceso de acompañamiento.

<b>Conducta</b>	Subraye cualquiera de las siguientes conductas que pueda atribuírsele: Come en exceso Toma drogas Vomita Conductas Extrañas Bebe demasiado Trabaja demasiado Posterga trabajos Reacciones impulsivas Pierde el control Intentos de suicidio Compulsiones Fuma Actitudes de abandono Tics nerviosos Dificultades de concentración Problemas de sueño Evitación fóbica No puede mantener el trabajo Insomnio Muy arriesgado Vago Problemas con la ingesta Conducta agresiva Llora Salidas de tono
<b>Afectividad</b>	Subraye cualquiera de las siguientes palabras que sea aplicable a su caso: Enfadado Molesto Culpable Feliz Infeliz Aburrido Triste Depresivo Ansioso Temeroso Con pánico Energético Envidioso Conflictivo Arrepentido Desesperanzado Inútil Relajado Celoso Cansado Solitario Contento Excitado Optimista Tenso Otros:
<b>Somático</b>	Subraye cualquiera de los siguientes ítems que sea aplicable a su caso: Dolores de cabeza Mareos Palpitaciones Espasmos musculares Problemas digestivos Problemas sexuales Tensión Incapaz de relajarme Problemas estomacales Entumecimiento Tics Fatiga Contracciones Dolor de espalda Temblores Desmayos Oigo cosas Ojos llorosos Me pongo rojo Problemas en la piel Boca reseca Picores en la piel Dolor de pecho Palpitaciones No me gusta que me toquen Excesiva transpiración Trastornos visuales Problemas de audición
<b>Interpersonal</b>	Naturaleza (asertiva o conflictiva) de las relaciones con otras personas: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros de escuela o trabajo; identificación de síntoma sistémico; fortalezas y problemas interpersonales, número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; Habilidades sociales, papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como un igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)
<b>Cognitivo</b>	Subraye aquellas palabras que se podrían emplear para su descripción: Inteligente, seguro, merecedor, ambicioso, sensato, leal, merecedor de confianza, lleno de resentimientos, inservible, un "don nadie", loco, un degenerado, considerado, un malvado, físicamente desagradable, no querido, inadecuado, confuso, feo, estúpido, ingenuo, honesto, incompetente, con pensamientos horribles, conflictivo, con dificultades de concentración, con problemas de memoria, no puedo tomar decisiones, con ideas suicidas, perseverante, con buen sentido del humor, trabajador.

### ***Evaluación del impacto postraumático.***

Para la evaluación del impacto postraumático proponemos tres escalas muy sencillas para dimensionar el impacto: depresión, estrés postraumático y victimización. Estas escalas nos permiten confirmar o descartar algún aspecto psicopatológico que será necesario tratar o derivar con una psicóloga o psiquiatra sensible a una perspectiva holística. Siempre que exista depresión, trastornos de ansiedad o estrés postraumático, es de suma importancia derivar para un tratamiento especializado. También es recomendable asesorarse por un equipo de especialistas sensibles al trabajo holístico para realizar un trabajo sinérgico entre todas las aproximaciones profesionales.

#### **Cuestionario Clínico para el Diagnóstico del Síndrome Depresivo** Dr. Guillermo Calderón Narvaez

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_

	No	Si		
		Poco	Regular	Mucho
1. ¿Se siente triste o afligido?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				



3.¿Duerme mal de noche?				
4.¿En la mañana se siente peor?				
5.¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6.¿Le ha disminuido el apetito?				
7.¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8.¿Ha disminuido su interés sexual?				
9.¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?				
10.¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11.¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? (precisar molestia)				
12.¿Se siente cansado o decaído?				
13.¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14.¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15.¿Está más irritable o enojón que antes?				
16.¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17.¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18.¿Siente miedo de algunas cosas?				
19.¿Ha sentido deseos de morirse?				
20.¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

**Calificación:**

NO \_\_\_\_\_ x1= \_\_\_\_\_  
 POCO \_\_\_\_\_ x2= \_\_\_\_\_  
 REGULAR \_\_\_\_\_ x3= \_\_\_\_\_  
 MUCHO \_\_\_\_\_ x4= \_\_\_\_\_

**Puntaje equivalente a:**

20 a 35: NORMAL  
 36 a 45: REACCIÓN DE ANSIEDAD  
 46 a 65: DEPRESIÓN MEDIA  
 66 a 80: DEPRESIÓN SEVERA

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

Temporalidad: \_\_\_\_\_

Fármacos: \_\_\_\_\_

Psicólogo: _____	Firma
Fecha: _____	

**Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT**  
 Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua (1997)

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Edo. Civil: \_\_\_\_\_

Suceso traumático: \_\_\_\_\_

Primer incidente: \_\_\_\_\_

Tiempo del malestar: \_\_\_\_\_

	N	Si		
		P	R	M
<b>Reexperimentación=</b>	0	1	2	3
¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?				
¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?				
¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?				
¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?				
<b>Evitación=</b>	0	1	2	3
¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?				
¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?				

¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?				
¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?				
¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?				
¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (p.e. incapaz de enamorarse)?				
¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (p.e. realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?				
<b>Aumento de la activación=</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?				
¿Está irritable o tiene explosiones de ira?				
¿Tiene dificultades de concentración?				
¿Está usted excesivamente alerta (p.e. se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso?				
¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso?				

Agudo (1-3 meses)      Crónico (> 3 meses)      Con inicio demorado

Psicólogo: _____ Fecha: _____	Firma
----------------------------------	-------

**Síntomas de Victimización:  
Una subcategoría distinta del estrés postraumático**

	N	Si		
		P	R	M
	1	2	3	4
Vergüenza: Vergüenza intensa, frecuentemente caracterizada por humillación o mortificación.				
Autoculpabilización: Sentimientos exagerados de la responsabilidad del evento traumático, con culpa y remordimientos, a pesar de la evidencia obvia de la propia inocencia.				
Subyugación: Sentimientos de menosprecio, de la disminución del control y de la carencia del poder, como resultado directo del trauma.				
Odio mórbido: Obsesiones por venganza y preocupación por hacerle daño o humillar al perpetrador, con o sin explosiones de enojo o de rabia.				
Gratitud paradójica: Sentimientos positivos hacia el perpetrador, variando desde la compasión hasta el amor romántico, incluyendo lazos afectivos, sin que necesariamente ocurra la identificación. Con frecuencia se experimentan sentimientos irónicos, pero con una gratitud profunda por el regalo de vida de parte de alguien que ha demostrado su deseo de matar (también se le conoce como la transferencia patológica o el "Síndrome de Estocolmo").				
Violación de una mujer: Sentimientos de suciedad, de irritación, de asco, de tener manchada su reputación, "como bienes echados a perder" y en los casos más extremos, de estado de putrefacción y de maldición.				
Inhibición sexual: Pérdida de la libido, capacidad reducida para la intimidad, con mayor frecuencia asocia con la ocurrencia de algún ataque sexual.				
Resignación: Un estado de voluntad resquebrajada o de desesperación, a menudo se le asocia con la victimización repetida, la exploración prolongada o un estado de indefensión crónica, con interés notablemente reducido por el pasado o por el futuro.				
Segunda lesión o segunda herida: Revictimización mediante la participación intensa aparentemente altruista en los sistemas judicial, de salud, de salud mental y en cualquier otro sistema. "Lo que quiero es ayudar a otros"				

**Sistematización y devolución de la evaluación.**

a) Integración y sistematización de la evaluación

Al finalizar el masaje de evaluación, el interrogatorio y la entrevista clínica, es importante contar con un cuadro sinóptico o un árbol conceptual donde se puedan exponer la información más relevante. Del trabajo de evaluación energética habrá aspectos que se repiten y que pueden ser coherentes con las otras evaluaciones. Como hemos mencionado, normalmente el problema se reduce a una o dos causas, las cuales pueden denominarse como actitudes emocionales. Son esas actitudes emocionales la causa de los desequilibrios y las enfermedades.

Comportamiento	Afectividad	Somático	Interacción
Cognición	Depresión	TEPT	Victimización

b) Discernimiento clínico: jerarquía, síntomas graves, prioridades, causación (remota y reciente).

Durante el proceso de sistematización es necesario realizar el discernimiento clínico de los signos y síntomas observados, esto nos permitirá formarnos un cuadro clínico hipotético sobre lo que la consultante se encuentra experimentando. Este discernimiento clínico habrá que realizarlo tanto desde el punto de vista psicológico como bioenergético, así como realizar los puentes o correspondencias entre un punto de vista y el otro.

En ese cuadro clínico habrá que realizar una jerarquización, identificando los síntomas más graves que son importantes atender para estabilizarlos, plantear prioridades, así como los problemas de fondo que serán objeto de tratamiento a mediano o largo plazo.

Síntomas graves que hay que atender con urgencia para su estabilización.	
Bloqueos importantes para atender a corto plazo.	
Bloqueos importantes para atender a largo plazo.	

c) Pronóstico y plan de tratamiento

El pronóstico es la expectativa que se tiene sobre la eficacia del tratamiento sobre los padecimientos. Esto solo te lo puede proporcionar tu propia experiencia con las consultantes. Es importante mantener una postura conservadora con respecto a los resultados, pues muchas veces los pacientes buscan resultados inmediatos, mágicos o milagrosos. Una postura conservadora ayudará a disipar cualquier expectativa fuera del alcance de nuestro arte.

En el pronóstico las preguntas que hay que contestar son tres:

¿Es posible reestablecer la salud y funcionalidad de la persona? ¿Esta enfermedad se sana?	
¿Cuál es la estrategia terapéutica para reestablecer la salud o sanar?	
¿Cuánto tiempo y con qué frecuencia se llevaría a cabo el tratamiento?	

En el plan de tratamiento es importante plantear dos aspectos:

- Foco de tratamiento.
- Tratamiento breve.

En el foco de tratamiento se delimita el aspecto clínico más relevante a tratar. Este foco tiene que ser lo más claro y concreto, de tal forma que se pueda desarrollar un plan de tratamiento breve que pueda arrojar resultados muy concretos.

Es posible llevar a cabo varios programas de tratamiento breve, cada uno con un foco muy delimitado de atención.

## EVALUACIÓN SOMÁTICA DE LA CORAZA TRAUMÁTICA

### Protocolo de evaluación somática de la coraza traumática

1. Observación del canal central y los canales laterales.
2. Lectura por posturas estresantes.
3. Lectura de la pisada y la marcha.
4. Lectura de los patrones de respiración.
5. Observación del estado segmentario: contracción-expansión, duro-suave.
6. Lectura de los patrones de alteración somática.

Etapa	Fase	Objetivos	Técnicas
Evaluación por observación.	Canal central y canales laterales.	Evaluar la alineación que guardan el canal central y los canales laterales. Identificar los bloqueos energéticos generados por las experiencias traumáticas.	Observación.
	Postura estresante.	Confirmar los bloqueos energéticos postraumáticos en el canal central y los canales laterales.	Observación de postura estresante.
	Pisada y marcha.	Identificar las alteraciones estructurales a través del movimiento. Identificar los canales energéticos comprometidos en la pisada.	Observación de pisada y marcha. Observación del calzado.
	Patrón de respiración.	Identificar el patrón de respiración, así como los bloqueos estructurales y biodinámicos comprometidos.	Observación de la respiración.
	Estado segmentario.	Identificar los bloqueos energéticos en cada segmento, evaluando las descompensaciones.	Observación de los segmentos del cuerpo.
	Alteración somática.	Determinar el patrón de alteración somática y la etapa de evolución de los procesos inflamatorios.	Observación del cuerpo y análisis de los patrones.

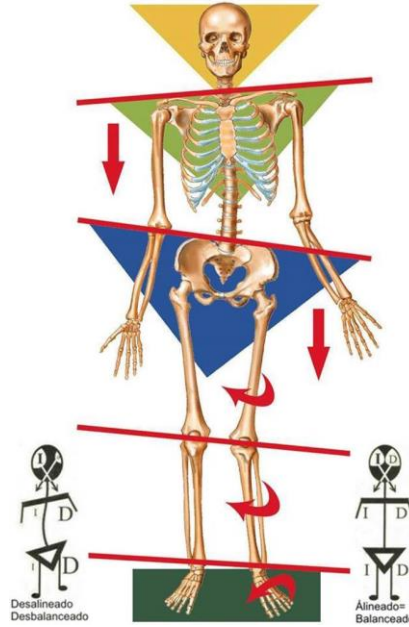
### 1. Observación del canal central y los canales laterales.

1. Comenzamos solicitándole al consultante que se descalce y se ponga de pie de frente a donde nos encontremos. Es importante que no traiga ropa tan holgada para poder realizar la lectura. También es importante que se coloque frente a una pared clara para poder observar la figura y posteriormente el campo energético.
2. Lo primero que observamos son los canales laterales izquierda y derecha, los cuales podemos evaluar a través del equilibrio entre los hombros, viendo si un hombro es más alto o bajo que el otro.
3. A partir de los hombros podemos evaluar todo el lado izquierdo y derecho. Si se queda mirando fijamente el cuerpo se revelarán las descompensaciones izquierda-derecha, arriba-abajo.

4. Cuando logramos observar estas descompensaciones es importante determinar en donde se encuentra la descompensación. Lo que tenemos que determinar es en que canal se encuentra el bloqueo. Esto se puede identificar observando el hombro más bajo, lo cual nos indicará varias cosas:
  - 1) las vértebras comprimidas,
  - 2) bloqueos espinales,
  - 3) modificación de la cadera,
  - 4) pierna acortada,
  - 5) problemas en marcha, pisada y rodillas,
  - 6) dolor en pies, piernas, cadera, espalda y cuello, y
  - 7) descompensaciones energéticas en las cerraduras energéticas de seguridad y los meridianos correspondientes a ese lado.
5. También podemos observar las diferencias entre arriba-abajo. Entre la cabeza y el cuello, el cuello y el tórax, el tórax y el abdomen, el abdomen y la pelvis, la pelvis y las piernas. Esto nos permitirá identificar los bloqueos horizontales. Por ejemplo, ya identificado la descompensación en los canales laterales, se observan los cortes en ese canal. Los cortes más comunes son los cervicales, los torácicos, los abdominales y los pélvicos.
6. Las coordenadas que nos proporcionan los bloqueos verticales con los horizontales nos permiten identificar las descompensaciones energéticas a través de los centros, cerraduras y meridianos que se encuentran en esa intersección.
7. Este mismo análisis a través de la observación de los canales laterales verticales junto con los cortes horizontales, se realiza de perfil y de espaldas.

Vertebras Izquierdas	Vertebras Derechas
Cervicales	Cervicales
Torácicas	Torácicas
Lumbares	Lumbares

Cadera Izquierda	Cadera Derecha
Pelvis	Pelvis
Rodilla	Rodilla
Tobillo	Tobillo



### 8. Lectura por posturas estresantes.

1. La postura estresante del cuerpo nos permite evaluar el canal central vertical. Se le solicita al consultante que se descalce y adopte la siguiente postura: talones separados a misma distancia que las caderas, dedos de los pies viendo hacia dentro, rodillas ligeramente flexionadas, manos en las caderas empujando hacia el frente intentando juntar los codos, pecho y hombros abiertos haciendo un arco, y cabeza sin colgar viendo hacia el frente.
2. En esta postura nos colocamos enfrente del consultante e imaginamos una línea vertical que atraviesa por en frente del cuerpo.
3. En esta posición observamos los cortes a lo largo de la línea vertical, observando las desviaciones en la línea que se puede observar en la posición del cuerpo, especialmente en los hombros, el pecho, el abdomen y la cadera.

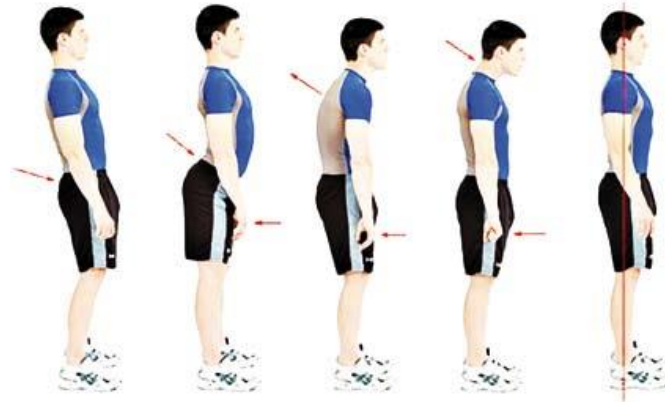
<b>Hombro Izquierdo</b>	<b>Hombro Derecho</b>
Izquierda Colapsada Arriba	Derecha Colapsada Arriba
Izquierda Inflamada Arriba	Derecha Inflamada Arriba
<b>Cadera Izquierda</b>	<b>Cadera Derecha</b>
Izquierda Colapsada Abajo	Derecha Colapsada Abajo
Izquierda Inflamada Abajo	Derecha Inflamada Abajo





#### 4. Lectura de la pisada y la marcha.

1. La pisada y la marcha es otro de los indicadores a observar y evaluar los canales energéticos laterales. Se le solicita al consultante que camine descalzo de un lado a otro. Durante esta caminata se observa:
2. La posición de la cabeza y el cuello; si camina con el cuello y la cabeza proyectada, significa que la persona camina con la cabeza estando su energía en la cabeza desconectada del cuerpo.
3. La posición del pecho y los brazos; si camina con los hombros alzados, el pecho hundido y los brazos pegados al cuerpo, lo cual podría significar un patrón de miedo, timidez y nerviosismo. Los hombros hacia atrás, el pecho proyectado y los brazos volando, puede indicar sobrecarga torácica de energía yang con bloqueo pélvico, donde la persona avasalla e impone su voluntad.
4. La posición del abdomen y la pelvis; si retrae la pelvis nos habla de represión sexual genital, y si proyecta la pelvis hacia el frente nos habla de miedo al castigo y humillación.



5. La organización de las rodillas y los pies; si chocan sus rodillas y camina chueco nos puede indicar inseguridad, introversión y necesidad de soporte.



6. Se observa la pisada, registrando que partes del pie recarga al piso y cuales no, para esto también se puede observar la suela del zapato. Esta observación nos permitirá evaluar el estado energético de los seis meridianos que inician y terminan en los pies.

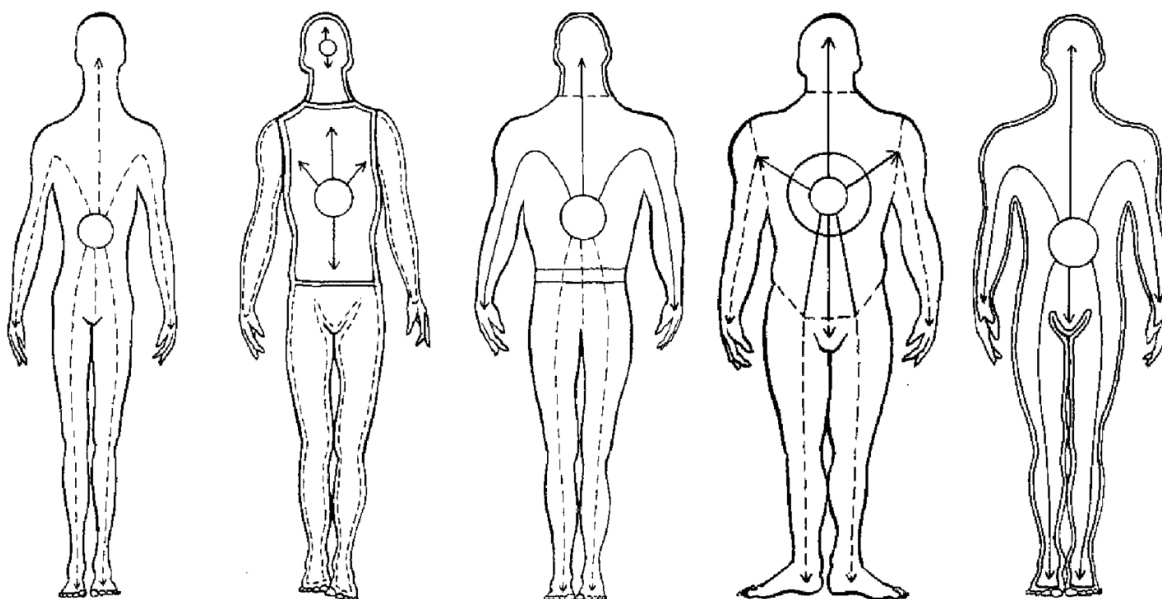
<p><b>Desgaste en Punta</b>                  La persona siempre tiene prisa y es neurótica.                  Meridiano de estómago: hambre, impaciencia, nervio.                  Temor a no satisfacer su hambre.</p>	
<p><b>Desgaste Exterior</b>                  Problemas de vejiga y vesícula biliar.                  Piernas arqueadas.                  Posible sobrepeso.                  Propensa a rabia, temor y</p>	<p><b>Desgaste Interior</b>                  Bazo e hígado sobrecargados. Piernas torcidas hacia afuera y rodillas juntas.</p>

hostilidad. Le cuesta tomar decisiones. Dolor en hombros.	Poco sociable y tímida. Posible frustración sexual. Problemas de intestinos y órganos sexuales. Dolor de cuello y hombros. Desequilibrio de postura y peso.
<b>Desgaste en talón</b> Problemas en riñones, dolor de la parte inferior de la espalda. Sobrecarga de trabajo. Pereza y cansancio. Búsqueda de seguridad sin encontrarla.	

7. Es importante recordar que la forma en como caminamos y nos paramos físicamente, también es la forma como nos plantamos frente al mundo y a la vida, por lo que ya nos habla de la organización caracterial de la consultante. De esta forma tendríamos que preguntarnos, ¿cómo esta plantada la persona sobre la tierra? ¿qué tanto arraigo tiene a la tierra? ¿su energía manifiesta presencia o ausencia? ¿es fuerte o débil, estable o inestable?

Fuerte-Débil  
Estable-Inestable

Fuerte-Inestable Avasallador	Fuerte-Estable Preocupado
Débil-Inestable Necesitado	Débil-Estable Temeroso



## 8. Lectura de los patrones de respiración.

1. La respiración es un indicador fundamental de la economía bioenergética de la persona. En la respiración se expresan todos los bloqueos energéticos del organismo, incluyendo los psicológicos y espirituales.
2. La respiración se encuentra directamente relacionada con el flujo energético del canal central vertical, el cual cuando sube por la espalda se inhala, y cuando baja por el frente se exhala.
3. Los bloqueos en la respiración pueden coincidir con los bloqueos observados en el canal central vertical.
4. La respiración puede ser paradójica, torácica, diafragmática, abdominal, entrecortada, superficial, acelerada, etc. En general se puede iniciar identificando si la persona exhala más que inhala y si fija su respiración en alguno de estos polos. Esto nos permite identificar si la persona tiende a cargar y tiene dificultades para soltar. Si la persona tiene fijada su respiración en la exhalación puede indicarnos que la persona tiene dificultades para recibir, tomar y alimentarse energéticamente.

Fijada en Inhalación	Retención, oposición, tevedes, necesidad, apego, tomar, aguantar, etc.
Fijada en Exhalación	Soltar, abandonar, aislamiento, sensibilidad, debilidad, etc.

## 5. Respiración clavicular (alta), media (torácica) y baja (diafragmática).

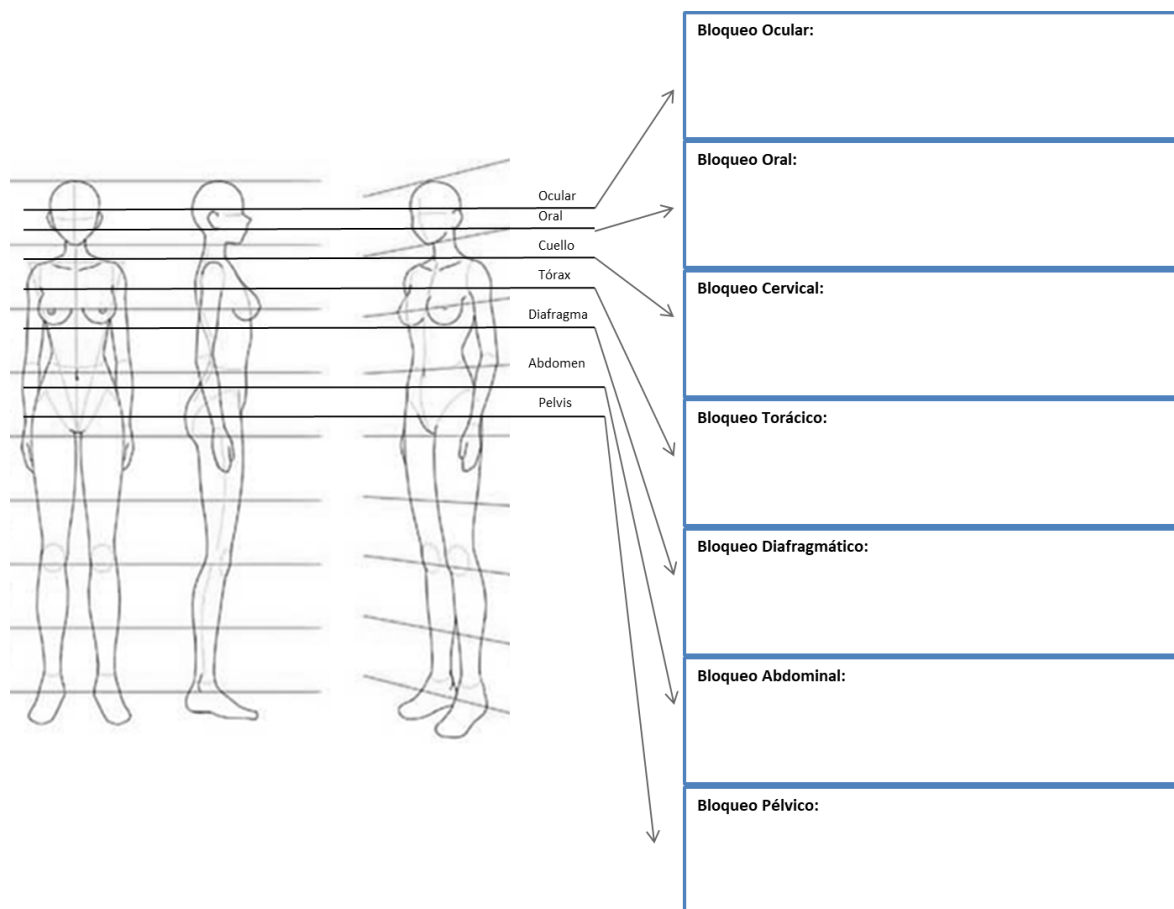
Respiración Clavicular Alta	
Respiración Torácica Media	
Respiración Diafragmática Baja	

## 6. Observación del estado segmentario: contracción-expansión, duro-suave.

1. Esta es una técnica de observación la forma emocional de los segmentos del cuerpo: ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal y pélvico. Cada segmento puede ser evaluado de acuerdo a la combinación de un par de polos: contracción-expansión, y suave-duro.
2. Un segmento expandido duro nos habla de agresión o autoafirmación. Un segmento expandido suave nos habla de absorción y demanda hacia el medio, pero también de amor. Un segmento contraído duro nos habla de miedo y defensa. Mientras que un segmento contraído suave nos habla de debilidad, colapso o relajación.
3. De esta forma, evaluando segmento por segmento vamos obteniendo un mapa emocional del cuerpo de la persona.

Contracción-Dura= Miedo	Expansión-Dura= Agresión
Contracción-Suave= Colapso	Expansión-Suave= Amor

Cráneo-ocular	Contracción-Dura	Expansión-Dura
	Contracción-Suave	Expansión-Suave
Oral	Contracción-Dura	Expansión-Dura
	Contracción-Suave	Expansión-Suave
Cervical	Contracción-Dura	Expansión-Dura
	Contracción-Suave	Expansión-Suave
Torácica	Contracción-Dura	Expansión-Dura
	Contracción-Suave	Expansión-Suave
Diafragmática	Contracción-Dura	Expansión-Dura
	Contracción-Suave	Expansión-Suave
Abdominal	Contracción-Dura	Expansión-Dura
	Contracción-Suave	Expansión-Suave
Pélvica alta	Contracción-Dura	Expansión-Dura
	Contracción-Suave	Expansión-Suave
Pélvica baja	Contracción-Dura	Expansión-Dura
	Contracción-Suave	Expansión-Suave



### 7. Lectura de los patrones de alteración somática.

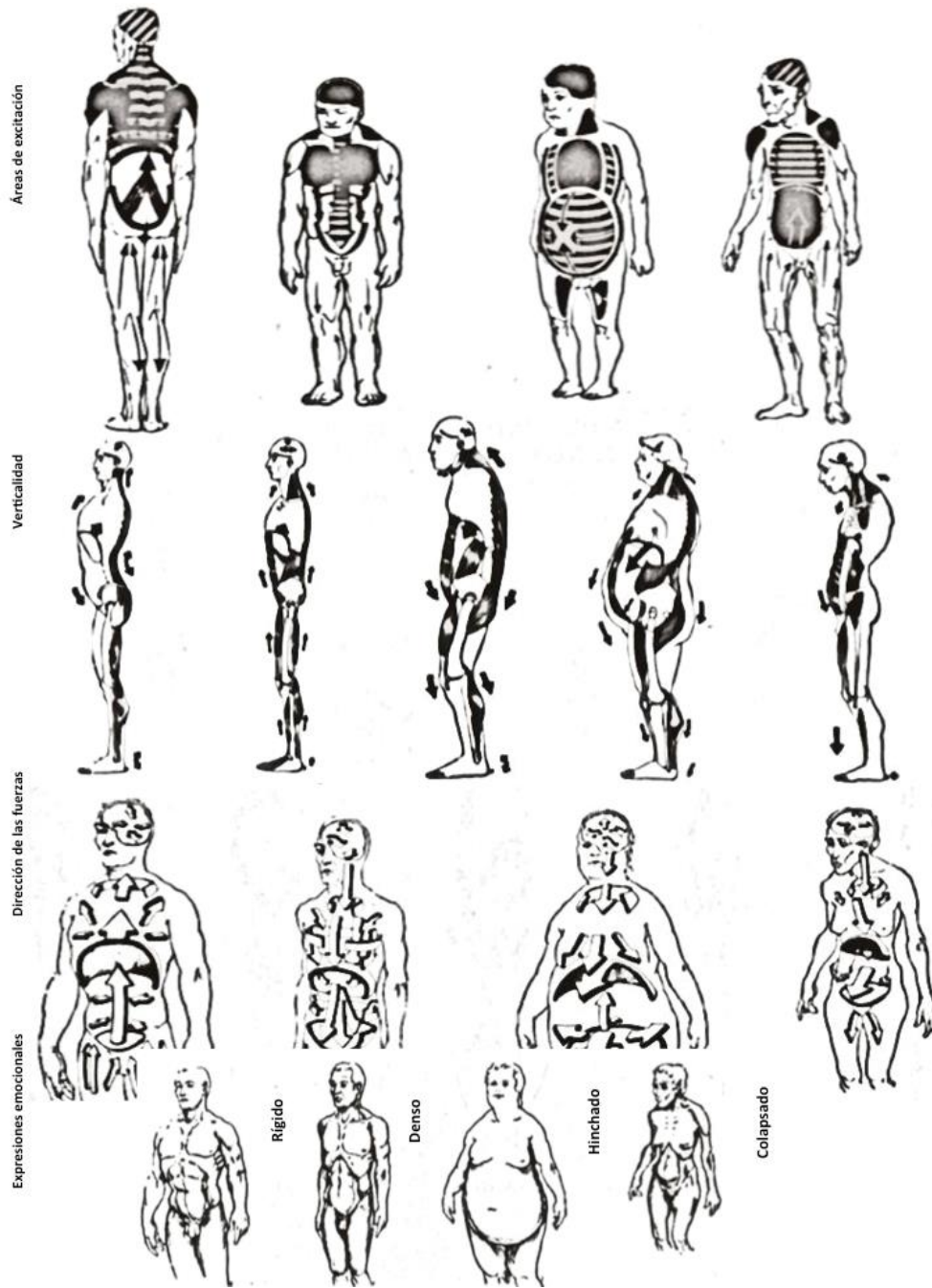
De acuerdo con Stanley Keleman existen cuatro patrones de alteración somática, esto es, alteraciones en el cuerpo debido a la acción nociva de agentes ambientales, especialmente estresores psicosociales que afectan la organización caracteromuscular de la persona. Estos patrones son fijaciones en el polo de relajación-estrés. De acuerdo con la curva de Selye, la respuesta de estrés pasa por las siguientes etapas: vagotonía, alarma, resistencia y colapso.

La caracterización de los patrones de alteración somática de Stanley Keleman siguen la curva de Selye, proponiendo cuatro fijaciones del organismo en la curva del estrés: 1) alarma, 2) resistencia, 3) inflamación, y 4) colapso.

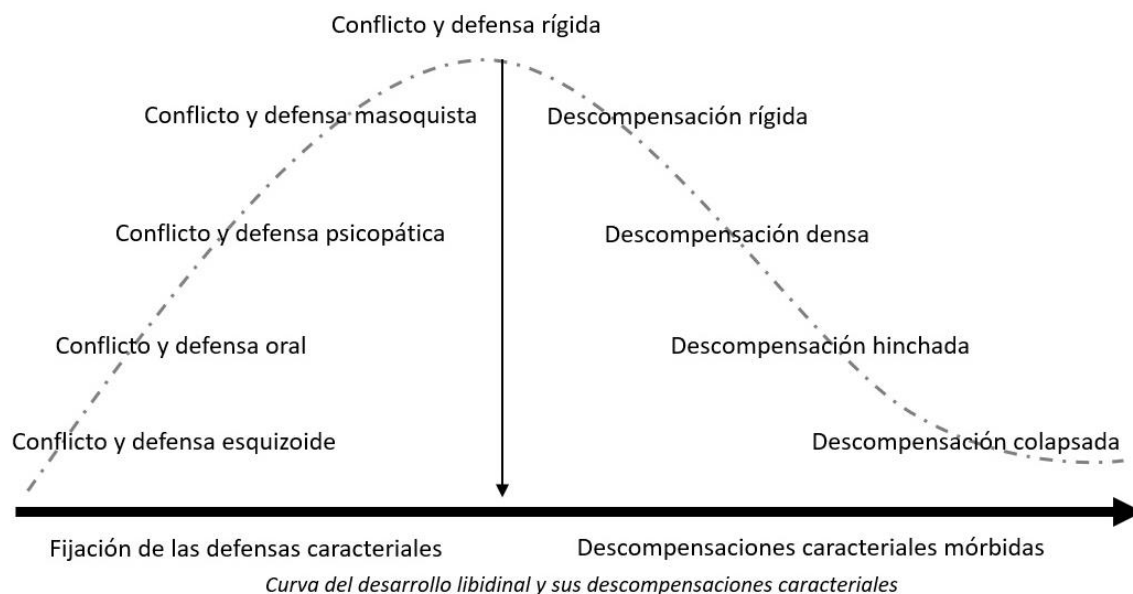
En la lectura global del cuerpo es importante identificar la fijación de la etapa de estrés en la cual se encuentra el organismo, ya que esto permitirá tener una aproximación al daño celular que está viviendo la persona.

Alerta	Resistencia	Inflamación	Colapso
Patrón Rígido	Patrón Denso	Patrón Hinchado	Patrón Colapsado









## 8. Palpación de evaluación energética de la coraza traumática.

### a) Protección energética durante una práctica de la palpación

Recuerda que la mejor defensa es la fortaleza. Si no hay fortaleza energética y espiritual, cualquier amuleto, creencia, ritual o imagería, son estériles. Para llevar a cabo el fortalecimiento energético es importante mantener una disciplina energética física, la cual reside en el cultivo de la energía del Hará, nuestra energía original o esencia.

Quienes nos dedicamos a la relación de ayuda a través del trabajo energético con contacto corporal, es fundamental trabajar en el fortalecimiento de nuestro escudo energético, lo cual se realiza únicamente con disciplina. Bajar la guardia en este aspecto puede suponer el debilitamiento y la enfermedad.

Cinco elementos para protegerte energéticamente durante la palpación	
1. Arraigo	Visualízate como un árbol arraigado a la tierra, bombeando la energía de la tierra por las plantas de los pies hasta el sacro, los riñones y el Hará.
2. Hara	Presionar el Hará hacia la columna para acumular energía. Movilizar el cuerpo desde el Hará para entrar en trance.
3. Verticalidad	Enviar la energía por la columna vertebral enderezándola, manteniendo la barbilla metida y la lengua tocando el paladar.
4. Respiración	Mantener una respiración del corazón o de los cinco diafragmas.
5. Conexión	Llevar la energía hacia arriba por la espalda hacia la coronilla y hacia abajo por enfrente. Conectarse con la energía divina desde la coronilla y bajarla al corazón, y del corazón hacia las manos.

**Objetivo:** realizar una exploración con palpación e interrogatorio completa que permita identificar los puntos y zonas con bloqueos bioenergéticos de la coraza, así como evaluar la idoneidad del tipo de contacto y manipulación manual para la consultante.

Consultante en posición supina sobre una colchoneta en el piso o sobre camilla de masaje (la camilla tendrá que estar a una altura baja para facilitar el trabajo de palpación-presión).

Utilizamos la técnica de sujeción con presión continua e intermitente, superficial o profunda, dependiendo la zona que estemos palpando.

La sujeción se realiza con la palma de la mano, colocando las dos manos en forma de mariposa, y utilizando de forma auxiliar presiones simultáneas con el dedo pulgar, y en menor medida los cuatro dedos restantes.

Los brazos siempre tendrán que estar completamente estirados, y el peso que depositemos sobre los mismos se realiza desde el balanceo del cuerpo de la practicante hacia delante y hacia a tras (desde el Hara). Esto se puede realizar, en caso de colchoneta en piso, hincado, en cuclillas, semi-cuclillas y en postura de cuatro. En caso de camilla es de pie o en postura de cuatro sobre la camilla.

En postura supina, el recorrido inicia por los tobillos, sube por las piernas hasta llegar a la cresta iliaca, continúa de forma circular-espiral sobre el abdomen, después se trabaja desde las clavículas hacia el esternón. Se continúa desde los hombros hacia las manos y finalizamos en la cabeza, presionando frente, sienes, articulación temporomandibular, base del cráneo, cervicales y trapecios.

En decúbito prono, el recorrido inicia en las plantas de los pies, sube por las piernas hasta la zona del sacro. Del sacro se va subiendo desde la base de la columna hasta la séptima vértebra cervical. Y se finaliza de los hombros hasta las manos.

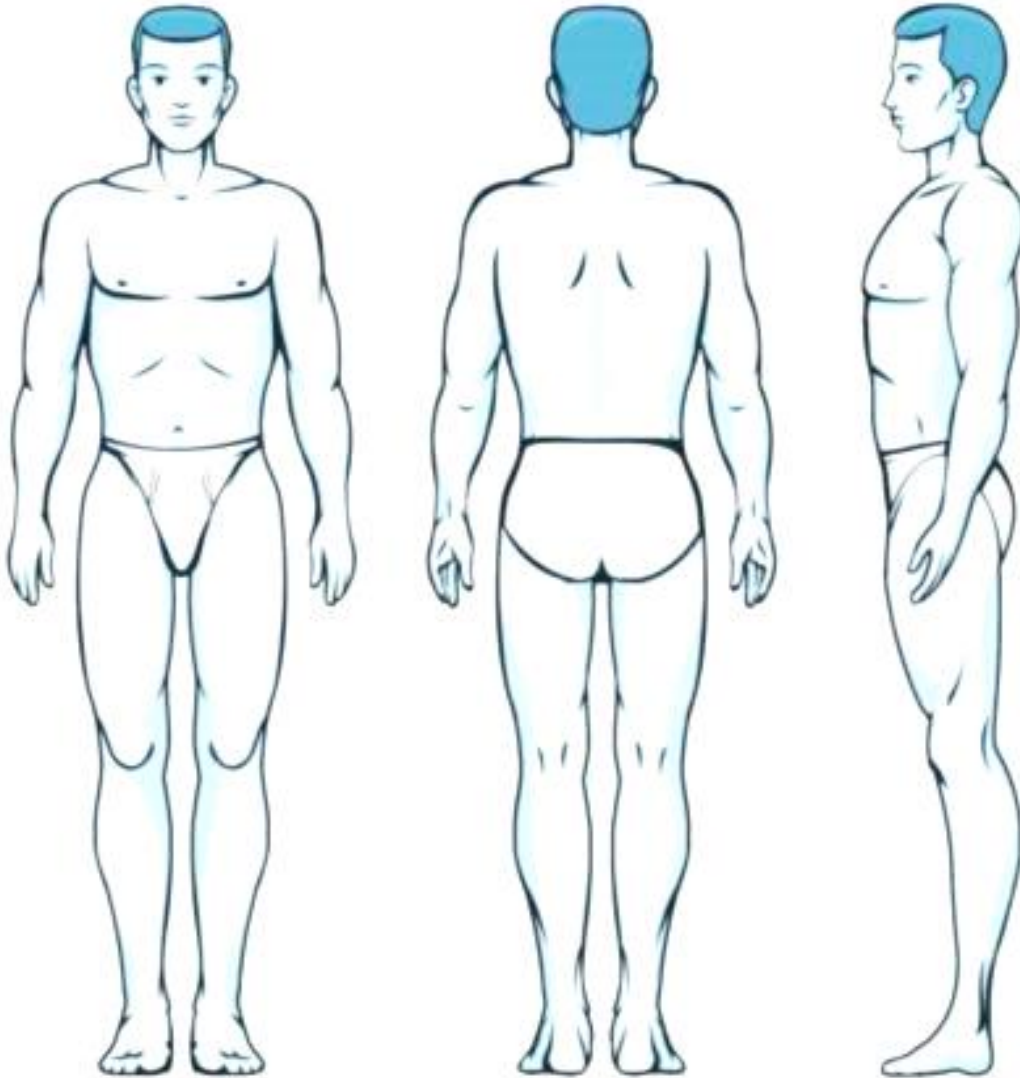
**Exploración con palpación.** Durante la palpación con sujeción se le solicita al paciente que nos informe lo que experimenta con el contacto: descanso, dolor, incomodidad. Esto permitirá identificar las zonas donde se encuentra un desequilibrio bioenergético, a saber, si el punto-meridiano que corresponde por proximidad a esa zona que se encuentra bloqueado, ya sea por carencia o por exceso. Lo anterior quedará registrado en un mapa del cuerpo que se integrará a su expediente.

**Exploración con interrogatorio.** Durante la palpación con sujeción se realiza un interrogatorio sistemático de cada zona a tocar, preguntando si la persona cuenta con algún problema como lesión, fractura, cirugía, prótesis, infección, dolor, embarazo, etc. Evitar las presiones cuando existan várices, embarazo, presión arterial, problemas cardíacos, cirugía recientes y fracturas.

También preguntar si actualmente se encuentra bajo tratamiento médico o psiquiátrico, o utiliza algún medicamento para dormir o para la ansiedad. Registrar esta información en su mapa corporal y realizar una interconsulta con un médico para evaluar riesgos.

b) Registro de resultados

A continuación, registra los resultados observados y sentidos durante la palpación con interrogatorio. Utiliza plumas de colores para diferenciar los tópicos que hayas identificado, por ejemplo, síntomas, fracturas, bloqueos energéticos, reacciones emocionales, asociaciones, etc. Este mapa será de fundamental importancia para desarrollar un plan de acompañamiento con la consultante.



**9. Evaluación en puntos Yu Ketsu.**

Los puntos Yu ketsu o “puntos de alarma” están relacionados con la circulación de la energía y se encuentran a lo largo de la columna vertebral. Se hacen sensibles cuando existe un mal funcionamiento del meridiano. Sensibles significa que hay dolor, hiperestesia, entumecimiento, contractura de la zona, etc. La terapéutica en el tratamiento de estos puntos busca reestablecer el equilibrio bioenergético del organismo.

Se le solicita a la consultante que se coloque en decúbito prono, ya sea con la espalda descubierta (de preferencia), o con ropa libera. Se inicia presionando los puntos de la zona del sacro hacia las vértebras torácicas. Colocando los dedos pulgares de forma paralela en cada uno de los puntos, y realizando una presión lenta pero profunda, hasta llegar a una profundidad que sobrepase la resistencia. En ese nivel se realizan movimientos circulares con los dedos pulgares hacia fuera (siguiendo las manecillas del reloj). Durante las presiones se interroga a la consultante sobre el nivel de dolor o molestia, pudiendo comparar entre los puntos. Ayuda realizar una evaluación subjetiva del dolor-molestia del 1 al 10, siendo 1 ausencia de dolor, y siendo 10 un dolor muy grande. También es importante registrar aquellos puntos donde se experimenta un dolor liberador seguido de placer.

#### Punto de Alarma de Pulmón

Punto 13V. Enfermedades del pulmón, problemas nasales, trastornos de la piel, dolores locales, alergias.

#### Punto de Alarma de Maestro Corazón

Punto 14V. Trastornos cardíacos, dolores locales.

#### Punto de Alarma de Corazón

Punto 15V. Trastornos cardiacos.

#### Punto de Alarma de Hígado

Punto 18V. Trastornos del hígado, problemas de la vista, alteraciones musculares, problemas locales en la columna, alergia.

#### Punto de Alarma de Vesícula Biliar

Punto 19V. Enfermedades de la vesícula biliar.

#### Punto de Alarma de Bazo-Páncreas

Punto 20V. Trastornos gastrointestinales. Problemas alérgicos.

#### Punto de Alarma de Estómago

Punto 21V. Trastornos del estómago. Gaes.

#### Punto de Alarma de Triple Calentador

Punto 22V. Distensión abdominal. Flatulencias. Pérdida de apetito.

#### Punto de Alarma de Riñón

Punto 23V. Lumbalgias, trastornos genitales y sexuales, así como algunos trastornos mentales. Enfermedades del oído y trastornos de los huesos.

#### Punto de Alarma de Intestino Grueso

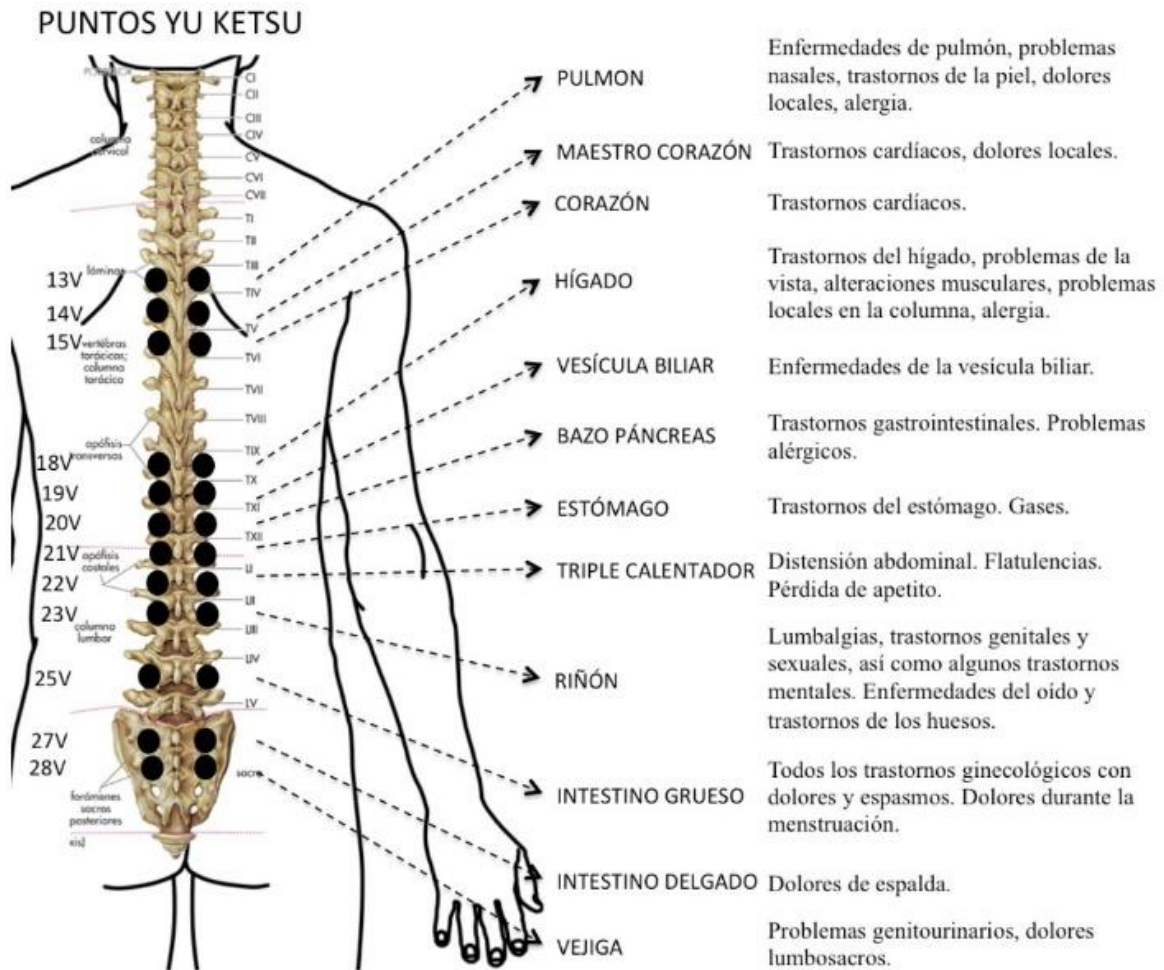
Punto 25V. Todos los trastornos ginecológicos con dolores y espasmos. Dolores durante la menstruación.

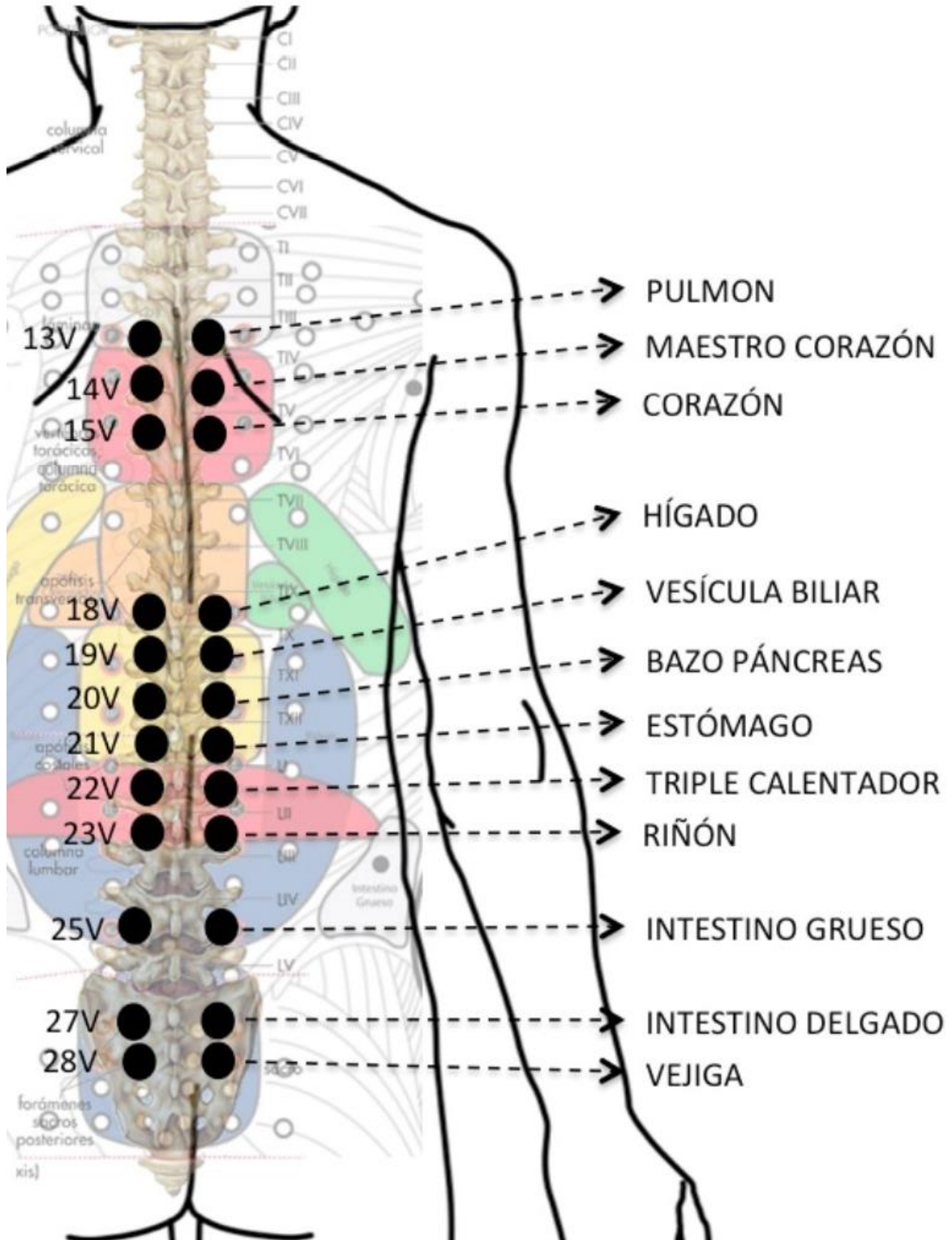
#### Punto de Alarma de Intestino Delgado

Punto 27V. Dolores de espalda.

Punto de Alarma de Vejiga

Punto 28V. Problemas genitourinarios, dolores lumbosacros.





## **10. Evaluación de puntos Bo Ketsu.**

La evaluación de los puntos Bo Ketsu o “puntos de alarma” que se encuentran en parte anterior del cuerpo, extendiéndose desde la zona torácica hasta el vientre. Cada uno de estos puntos da cuenta de los desequilibrios de cada uno de los doce meridianos bioenergéticos.

Con la consultante en posición supina, se inicia desde los puntos de la clavícula hasta los puntos debajo del ombligo. Se presionan los puntos de forma simultánea con los dos dedos pulgares, presionando poco a poco hasta sobrepasar el límite de la resistencia, en ese momento se realizan movimientos circulares siguiendo las manecillas del reloj.

Durante las presiones se interroga a la consultante sobre el nivel de dolor o molestia, pudiendo comparar entre los puntos. Ayuda realizar una evaluación subjetiva del dolor-molestia del 1 al 10, siendo 1 ausencia de dolor, y siendo 10 un dolor muy grande. También es importante registrar aquellos puntos donde se experimenta un dolor liberador seguido de placer.

### **Punto de Alarma de Pulmón**

Punto 1P. En éste punto se aloja la energía de los pulmones, alergia, estrés.

### **Punto de Alarma de Intestino Grueso**

Punto 25E. Regula las funciones del estómago, intestino grueso y las funciones ginecológicas. Se pueden tratar los quistes de ovario, reglas irregulares, estreñimiento.

### **Punto de Alarma de Estómago**

Punto 12VC. Trata los problemas gástricos y la hinchazón abdominal. Trata la hipertensión arterial, insomnio.

### **Punto de Alarma de Bazo-Páncreas**

Punto 13H. Cuida los problemas digestivos, hepáticos y menstruales. Inapetencia, adelgazamiento.

### **Punto de Alarma de Corazón**

Punto 14VC. Falta de impulso vital, problemas de corazón.

### **Punto de Alarma de Intestino Delgado**

Punto 4VC. Debilidad por los años, insomnio.

### **Punto de Alarma de Vejiga**

Punto 3VC. Trata los problemas de la menstruación y la orina.

### **Punto de Alarma de Riñón**

Punto 25VB. Dolores lumbares y dorsales.

### **Punto de Alarma de Maestro Corazón**

Punto 17VC. Cuida las fatigas físicas y psíquicas, problemas respiratorios y las patologías mamarias, estrés, insomnio, tratamiento menstrual, tratamiento de embarazada, ansiedad.



Punto de Alarma de Triple Calentador

Punto 5VC. Estados de excitación, inapetencia.

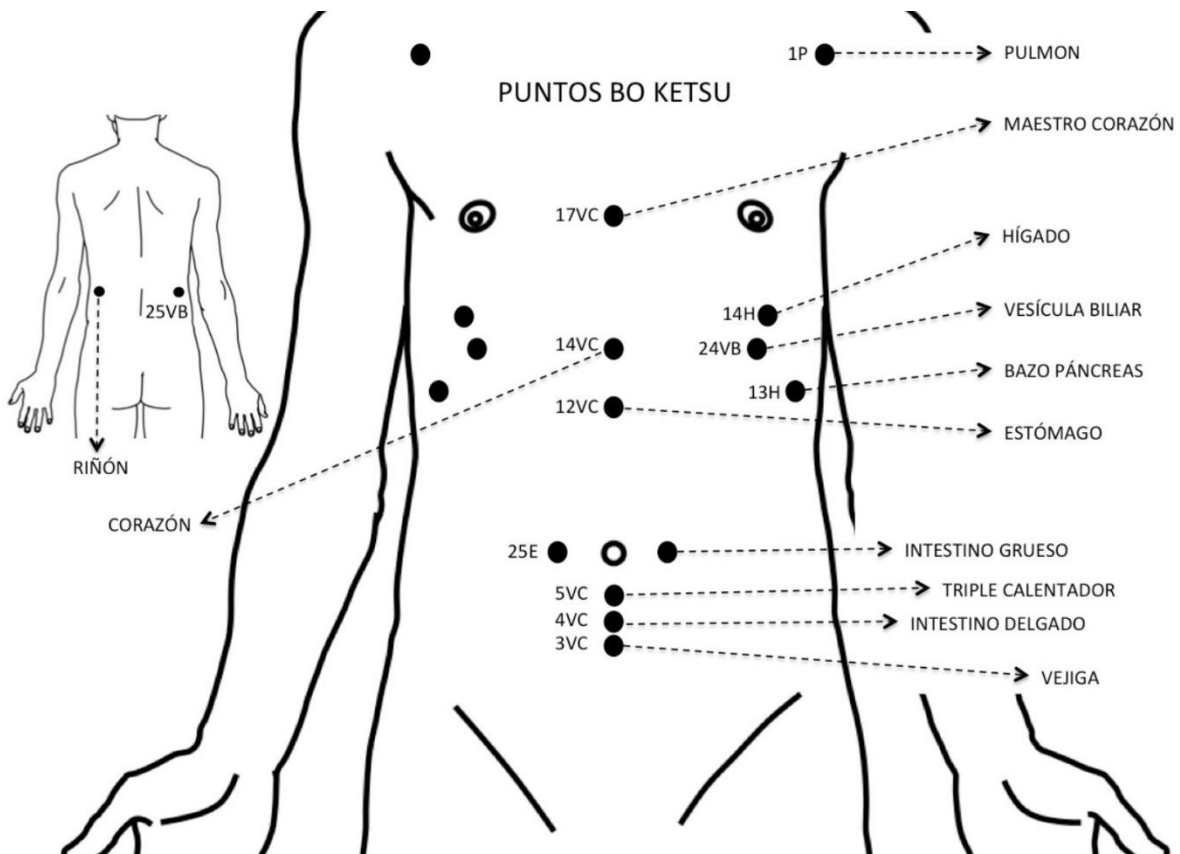
Punto de Alarma de Vesícula Biliar

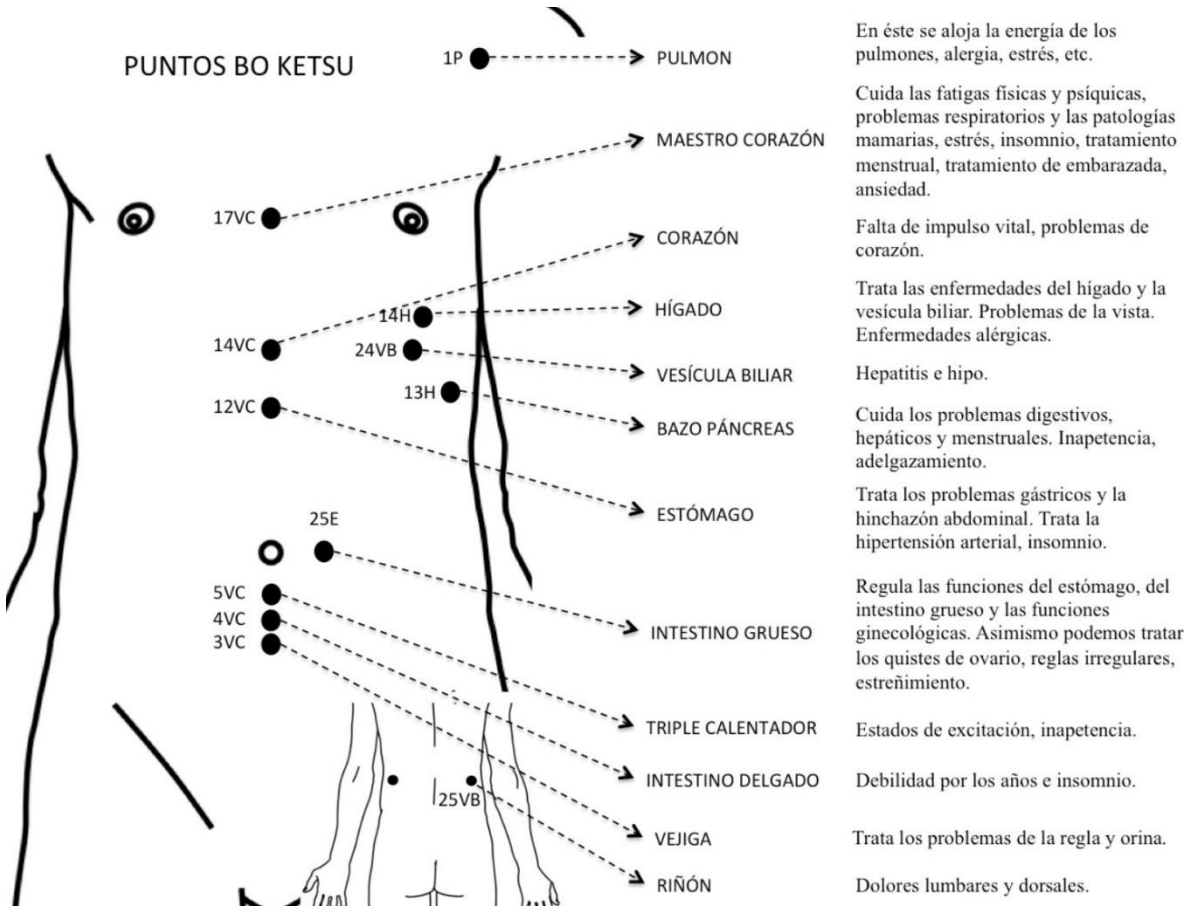
Punto 24VB. Hepatitis e hipo.

Punto de Alarma de Hígado

Punto 14H. Trata las enfermedades del hígado y la vesícula biliar. Problemas de la vista.

Enfermedades alérgicas.





### Devolución de la evaluación.

1. La devolución de la evaluación se tiene que hacer con humildad, siempre desde el desconocimiento y como el planteamiento de una hipótesis a investigar, más que de un resultado inamovible.
2. La evaluación tiene que ser liberadora, esto es, tiene que ayudar a la persona a liberarse de sus miedos, en este sentido la devolución tendrá que ser objetivamente esperanzadora y optimista.
3. En la devolución de la evaluación interesa determinar tres niveles: 1) delimitar los efectos que padece o que tiene el potencial de padecer la persona, 2) las causas ambientales inmediatas que generan esos efectos, y 3) las causas primeras, en este caso, las actitudes emocionales que se encuentran sosteniendo energéticamente ese proyecto.
4. Los niveles 2 y 3 son los que hay que conectar con el nivel 1 de malestar. El tratamiento no puede enfocarse en el nivel 1, sino que necesariamente habrá que realizar ese viaje de autodescubrimiento de los niveles 2 y 3.

## EVALUACIÓN DEL CAMPO ENERGÉTICO DE LA CORAZA TRAUMÁTICA

### Protocolo de evaluación del campo energético de la coraza traumática

- Observación del campo energético.
- Evaluación de los centros energéticos.
- Evaluación de las cerraduras energéticas.

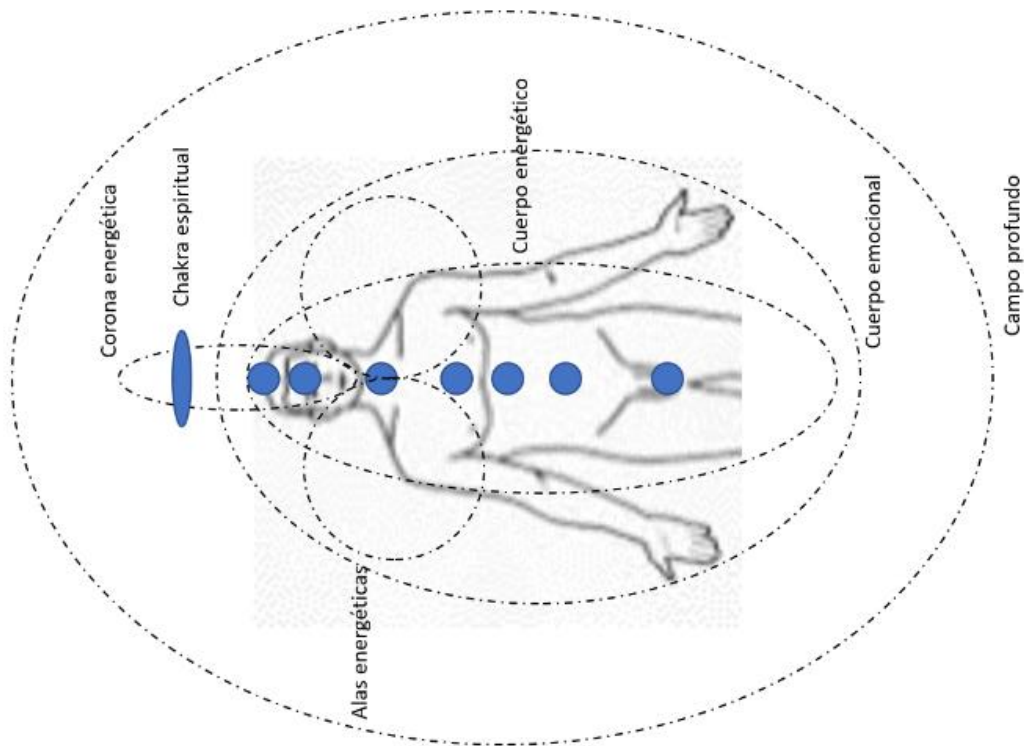
Etapa	Fase	Objetivos	Técnicas
Evaluación extrasensorial.	Campo energético.	Observar el campo energético postraumático para determinar las zonas de bloqueo.	Percepción extrasensorial.
	Centros energéticos.	Identificar los bloqueos en los centros energéticos del cuerpo, así como los temas relacionados a dicho bloqueo.	Percepción extrasensorial.
	Cerraduras energéticas.	Evaluar cada cerradura energética y los temas relacionados con cada una de ellas.	Percepción extrasensorial.
Integración y devolución.	Integración de la evaluación.	Integrar la evaluación en una matriz organizativa.	Matriz de evaluación.
	Devolución de la evaluación.	Regresar a la consultante los resultados de la evaluación, estableciendo una jerarquía de prioridades para el tratamiento.	Diálogo.

#### 4. Observación del campo energético.

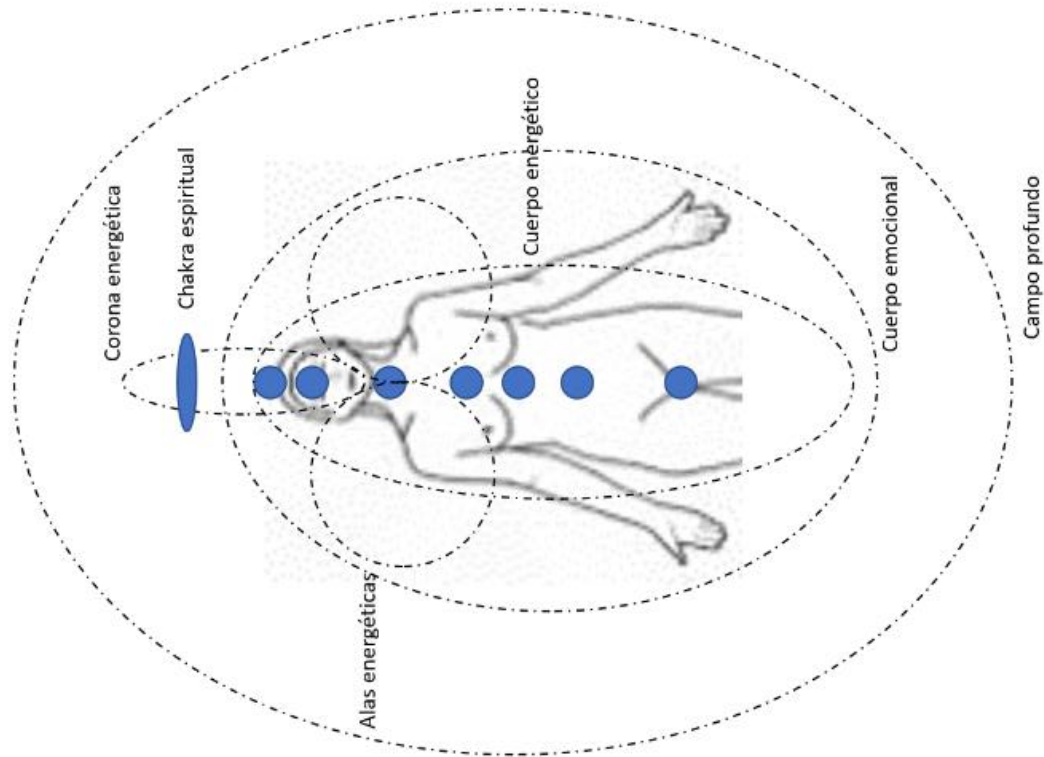
1. Conexión energética a través de la contemplación mutua de la respiración. Se le pide a la consultante que se coloque de pie frente a la practicante, aproximadamente a tres metros de distancia. Con los ojos abiertos la consultante tiene que ver la garganta de la practicante y concentrarse en su respiración. La practicante hace lo mismo hasta entrar en un estado de trance, experimentando las pulsaciones en todo el cuerpo.
2. Concentración para observar el campo áurico. La practicante se centrará en ciertos puntos del cuerpo para poder ver el campo áurico de la consultante.
3. Observación en las cuatro direcciones. La lectura se realiza con la persona observando hacia cada una de las cuatro direcciones. En cada dirección se realiza el escaneo del campo energético a través del desenfoco de los puntos.
4. Identificar y discernir formas, colores, dimensiones, sensaciones, etc.



Mapa para la lectura del Campo Somatoespiritual.

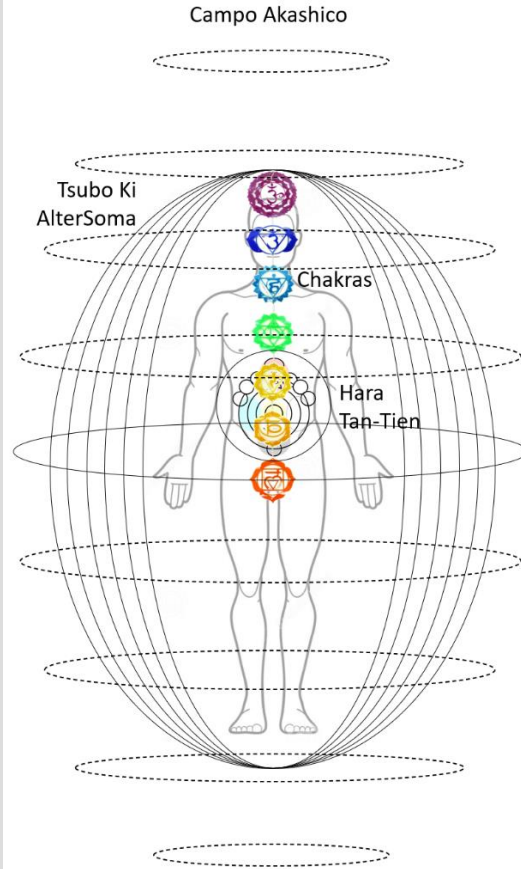
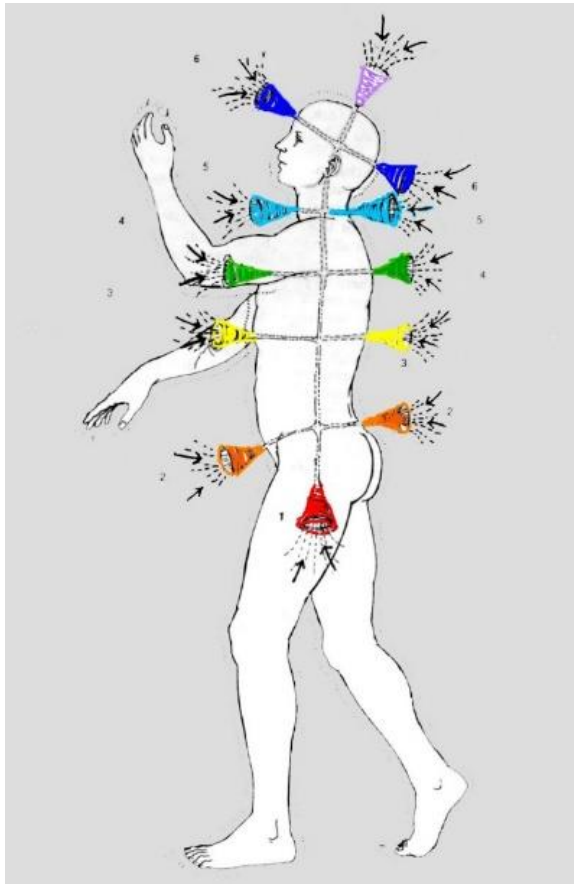


Mapa para la lectura del Campo Somatoespiritual.



## 5. Evaluación de los centros energéticos.

1. Conexión energética con respiración y fijación de la vista. Se realiza una conexión energética con la consultante, esta se puede realizar con los ojos abiertos o con los ojos cerrados.
2. Contactar con el campo. Se contacta con el propio campo energético en las manos y después se entra en contacto con el campo de la consultante a una distancia de un metro.
3. Sentir los chakras y retroalimentación con ojos cerrados. Desde la distancia de un metro se van acercando las dos manos, una por la parte anterior y la otra por la parte posterior, acercando poco a poco las manos hacia el cuerpo para evaluar el campo energético de cada chakra.



4. Identificar el estado energético de cada chakra. Se identifica el estado energético preguntando como se siente la energía, ¿denso o fluido? ¿organizado o desorganizado? Esto da lugar a cuatro posibilidades, a saber:

Denso-Fluido

Organizado-Desorganizado

Denso-Organizado	Denso-Desorganizado
Fluido-Organizado	Fluido-Desorganizado

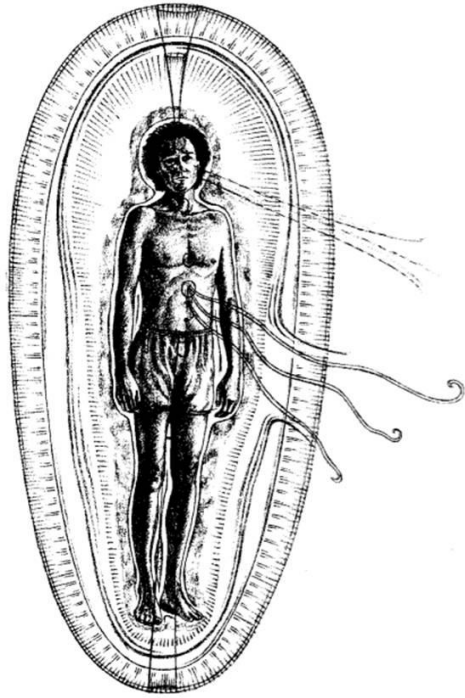
Evaluar cada chakra marcando el cuadrante que corresponda.

Primer Chakra	Denso-Organizado	Denso-Desorganizado
	Fluido-Organizado	Fluido-Desorganizado
Segundo Chakra	Denso-Organizado	Denso-Desorganizado
	Fluido-Organizado	Fluido-Desorganizado

Tercer Chakra	Denso-Organizado	Denso-Desorganizado
	Fluido-Organizado	Fluido-Desorganizado
Cuarto Chakra	Denso-Organizado	Denso-Desorganizado
	Fluido-Organizado	Fluido-Desorganizado
Quinto Chakra	Denso-Organizado	Denso-Desorganizado
	Fluido-Organizado	Fluido-Desorganizado
Sexto Chakra	Denso-Organizado	Denso-Desorganizado
	Fluido-Organizado	Fluido-Desorganizado
Séptimo Chakra	Denso-Organizado	Denso-Desorganizado
	Fluido-Organizado	Fluido-Desorganizado

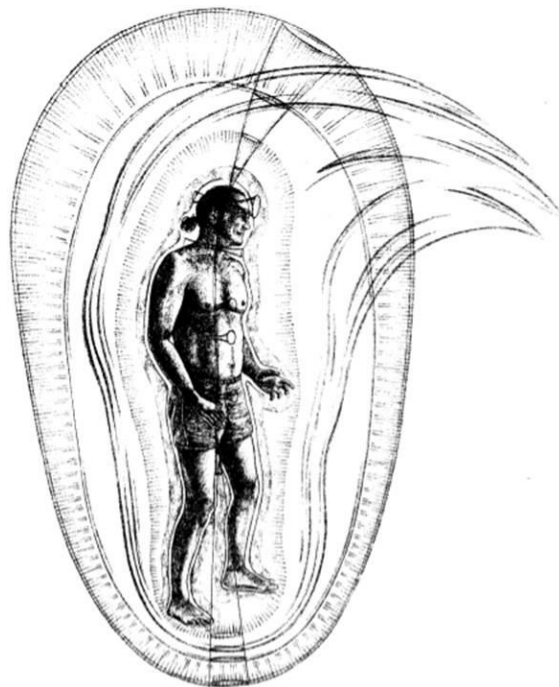


Esquizoide

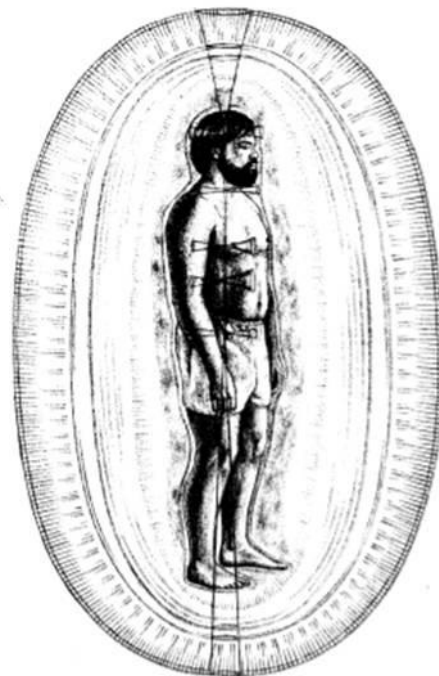


Oral

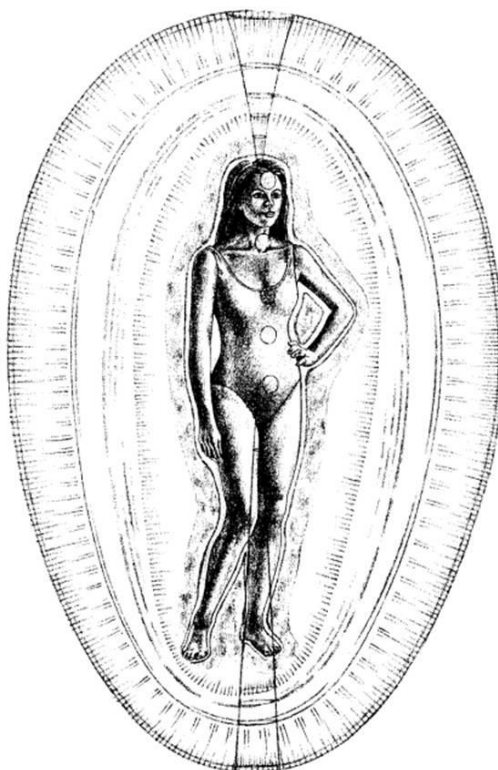




Psicopático



Masoquista

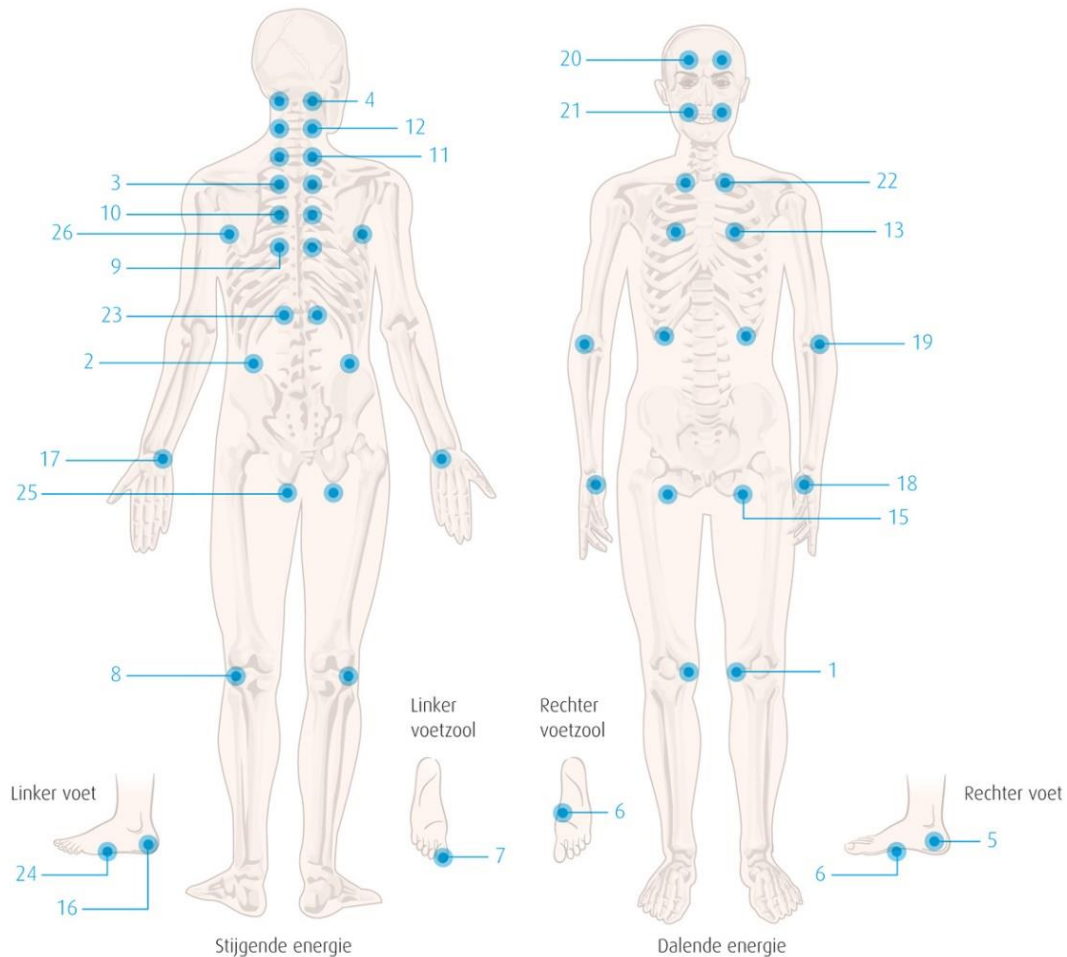


Rígido



## 5. Evaluación de las cerraduras energéticas.

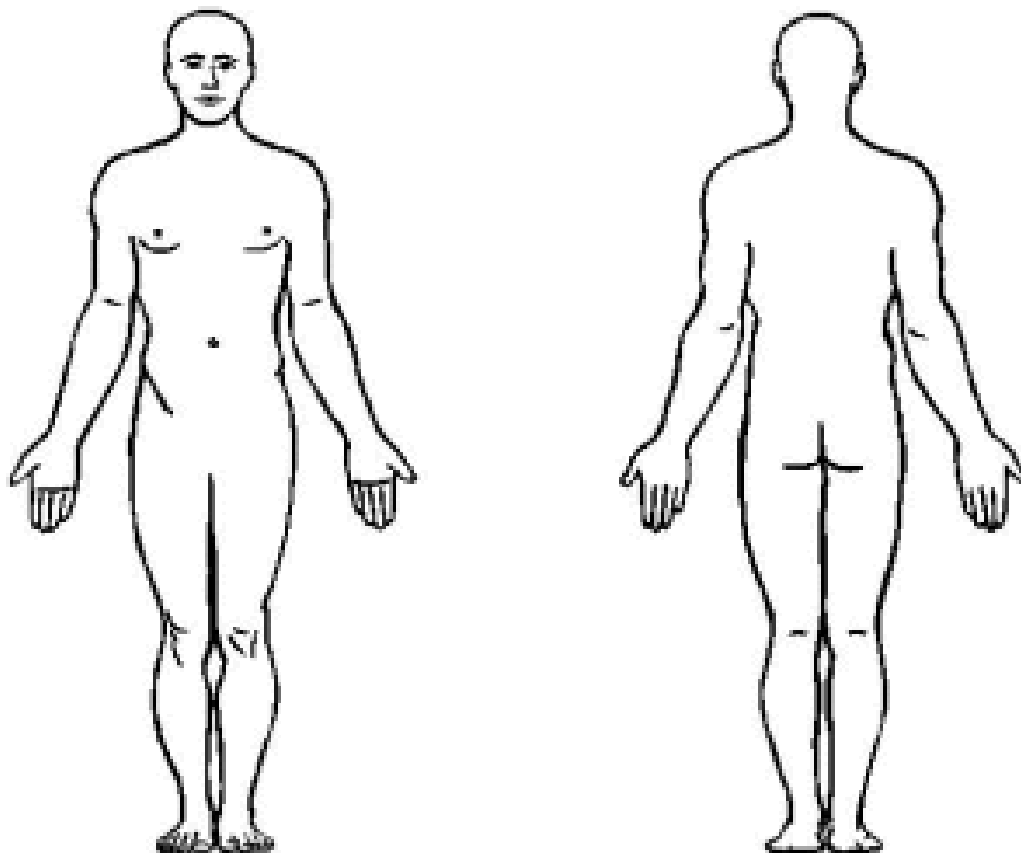
1. Posición de la consultante. Con la consultante de pie, ya sea con los ojos cerrados o abiertos, dependiendo de cómo se sienta mejor la consultante.
2. Conexión energética. Realizamos una conexión con el propio campo energético desde las manos.



3. Realizar un escaneo energético de cada cerradura. Acercamos las manos a cinco centímetros de distancia, primero por enfrente de arriba abajo siguiendo el siguiente esquema para identificar las zonas a evaluar. Al finalizar se continúa por la parte de atrás. Cada cerradura energética se evalúa preguntando ¿está en exceso, carencia o equilibrada? Enumera las cerraduras energéticas bloqueadas.

#### 4. Integración de la evaluación.

Etapa	Fase	Objetivos	Resultados y Observaciones
Evaluación extrasensorial.	Campo energético.	Observar el campo energético postraumático para determinar las zonas de bloqueo.	
	Centros energéticos.	Identificar los bloqueos en los centros energéticos del cuerpo, así como los temas relacionados a dicho bloqueo.	
	Cerraduras energéticas.	Evaluar cada cerradura energética y los temas relacionados con cada una de ellas.	



## **Bibliografía**

- Chitty, J. (2018). Danzar con el Yin y el Yang. Ed. El grano de mostaza, España.
- Beinfeld, H. y Korngold, E. (2011). Entre el cielo y la tierra. Los cinco elementos en la medicina china. Ed. La liebre de marzo, España.
- Berceli, D. (2012). Liberación del Trauma. Perdón y temblor es el camino. Ed. Cuatro Vientos, Chile.
- Burmeister, M. (2015). Jin Shin Jyutsu. Texto 1. Ed. Jin Shin Jyutsu Inc, España.
- Burmeister, M. (2015). Jin Shin Jyutsu, Texto 2. Ed. Jin Shin Jyutsu Inc, España.
- Burmeister, A. y Monte, T. (2013). El Toque Sanador. Ed. Edaf, España.
- Endo, R. (1996). Tao Shiatsu. Medicina de vida para el Siglo XXI. Ed. Edaf, España.
- Estevill, E. (2012). Shiatsu Emociona. Tratado avanzado de terapia. Ed. Natural, España.
- Grinberg, J. (1991). La Teoría Sintérgica. Ed. INPEC, México.
- Hammer, L. (2002). Psicología y Medicina China. Ed. La liebre de marzo, España.
- Laszlo, E. (2013). El Paradigma Akáshico. (R)evolución en la vanguardia de la ciencia. Ed. Kairós, España.
- Levine, P. (2018). Trauma y memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo. Ed. Eleftheria, España.
- Lowen, A. (2013). La Bioenergética. Ed. Sirio, España.
- Lowen, A. y Lowen, L. (2000). Ejercicios de Bioenergética. Ed. Sirio, España.
- Medvedev, A. y Medvedeva, I. (2002). Diagnóstico y curación extrasensoriales. Ed. Abraxas, España.
- McTaggart, L. (2007). El campo. Ed. Sirio, España.
- Murai, J. (1979). Jin Shin Jyutsu. Textos I y II. Edición 1979. Ed. De autor.
- Myss, C. (2019). Anatomía del espíritu. Ed. Random House, México.
- Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoromotriz de psicoterapia. Ed. DDB, España.
- Ohashi, W. (). Cómo leer el cuerpo. Ed. Urano, España.
- Onoda, S. (1998). Libro completo de Shiatsu. Ed. Gaia, España.
- Onoda, S. (2004). Curso avanzado de Shiatsu. Ed. Gaia, España.
- Serizawa, K. (1983). Tsubo. Vital points for oriental Therapy. Ed. Japan Publications, Japan.h y
- Sheldrake, R. (2013). El espejismo de la ciencia. Ed. Kairós, España.
- Sleighthon, J. (1993). Cómo visualizar el Aura. Ed. Beas, Argentina.
- Teegarden, I. (1981). El masaje japonés. Ed. Martínez Roca, España.
- Van Der Kolk, B. (2017). El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Ed. Eleftheria, España.
- Yang, J. (2004). Masaje Qigong Chino. Ed. Sirio, España.