

# El poder curativo de las emociones

*Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica*



Editado por

**Diana Fosha, Ph.D.**

**Daniel J. Siegel, M.D.**

**Marion F. Solomon, Ph. D.**



Habiendo sido marginadas por los médicos y científicos por igual, las emociones han llegado a la vanguardia de la atención clínica y científica. Las emociones básicas son poderes fundamentales del cuerpo y la mente, que juegan un papel clave tanto en la salud como en el trastorno mental, así como en nuestra prosperidad cultural. Los tratamientos que se centran en las emociones, y su poder de transformación, están galvanizando el interés clínico. Del mismo modo, los procesos de adaptación neurobiopsicosociales que involucran las emociones han pasado al primer plano del trabajo de destacados neurocientíficos, fisiólogos y psicólogos evolutivos.

Al igual que las emociones, la curación también está obteniendo reconsideración científica. Estamos empezando a comprender que la curación no es sólo un resultado, sino en realidad un proceso con sus propios mecanismos característicos que necesita ser entendido en su propio derecho y que las emociones están en el centro de la curación psicológica.

En *El poder curativo de las emociones*, los principales investigadores y clínicos actuales exploran la transformación y el papel central que las emociones desempeñan en él. ¿Cómo regular las emociones de manera saludable? ¿Cómo fomentamos entornos propicios para el florecimiento y reciprocidad, comunicación y resonancia, de una salud óptima y acción eficiente de la resiliencia? ¿Cómo lo hacemos sin que las emociones lleguen a ser abrumadoras? ¿Cómo podemos utilizar las emociones para reparar y sanar, crecer y aprender? ¿Cómo utilizamos las emociones para reparar las roturas causadas por las emociones? Estas preguntas, centrales para todas las actividades clínicas, se exploran desde una variedad de perspectivas en este libro. El papel de las emociones en la regulación corporal, la relación diádica, la disociación, el trauma, la transformación, la comunicación conyugal, el juego, el bienestar, la salud, la creatividad y el compromiso social es explorado por:

Jaak Panksepp	Daniel J. Siegel	Diana Fosha
Stephen W. Porges	Diana Fosha	Pat Ogden
Colwyn Trevarthen	Pat Ogden	Marion F. Solomon
Ed Tronick	Marion F. Solomon	Susan Johnson
Allan N. Schore	Susan Johnson	Dan Hughes
	Dan Hughes	

[www.editorialelefttheria.com](http://www.editorialelefttheria.com)



# **El poder curativo de las emociones**

*Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica*

## **SERIE NORTON SOBRE NEUROBIOLOGÍA INTERPERSONAL**

**Allan N. Schore, Ph.D.**  
EDITOR DE LA SERIE

**Daniel J. Siegel, M.D.**  
EDITOR FUNDADOR

---

El campo de la salud mental pasa por una etapa emocionante de crecimiento y reorganización conceptual. Los hallazgos independientes de varias iniciativas científicas están convergiendo en una visión interdisciplinar de la mente y el bienestar mental. La neurobiología interpersonal del desarrollo humano nos permite entender que la estructura y función de la mente y el cerebro son fruto de las experiencias, especialmente las que conllevan relaciones emocionales.

La Serie Norton sobre Neurobiología Interpersonal aporta puntos de vista multidisciplinarios innovadores que amplían nuestro conocimiento sobre la compleja neurobiología de la mente humana. A partir de un amplio abanico de ámbitos de investigación tradicionalmente independientes –como la neurobiología, la genética, la memoria, el apego, los sistemas complejos, la antropología y la psicología evolucionista–, estos textos brindan a los profesionales de la salud mental un examen y una síntesis de resultados científicos a menudo inaccesibles a los profesionales médicos. Este libro pretende aumentar nuestros conocimientos sobre la experiencia humana. Para ello persigue la unidad del saber, o consiliencia, producto de la traducción de muchos campos de estudio a un lenguaje y marco conceptual comunes. La serie conjuga lo mejor de la ciencia moderna con el arte sanador de la psicoterapia.

---

# **El poder curativo de las emociones**

*Neurociencia afectiva, desarrollo y práctica clínica*

Editado por

Diana Fosha, Ph.D.

Daniel J. Siegel, M.D.

Marion F. Solomon, Ph. D.

Traducido del inglés por  
Montserrat Foz Casals



Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

Título original: *The Healing Power of Emotion*

Copyright © 2009 Diana Fosha, Mind Your Brain, Inc., y Marion F. Solomon  
“Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect: A Polyvagal Perspective” copyright © 2009 Stephen W. Porges

Publicado originalmente en inglés por W.W. Norton & Company, Inc.

© 2016 EDITORIAL ELEFThERIA, S.L.  
Sitges, Barcelona, España

[www.editorialeleftheria.com](http://www.editorialeleftheria.com)

Primera edición: Septiembre de 2016  
Traducción del inglés: Montserrat Foz Casals  
Ilustración de cubierta: [istock.com/DeanMitchell](https://www.istock.com/DeanMitchell)  
Maquetación y diseño: Rebeca Podio

ISBN: 978-84-944084-4-1  
Depósito legal: B 15134-2016

# Sumario

## Introducción

*Diana Fosha, Daniel J. Siegel y Marion Solomon*

1. Sistemas emocionales cerebrales y cualidades de la vida mental: de los modelos de afectos animales a las implicaciones para la psicoterapia  
*Jaak Panksepp*
2. Influencias recíprocas entre el cuerpo y el cerebro en la perfección y la expresión del afecto: una perspectiva polivagal  
*Stephen W. Porges*
3. Funciones de la emoción en la infancia: regulación y comunicación del ritmo, la afinidad y el significado en el desarrollo humano  
*Colwyn Trevarthen*
4. Creación de significado en varios niveles y expansión diádica de la teoría de la conciencia: flujo de significado polisémico emocional y polimórfico  
*Ed Tronick*
5. Regulación del afecto en el hemisferio derecho: un mecanismo esencial de desarrollo, trauma, disociación y psicoterapia  
*Allan N. Schore*
6. La emoción como integración: una posible respuesta a la pregunta «¿qué es la emoción?»  
*Daniel J. Siegel*
7. Emoción y reconocimiento en funcionamiento: energía, vitalidad, placer, verdad, deseo y la fenomenología emergente de la experiencia transformacional  
*Diana Fosha*
8. Emoción, conciencia plena y movimiento: expandir los límites reguladores de la ventana de tolerancia a los afectos  
*Pat Ogden*
9. La emoción en la pareja: intimidad encontrada, intimidad perdida, intimidad recuperada  
*Marion Solomon*
10. La emoción excesiva: comprender y transformar las relaciones amorosas en una terapia de enfoque emocional  
*Susan Johnson*



**11. Comunicación de las emociones y desarrollo de la autonomía y la intimidad dentro de la terapia familiar**

*Dan Hughes*

Referencias

# Introducción

*Diana Fosha, Daniel J. Siegel y Marion Solomon*

**ESTAMOS PROGRAMADOS** para conectar con los demás, y lo hacemos a través de las emociones. Nuestro cerebro, nuestro cuerpo y nuestra mente son inseparables de las emociones que los animan. Las emociones se encuentran en el nexo entre el pensamiento y la acción, el yo y los demás, la persona y el entorno, la biología y la cultura. *Emoción* es un término que tiene muchas connotaciones, desde el modo como nos «sentimos» hasta el modo en que nuestras vidas se integran en el tiempo. Algunas emociones concretas son el amor, la alegría, el dolor, el miedo, la ira, la gratitud, la pena, el cariño, la cercanía, el asombro, el remordimiento, la excitación, la agonía, la pasión y la compasión. En un extremo del espectro, encontramos estados emocionales como la impotencia, el terror, la desesperación y la inmovilidad; en el otro, la fe, el entusiasmo, la curiosidad, la ternura, la maravilla estética, el éxtasis, la sabiduría, el asombro, la vitalidad e incluso la transcendencia.

Vivimos en una época apasionante de cambios de paradigma y de fronteras emergentes. La revolución de la neurociencia que ya ha transformado nuestro campo ha revelado la primacía del afecto en la condición humana. La Serie Norton sobre Neurología Interpersonal, de la que este libro forma parte, documenta esta revolución. Este libro integrador y al mismo tiempo transdisciplinario refleja y amplía el cambio de paradigma.

Paralelamente, en el campo de la psicoterapia, el centro de la acción terapéutica ha empezado a desplazarse de los modelos que favorecen la cognición (y, por consiguiente, las intervenciones de arriba hacia abajo) hacia los modelos que reivindican la primacía del afecto arraigado en el cuerpo. Estas terapias basadas en la experiencia o «de abajo hacia arriba» consideran que la percepción es el *resultado*, más que el agente, del cambio terapéutico; mantienen que cuanto más profunda es la *parte inferior* (en la evolución, en el cuerpo, en el cerebro), más alta es la *parte superior* y, no por casualidad, más efectivo y eficaz es el tratamiento. Los tratamientos centrados en la emoción y las manifestaciones somáticas de los procesos psicológicos, antaño marginados, están siendo considerados de nuevo. Además, las crecientes evidencias que prueban la plasticidad del cerebro a lo largo de la vida están empezando a influir no sólo en nuestras técnicas y en nuestra efectividad, sino que también están empezando a dar vida a nuestras esperanzas y ambiciones terapéuticas.

Del mismo modo que los acontecimientos emocionalmente traumáticos pueden

desgarrar el tejido de la psique individual y las familias, las emociones también pueden actuar como potentes catalizadores para la sanación. Como la emoción, la sanación también está adquiriendo más respetabilidad científica. Estamos empezando a comprender que la sanación es un proceso con sus propios fenómenos y mecanismos característicos, que debe dilucidarse por derecho propio, y que las emociones están en su núcleo.

¿Cómo regulamos la emoción de manera saludable? ¿Cómo promovemos un entorno conducente a su prosperidad y reciprocidad, la comunicación y la resonancia, la salud óptima y la efectividad en la acción, la resiliencia y las relaciones afectivas? ¿Cómo hacerlo sin terminar inundados y abrumados? ¿Cómo podemos usar la emoción para reparar y sanar, para crecer y aprender? ¿Cómo usamos la emoción para reparar las rupturas causadas por la emoción? Estas cuestiones, centrales en nuestro trabajo clínico, se exploran desde diferentes perspectivas en los capítulos siguientes.

Este libro proporciona los fundamentos conceptuales para una *terapéutica clínica basada en la experiencia*, reforzados con la neurociencia y la investigación sobre el desarrollo. Aunque los diferentes colaboradores (neurocientíficos, científicos del desarrollo y clínicos) operan en campos distintos, todos comparten ciertas hipótesis sobre la primacía de la emoción, la importancia de una relación comprometida y empática para la regulación y el procesamiento de la emoción, y el valor de los modelos experimentales de tratamiento que priorizan la experiencia arraigada en el cuerpo. Y aunque cada autor se centre en una parte del conjunto, todos seguimos hablando del mismo elefante. Teniendo en cuenta la abrumadora variedad de puntos de vista sobre la emoción, la resonante sincronía de las partes y la coherencia del todo es estimulante. Escuche lo que dice el físico Richard Feynman:

¿Qué extremo está más cerca de Dios, si se me permite usar una metáfora religiosa, la belleza y la esperanza, o las leyes fundamentales? Creo que lo correcto, naturalmente, es decir que *lo que debemos considerar es la interconexión estructural completa de la cosa*, y que todas las ciencias, y no sólo las ciencias, sino todos los esfuerzos de tipo intelectual, son un intento de ver las conexiones entre las jerarquías, de conectar la belleza con la historia, conectar la historia del hombre con la psicología humana, la psicología humana con el funcionamiento del cerebro, el cerebro con el impulso neuronal, el impulso neuronal con la química, y así sucesivamente, *hacia arriba y hacia abajo, en ambos sentidos*. Y hoy no podemos (y sería inútil pensar que sí podemos) dibujar minuciosamente una línea desde un extremo de esta cosa hasta el otro, porque no hemos hecho más que empezar a ver que existe esta jerarquía relativa. Y no pienso que ningún extremo esté más cerca de Dios (1965, p. 125, cursivas añadidas).

A continuación se describe la trayectoria con la cual intentamos manejar «la interconexión estructural completa de la cosa» que llamamos *emoción*, no sólo «hacia arriba y hacia abajo, en ambos sentidos» sino también de izquierda a derecha, en ambas

direcciones. En los capítulos de este libro, *hacia abajo* significa en la profundidad del cerebro (tronco encefálico, sistema límbico) y el cuerpo, el *medio* implícito, es donde se vive la vida (en el desarrollo, en la vida diaria, en la psicoterapia) y donde las emociones «actúan», para lo bueno (salud) y para lo malo (psicopatología). *Hacia arriba* se refiere a los ámbitos a los que aspiramos cuando hablamos de sanación, bienestar y las actividades y cualidades de estar bajo los auspicios de nuestras mejores y más flexibles naturalezas. Porque, al fin y al cabo, «la emoción humana no consiste sólo en los placeres sexuales o el miedo a las serpientes. También está en el horror de presenciar el sufrimiento y la satisfacción de ver que se hace justicia, en el deleite ante una sonrisa sensual [...] o en la gran belleza de las palabras y las ideas de los versos de Shakespeare, en [...] cualquier pieza de Mozart, de Schubert y en la armonía que Einstein buscaba en la estructura de una ecuación» (Damasio, 1999, pp. 35-36).

Los primeros seis capítulos de este libro proporcionan la base neurocientífica y evolutiva del enfoque clínico basado en la experiencia arraigada en las emociones y en el cuerpo. Los cinco capítulos siguientes han sido escritos por clínicos, y sus contribuciones a la comprensión de la emoción son resultado de su trabajo clínico con individuos, parejas y familias.

Empezamos con las emociones como herramientas ancestrales para la vida (capítulo 1), y luego examinamos cómo, mediante la comunicación bidireccional entre el cerebro y el cuerpo, las emociones son reguladas mediante el sistema nervioso autónomo. En el capítulo 1, Jaak Panksepp describe los principales elementos del sistema, los siete *detonantes emocionales*, como él los llama, los sistemas motivacionales conductuales principales que están en el centro de lo que nos anima: búsqueda, miedo, ira, deseo, cariño, pánico (estrés por separación) y juego. Son las partes constituyentes, no aprendidas, no secundarias, «pre-sintácticas», que no dependen en absoluto de la experiencia, de la cognición, de nuestra experiencia fundamental ni de nuestra adaptación. En la vitalidad de las emociones, Panksepp encuentra un correctivo para los males sociales y considera el juego vigoroso como algo esencial para el bienestar de nuestros hijos. Antes de terminar de conectar «hacia arriba y hacia abajo, en ambos sentidos» ofrece algunas reflexiones sobre la identidad, el yo interior y algunas definiciones neuropsiquiátricas del alma.

Desde las regiones subcorticales del sistema nervioso central (SNC), donde se originan esos sistemas bioconductuales que compartimos con nuestros compañeros mamíferos, pasamos al sistema nervioso autónomo (SNA) y al cuerpo: evolutivamente hablando, damos un paso hacia *abajo* (hacia los reptiles) y un paso hacia *arriba* (hacia lo específicamente humano) con la teoría polivagal de la emoción de Steven Porges (capítulo 2). Vamos hacia *abajo* (hacia el tronco encefálico, los órganos viscerales) para entrar en contacto con el legado de nuestros ancestros reptilianos en la activación del complejo vagal dorsal bajo condiciones de amenaza vital; y damos un paso hacia arriba hacia los aspectos evolutivamente más nuevos del sistema nervioso parasimpático, el complejo vagal ventral, y la activación del sistema de interacción social bajo condiciones de seguridad. El trabajo de Porges deja claro que el modo en que interactuamos con los

demás, incluso la respuesta emocional (por ejemplo, agresividad o juego) evocada en nosotros no puede considerarse independientemente de la *neurocepción* diferencial, es decir, de la percepción de la situación por parte del sistema nervioso. Esta valoración programada de seguridad o amenaza determina qué aspecto del SNA (el antiguo parasimpático, el simpático o el nuevo parasimpático) se conecta para mediar en la experiencia emocional.

A continuación, vemos cómo entran en juego estos elementos en desarrollo y cómo operan a lo largo de la vida. Mientras que Panksepp y Porges se centran en los sistemas emocionales detonantes y en su regulación en el cerebro y el cuerpo, los científicos del desarrollo Colwyn Trevarthen y Ed Tronick nos muestran la riqueza y la complejidad neurobiológica de los bebés y sus relaciones con sus cuidadores y compañeros. La primacía de la revolución de los afectos y la orientación de abajo hacia arriba de las terapias basadas en la experiencia encuentran su evidencia en el desarrollo, ya que van de la mano con la revolución que rescató a los niños de las hipótesis de pasividad e inexpresividad. La investigación sobre el desarrollo nos muestra a los niños como seres fundamentalmente activos dotados de una inteligencia suprema, con talento y gusto por las interacciones significativas, a partir de las cuales su cerebro y su cuerpo están programados para ponerse en marcha desde literalmente su primer día de vida.

En el capítulo 3, Trevarthen describe cómo operan las emociones en todas las esferas de la actividad humana y cumplen varias funciones. Las muestra como fuerzas para la intersubjetividad saludable que está en el centro de la sanación de no sólo nosotros mismos como individuos, sino también de nuestras relaciones e incluso de nuestra cultura. Bajando hasta la historia de la neurofisiología y la evolución y subiendo hasta la comunidad y la cultura, para Trevarthen la emoción permite a las personas participar en la música y la danza de la interrelación hacia el establecimiento de un compañerismo solidario y la transmisión del valor de la comunidad de los seres humanos a lo largo de la vida, el alcance superior del empeño humano. Tronick (capítulo 4) considera fundamental la creación de significado, y a nosotros nos considera criaturas que buscamos ese significado desde nuestro nacimiento y a lo largo de nuestra vida. Define el significado como la coherencia y la organización a cualquier nivel de «la interconexión estructural de la cosa» (neurofisiológica, cognitiva, relacional o emocional) por parte del individuo, de la diada o presumiblemente del grupo. Conecta hacia arriba y hacia abajo a través de la psicofisiología relacional de la comunicación emocional en las diadas, ya sea entre el niño y el cuidador o entre el paciente y el terapeuta. Los estados coordinados diádicamente y complementarios del SNA producen los estados expandidos de conciencia que alcanzamos como resultado de estas interacciones coordinadas realizadas mediante la comunicación emocional; cuando van bien, se amplifica la resonancia y cada miembro de la diada se transforma.

De vuelta al SNC, empezamos primero lateralmente para explorar las aportaciones de los hemisferios derecho e izquierdo en la regulación de las emociones. Allan Schore (capítulo 5) se centra en el papel crucial del hemisferio derecho, especialmente de la corteza orbitofrontal derecha, en la regulación de la emoción generada subcorticalmente y

en la activación de su SNA. Teniendo en cuenta la primacía del hemisferio derecho en la regulación de la emoción y del apego, Schore trata la importancia de regular la activación simpática de las «emociones vehementes», término de Pierre Janet (1889) que captura el carácter intensamente urgente de las emociones desreguladas. Cuando no está soportada por una matriz de apego (a causa de un trauma o un abandono), la activación simpática que caracteriza estas emociones supera las capacidades regulatorias del individuo y desencadena la desconexión mediada de forma parasimpática de la disociación como un mecanismo de supervivencia. Schore describe que captar las dinámicas del apego en la situación terapéutica para regular la emoción puede poco a poco convertir la disociación en gradual y maximizar la efectividad de las capacidades regulatorias de la emoción del individuo.

Seguimos nuestro recorrido neurobiológico centrándonos en las estructuras integradoras, tanto subcorticales como corticales, donde los mecanismos que el desarrollo óptimo y el cambio terapéutico intentan activar se encuentran en primer plano.

La integración está en el centro de cómo Daniel Siegel interpreta la emoción. En el capítulo 6, considera el potente papel de la corteza prefrontal en la integración transformadora que considera que es la emoción. El discurso de Siegel destaca cómo las relaciones humanas forman y nutren los circuitos autorreguladores que permiten que la emoción enriquezca, en lugar de esclavizar, nuestra vida. Su discurso nos lleva al campo de la conciencia plena, una herramienta probada en los tratamientos experienciales para la regulación de la emoción. Siegel nos da una descripción detallada de las cualidades de la coherencia (conectada, abierta, armónica, comprometida, receptiva, emergente, noética, compasiva y empática), de la complejidad y la fluidez de la salud y del bienestar óptimos (los mismos procesos y cualidades que las terapias experienciales pretenden activar y hacer emerger).

De camino desde el cuerpo y el tronco encefálico hasta el sistema límbico y hasta la corteza prefrontal también encontramos otros fenómenos y procesos importantes para entender de forma completa la emoción. Entre éstos, se incluyen los fenómenos de la resonancia y las neuronas espejo (capítulos 3, 4, 6), fenómenos que reflejan las contribuciones de la ínsula, del cíngulo anterior y de las cortezas temporales y parietales en las integraciones vitales entre el cuerpo, la emoción y el entorno (capítulos 1, 2, 5, 6). Exploramos algunas ideas neurobiológicas preliminares sobre la base integrada y afectiva del yo interior, que según la hipótesis de Panksepp están «concentradas en las regiones centrales del cerebro medio como la sustancia gris periacueductal y se ramifican mediante el núcleo del tronco encefálico superior hasta las regiones mediales del cíngulo/frontal», y posiblemente implicadas en los procesos de reconocimiento a través de los cuales las transformaciones emocionales se asimilan en el yo (ver a continuación Fosha y capítulo 7).

En este punto, nuestra conversación nos lleva hasta el laboratorio clínico, donde se aplican las ideas anteriores sobre las emociones, el cerebro y el cuerpo en desarrollo y en las relaciones al servicio de la sanación. En los capítulos clínicos siguientes se presentan casos detalladamente. La psicoterapia dinámica experiencial acelerada (AEDP, por sus

siglas en inglés) de Fosha, la psicoterapia sensorimotora de Ogden, el trabajo con parejas basado en el apego y la neurobiología de Solomon, y la terapia familiar centrada en el apego de Daniel Hughes son terapias que implican el seguimiento continuo de la experiencia emocional con base somática y percibida subjetivamente en el contexto de la relación intersubjetiva y basada en el apego, y todas reflejan la integración en acción de los fenómenos y los procesos dilucidados por los neurocientíficos y los científicos del desarrollo.

El trabajo de Diana Fosha se centra en la transformación basada en la emoción y en la energía y la vitalidad que el procesamiento experiencial vehemente de las emociones proporciona al individuo (capítulo 7). Observando que el proceso de la sanación basada en la emoción está marcado, momento a momento, por unos marcadores somático/afectivos invariablemente positivos, y que la transformación no es sólo un resultado deseado, sino también una experiencia y un proceso, describe las fases del proceso transformacional: desde la desregulación (su *hacia abajo*) hasta el procesamiento primero de las emociones y luego de la experiencia transformacional, hasta la tranquilidad del estado interior (su *hacia arriba*). Elucida una nueva fenomenología de la experiencia transformadora, constituida por vitalidad-afectos, experiencias afectivas receptivas, afectos de sanación y estado interior.

Pat Ogden, que también trabaja con adultos, nos muestra brillantemente que el cuerpo es un potente recurso para la regulación de la emoción. En esta regulación, es básica la capacidad de transformar las estrategias de regulación de la activación del SNA comprometidas trabajando dentro y en los márgenes de la ventana de tolerancia a los afectos. Considera la acción intrínseca en la emoción y en la sensación y explora la importancia de la acción y del movimiento para la motivación y la vitalidad, un tema también explorado por Trevarthen. Nos muestra sistemáticamente cómo trabajar con las tendencias relacionadas con el trauma y con el apego, distinguiendo las emociones y las sensaciones y definiendo la superposición en los procesos de abajo hacia arriba. El trabajo de Ogden ilustra los usos clínicos de la teoría polivagal de la emoción de Porges y muestra que la capacidad de juego entusiasta y flexible concretamente y del afecto-tolerancia expandido más generalmente son una culminación del éxito terapéutico.

En el capítulo 9, Marion Solomon reflexiona sobre la neurobiología del apego en las parejas y nos muestra la psicofisiología relacional en acción forjando un vínculo fisiológico, ya sea entre los miembros de la pareja que acude a terapia o entre el terapeuta y la pareja. Solomon analiza minuciosamente tanto el nivel de activación de cada miembro de la pareja como sus propias experiencias somáticas, fomentando al mismo tiempo una actitud consciente hacia las emociones. Además, demuestra que los recientes hallazgos sobre la neuroplasticidad pueden contribuir no sólo a la regulación de los sistemas nerviosos de las personas traumatizadas, sino también a la sanación de las relaciones. Regular y volver a regular la emoción puede cambiar el cerebro y, por extensión, nuestros antiguos patrones tóxicos de comportamiento, y cuando se obtienen unas condiciones seguras, puede transformar a los «enemigos íntimos» en «parejas íntimas» de nuevo.

En el capítulo 10, Susan Johnson describe el enorme poder transformacional de las emociones, que se puede aprovechar para reparar los daños en el apego. En el trabajo de Johnson, la emoción del amor, que ya no es territorio exclusivo de poetas y místicos, aterriza de lleno en la ciencia del apego y la emoción. Al igual que a Fosha, a Johnson le interesa la fenomenología de las emociones asociadas con las diferentes fases de transformación. Al trabajar con parejas, esto implica pasar de las emociones secundarias rígidas que las parejas usan para llevar a cabo su guerra (y protegerse a sí mismas) a las emociones primarias horrorosas asociadas con la pérdida o el abandono, a las «moderaciones» mediadas por la oxitocina y la aparición de la ternura y la compasión. Estas emociones de apego «suaves» primarias no sólo curan las heridas del apego, sino que también unen más a la pareja y hacen que la vida valga la pena.

La terapia familiar basada en el apego de Daniel Hughes completa nuestra trayectoria (capítulo 11). Tras observar que trabajar con la emoción en la terapia familiar es distinto que hacerlo en una terapia individual (es decir, el objeto de la emoción está presente), se centra en fomentar la *comunicación* constructiva de la emoción (en lugar de su expresión). Hughes describe la profunda regulación que las cualidades intersubjetivas pueden aportar a la comunicación emocional entre los miembros de una familia. Y en realidad, la empatía, la alegría, la aceptación y la curiosidad (elementos de su enfoque terapéutico) ayudan a reparar las disrupciones y a sanar los traumas de los niños y de sus padres y también los traumas entre ellos. Además permiten momentos mágicos «de absorción», momentos sanadores de las emociones en los que se forjan nuevas maneras de estar juntos.



1

# Sistemas emocionales cerebrales y cualidades de la vida mental

*De los modelos de afectos animales a las implicaciones para la psicoterapia*

*Jaak Panksepp*

**LAS EMOCIONES BÁSICAS SON** poderes fundamentales de la mente humana de suma importancia tanto para la salud mental como para los trastornos mentales. Está claro que todos los cerebros de los mamíferos heredan distintas disposiciones emocionales como herramientas ancestrales para vivir. Estos sistemas, incluyendo los de la BÚSQUEDA, el MIEDO, la IRA, el DESEO, el CARIÑO, el PÁNICO (estrés por separación) y el JUEGO son de crítica importancia para generar los estados afectivos del proceso primario (estados psicológicos básicos como el interés/deseo urgente, la ansiedad, la ira, el erotismo, el cariño, la tristeza y la alegría).

Estos poderes emocionales fundamentales de la mente, que van estrechamente unidos a una variedad de estados corporales y de sistemas de activación cerebral no específicos (por ejemplo, la norepinefrina y la serotonina), generan simultáneamente tendencias emocionales distintas así como estados de sensaciones en bruto que rápidamente se vinculan con una serie de acontecimientos del mundo mediante el condicionamiento clásico y otros mecanismos de aprendizaje básicos. Cuando estas antiguas fuerzas emocionales del cerebro humano se vuelven tempestuosas (se desregulan más allá de nuestro entendimiento), pueden aparecer problemas psicológicos abrumadores. En los seres humanos, las desregulaciones emocionales van siempre acompañadas de «material» cognitivo, mezclado con atribuciones, reflexiones y todo tipo de esperanzas, planes y preocupaciones. Cuando las cogniciones se mezclan con la emocionalidad del proceso primario, ya no se pueden distinguir claramente las emociones y las cogniciones afiliadas. De hecho, muchos psicólogos las consideran como parte del mismo proceso psicológico. No es una elección científica sensata, porque los afectos emocionales del proceso primario inicialmente son tendencias de respuestas *sin condicionar*, «sin objeto», neuroevolutivas y basadas en los afectos que emergen de unas regiones inferiores del cerebro muy antiguas, mientras que prácticamente todas las cogniciones humanas están minuciosamente *condicionadas* por las experiencias vitales y los procesos de lenguaje situados en las regiones cerebrales neocorticales superiores. Por consiguiente, las cogniciones corticales y las activaciones emocionales subcorticales deben distinguirse si queremos entender cómo al final el cerebro las mezcla formando conjuntos mentales interactivos. Desde mi punto de vista, el constructivismo social y las perspectivas de las emociones básicas pueden coexistir, e incluso prosperar, dentro de las

complejidades del cerebro, el cuerpo y el mundo (Panksepp, 2007c).

La neurociencia de los afectos ha demostrado que el proceso primario, las *energías emocionales preproposicionales*, tienen una mente propia, una forma antigua de conciencia de los fenómenos que precedió al lenguaje y a los pensamientos humanos sofisticados unos cientos de millones de años de tiempo evolutivo. Son las «energías» mentales que describo en este capítulo, y considero cómo se pueden abordar en la práctica psicoterapéutica al servicio de una mejor regulación de los afectos.

La comprensión de cómo la *emoción del proceso primario* puede enriquecer o hacer descarrilar la vida humana es esencial para el progreso científico en todos los tipos de psicoterapia, así como en la generación de una nueva base neurocientífica para la psiquiatría y la psicoterapia. Una comprensión neurobiológica de las tormentas afectivas del proceso primario (perturbaciones del *yo interior*, Northoff y Panksepp, 2008; Panksepp y Northoff, 2008) es sumamente importante no sólo para orientarnos en el desarrollo de nuevas perspectivas psicoterapéuticas, sino también para nuevos desarrollos terapéuticos (Panksepp, 2006; Panksepp y Harro, 2004). Como ya he resumido las cuestiones neurocientíficas básicas y las estrategias de la neurociencia de los afectos varias veces (más recientemente en Panksepp, 2007c, 2008a), mi principal objetivo aquí es presentar algunas ideas que puedan llevarnos hacia nuevas terapias de equilibrio afectivo, terapias basadas en la experiencia que puedan complementar las tradiciones terapéuticas consolidadas como la conductual cognitiva, la interpersonal y la psicoanalítica.

## Antecedentes instintivos de las entidades psicológicas del proceso primario

Estamos finalmente en una época en la que los investigadores más aplicados coinciden con la profunda creencia de Freud en los cimientos biológicos de la psique, pero no necesariamente con las metapsicologías psicoanalíticas de Freud, con todo su bagaje conceptual, construido creativamente a partir de observaciones clínicas limitadas y culturales. Actualmente, los debates más interesantes en la psiquiatría y la psicoterapia emergen de nuevas fronteras interdisciplinarias: (1) la neurociencia social del desarrollo (Schore, 2003a; Siegel, 1999; Stern, 2004); (2) un neuropsicoanálisis emergente (Solms y Turnbull, 2003); (3) una neurociencia de los afectos humana y animal (Panksepp, 1998a), y (4) nuevas perspectivas visionarias sobre las regulaciones del sistema nervioso autónomo que deben integrarse de forma coherente con procesos cerebrales superiores (ver Porges, capítulo 2 de este libro). Estos eruditos están peleando no sólo con la naturaleza afectiva de la mente humana, sino también con la naturaleza profunda emocional del cerebro de los mamíferos. Ahora está claro que los valores afectivos se integran en el sistema nervioso como derechos naturales y no como valores éticos y morales, que emergen epigenéticamente de los paisajes del desarrollo.

La correcta visión de las emociones básicas debería a la larga transformar nuestra concepción de la naturaleza humana y de los trastornos emocionales, nuestras visiones de la conciencia interior y de la regulación de los afectos, la naturaleza de las relaciones de los objetos y las maneras de alcanzar la homeostasis emocional mediante cambios terapéuticos y de estilo de vida. Esta síntesis no se puede lograr sin una adecuada visión fundacional de cómo *los afectos y la emoción del proceso primario* se organizan en el cerebro, y cómo todo esto se relaciona con la enorme plasticidad cognitiva del cerebro de los mamíferos (Doidge, 2007), especialmente la enorme plasticidad del cerebro humano inducida por la cultura. El sistema emocional y otros sistemas afectivos residen en el núcleo de estas plasticidades.

La única razón por la que se ha considerado comúnmente que las cogniciones lideran el camino es debido a muchos profesionales de la ciencia cognitiva y, por lo tanto, la mayoría de las psicoterapéuticas todavía deben asimilar la evidencia sobre los sistemas emocionales del cerebro a partir de los principios básicos de la neurociencia de los afectos. Este sesgo, en parte, es un residuo del conductivismo, una ciencia muy incompleta que muchos han rechazado ahora por su «externalista» mentalidad estrecha y cerrada, con sólo una piedra preciosa que ofrecer a la psicoterapia: la modificación del comportamiento basada en una nueva disposición de las contingencias de refuerzo, en el contexto de una visión no coherente, incluso un rechazo del interior afectivo de la mente de los mamíferos. Sin embargo, la visión externalista sigue sesgando el pensamiento cognitivo en este campo y llevando a unas concepciones continuadas de los organismos como máquinas «pasivas» de tratamiento de la información, basadas en la asociación. Lo que puede ofrecer ahora una psicología neuroevolutiva profunda, basada en una neurociencia de los afectos entre varias especies, es una alternativa más realista, una

visión «activa» del organismo en la que todos los mamíferos están dotados de procesos emocionales neurológicos ricos experimentados internamente. (Para una elaboración minuciosa de estas cuestiones, ver Northoff y Panksepp, 2008, y Panksepp y Northoff, 2008, una visión que destaca que los conceptos de los organismos activos deben sustituir las visiones de «tratamiento de información» pasivas de la ciencia conductual y cognitiva). Podemos avanzar hacia nuevas direcciones con el conocimiento de las emociones del proceso primario; en concreto, los procesos cerebro-mente que constituyen las complejidades neuroafectivas que residen bajo esas sobresimplificaciones conductuales llamadas «recompensas», «refuerzos» y «castigos» (Panksepp, 2005b) y que guían las construcciones sociales y las reconstrucciones clínicas de las mentes humanas.

Dan Siegel lo dice claramente en el prefacio de la síntesis de Louis Cozolino (2002) sobre los enfoques clínicos y neurocientíficos de la mente humana: los clínicos, decía, se sumergen «en las historias de las personas que van en busca de ayuda para sentirse mejor. [...] Sea cual sea el enfoque, el cambio terapéutico duradero se produce como resultado de cambios en la mente humana [...] que implican cambios en las funciones del cerebro. Cómo cambia la mente durante el proceso terapéutico es exactamente el puzle fundamental que la síntesis de la neurociencia y la psicoterapia pretende resolver» (p. xx). En mi opinión, uno de los aspectos científicos más críticamente importantes del puzle sobre cómo cambia la mente durante el proceso terapéutico es cómo genera el cerebro humano las *sensaciones emocionales del proceso primario*. Aquí exploro cómo la comprensión de estas cuestiones fundamentales puede ayudarnos a construir unas terapias de equilibrio afectivo más efectivas que incluyan cómo interactúan los afectos integrados con los procesos cognitivos y las condiciones del cuerpo, y cómo el crecimiento personal y la remodelación mental se pueden lograr mediante intervenciones psicológicas y somáticas.

Aunque la psicoterapia ha intentado tradicionalmente abordar más el laberinto cognitivo-emocional de la vida de las personas, algunos revolucionarios han intentado recentrar el debate hacia las cuestiones relacionadas con los afectos (Fosha, 2000, 2001 y capítulo 7 de este libro). Exploro cómo estos modelos terapéuticos pueden integrarse en nuestra comprensión emergente de los principios emocionales universales en los que se basa el cerebro de los mamíferos. Mientras que la psicoterapia debe obviamente seguir tratando de manera realista las vidas vividas por los individuos, finalmente estamos entrando en una época en la que las visiones afectivas del cerebro de los mamíferos basadas en la evidencia pueden permitirnos comprender los *procesos afectivos-emocionales, universales, transversales en los mamíferos* que pueden aportar una base científica para nuevas terapias orientadas hacia los afectos y hacia el cuerpo. Al empezar a asimilar la neurodinámica de la emoción del proceso primario, también podemos considerar nuevas variantes de las terapias de equilibrio afectivo (ABT, por sus siglas en inglés; ver a continuación).

# La emoción como una herramienta ancestral heredada para la vida

Por razones de espacio, aquí sólo describiré algunas cuestiones clave relativas a la neurociencia de los afectos (para un tratamiento más detallado, ver Panksepp, 1998a, 2005a).

Mi objetivo es destacar cómo las emociones del proceso primario en el cerebro y la mente humanos han (1) sido ilustradas mediante modelos animales sobre los sistemas emocionales básicos basados en la evolución, (2) han proporcionado nuevos fundamentos para la ciencia psiquiátrica y psicológica y (3) pueden proporcionar nuevas ideas para el desarrollo de nuevas intervenciones biológicas y psicoterapéuticas. Entre las cuestiones clave que analizo, figuran: ¿cómo se crea la experiencia afectiva bruta en el cerebro? ¿Cuál es la relación entre los cambios mentales de estas experiencias afectivas y los trastornos emocionales? ¿Cuáles son las implicaciones de este conocimiento para lograr la homeostasis emocional, una mayor sensación de bienestar y una visión más saludable de la vida?

Las estrategias actuales más efectivas para llegar a la naturaleza esencial de los sentimientos emocionales reconocen que los procesos afectivos preproposicionales pueden, al menos en las primeras fases de desarrollo, existir en el cerebro con independencia de las enormes complejidades del aprendizaje, así como de los procesos cognitivos asociados con los que siempre interactúan más adelante en la vida real. En su estado en bruto, en el proceso primario, se han estudiado mejor en modelos animales en los que se puede realizar un trabajo neurocientífico detallado.

En cambio, el estudio de los seres humanos es fundamental para caracterizar los aspectos cognitivos-afectivos de la mente que se desequilibran durante las tormentas afectivas provocadas por los desequilibrios emocionales del proceso primario. Al entender la naturaleza neurobiológica de nuestro aparato cognitivo, que desde un punto de vista dinámico y de desarrollo está construido a partir de las experiencias vitales, estamos más preparados para comprender cómo podemos deshacer la programación defectuosa, parte de la cual se ha convertido en la parte epigenética del *hardware* inadaptado del cerebro. Aquí, consideramos que las «cogniciones» son esas funciones de procesamiento de la información que están íntegramente relacionadas con los portales sensoriales y perceptuales de la mente, mientras que las «emociones y afectos» en bruto reflejan algunos de los principios de organización más importantes dentro del cerebro para comprender los poderes de nuestra mente ancestral. Mientras que los aspectos cognitivos están más relacionados con la programación evolutiva de cada individuo, las emociones y los afectos en bruto representan nuestras herramientas antiguas y heredadas para vivir.

Se pueden conocer fundamentalmente los sentimientos emocionales-afectivos básicos a partir del estudio de nuestros circuitos emocionales animales, todos los cuales se concentran a nivel subcortical. Los modelos animales han demostrado definitivamente que todos los sistemas operativos emocionales básicos están organizados en las regiones

subcorticales preproposicionales y precognitivas profundas. Esto significa que las herramientas emocionales en bruto para sentir y para vivir no se crean mediante las experiencias vividas, aunque pueden ser conformadas por éstas. Cuando nacemos, somos «tontos» cognitivamente. Las emociones simplemente nos permiten actuar y sentir de varias formas distintas, sin contener ningún conocimiento intrínseco sobre cómo está organizado el mundo actual.

Son recuerdos ancestrales, soluciones satisfactorias para vivir codificadas en sistemas cerebrales dictados genéticamente. La relación entre estas herramientas emocionales en bruto, proporcionadas por la Madre Naturaleza, y los acontecimientos del mundo tiene una enorme importancia para las vidas vividas: en ocasiones la relación es suave y eficiente, promoviendo la salud mental, y en ocasiones es caótica e inefectiva, promoviendo entonces la confusión mental.

En otras palabras, los procesos emocionales en bruto, cuando nacemos, están mínimamente conectados con el ajetreo de los acontecimientos del mundo. Sólo hay unas pocas «señales-estímulo» evolutivas para iniciarlos, como el dolor, la promoción del miedo y la frustración de la búsqueda, lo cual promueve la ira. Gradualmente se van conectando con experiencias personales detalladas cognitivamente. En otras palabras, la mayoría de las «relaciones con los objetos» de los sistemas emocionales con los acontecimientos del mundo deben aprenderse, de modo que existe una gran variedad de procesos emergentes que pueden variar sustancialmente de una persona a otra en el desarrollo de su personalidad. En aquellos que han tenido la suerte de crecer en entornos tempranos comprensivos y de fomento de la salud mental, las relaciones que emergen con el mundo son sumamente adaptativas. Entre aquellos cuyas «relaciones con los objetos» han aparecido en medio de varios afectos negativos, habrá patrones aprendidos que pueden alterar el flujo suave de la vida durante ésta. Reintegrando unas mejores relaciones con los objetos en el contexto de las ABT, las personas pueden adueñarse progresivamente de su propia dinámica afectiva-emocional, en lugar de que sea esta dinámica la que los domine.

Actualmente, las cuestiones cognitivas relevantes psicoterapéuticamente son más escurridizas que nuestra comprensión de las emociones básicas. Podemos alcanzar fácilmente momentos de claridad terapéutica en medio de las sesiones clínicas para terminar viendo cómo rápidamente este proceso desaparece cuando los clientes, por sí solos entre sesiones, regresan a sus antiguos hábitos cognitivos-afectivos. Esto es debido a que cada una de las emociones del proceso primario ha esclavizado grandes territorios cognitivos para sus propios intereses. El dominio absoluto que los sistemas emocionales centrados en sí mismos pueden tener sobre los procesos cognitivos puede ser abrumadoramente robusto. La «reconsolidación» de los recuerdos afectivos-cognitivos debe ser el principal objetivo de la terapia. Como describo al final de este capítulo, también se puede consolidar el cambio terapéutico si aprendemos a infundir el cambio emocional-cognitivo terapéutico más directamente desde la dinámica corporal rica en afectos hasta el proceso o la reestructuración de la mente.

Para tener éxito a largo plazo, debemos poder aportar una nueva armonía en los

afectos y las cogniciones, usando estrategias terapéuticas que aborden directamente los procesos afectivos del proceso primario en el ámbito de la regulación de los afectos y de la reestructuración afectiva-cognitiva, en lugar de sólo las representaciones cognitivas secundarias y terciarias de estos procesos. La salud mental, a la larga, se basa en que una persona, mediante ricos encuentros de afirmación de las emociones con la vida, haya integrado su vida de una forma en la que las estructuras emergentes del yo, profundamente afectivas (Northoff y Panksepp, 2008; Panksepp, 1998b; Panksepp y Northoff, 2008), puedan adoptar un rumbo cognitivo satisfactorio a través de las futuras selvas emocionales de las vidas vividas.



## Comprender mejor la vida afectiva humana a través de modelos animales

Los cerebros humano y animal son entidades estructuradas funcionalmente, desarrolladas en capas evolutivas, en las que los aspectos fundacionales inferiores de la mente limitan los trayectos de desarrollo de los aspectos cognitivos superiores que varían considerablemente entre las diferentes especies y entre las diferentes trayectorias de desarrollo. Aunque todas las capas son interactivas, con muchas interconexiones neuronales y psicológicas entre las regiones cerebrales superiores e inferiores, los principios básicos de la organización emocional subcortical son tan sorprendentemente similares en todos los mamíferos que se pueden realizar traducciones creíbles a partir de la investigación sobre el cerebro en estos sistemas en los modelos animales, en principio de gran importancia para la comprensión de la mente humana. Esto no significa que no haya abundantes diferencias en los detalles finos entre las especies, sino que se pueden extraer unos principios generales, en el sentido de que se pueden identificar unas dinámicas psicoconductuales compartidas y los códigos neuroquímicos subyacentes.

Es un hecho científico, *y no una mera conjetura*, que la investigación del cerebro animal ha revelado una serie de sistemas emocionales comunes a los mamíferos. Estos sistemas emocionales, mayoritariamente concentrados en las estructuras mediales del cerebro –desde la sustancia gris periacueductal del cerebro medio, a través de las regiones mediales del diencefalo (hipotálamo y tálamo) hasta el núcleo del cerebro anterior basal, pasando desde el núcleo del lecho de la estría terminal, el área preóptica, el septo, y los ganglios basales (por ejemplo, el núcleo accumbens) hacia la amígdala, la ínsula y varias estructuras del lóbulo frontal medial (incluyendo la corteza del cíngulo anterior, la corteza orbitofrontal y la corteza prefrontal medial)– están muy presentes en la génesis de varios trastornos emocionales o clínicos (Panksepp, 2004b, 2006). La amígdala *no* es el centro de nuestra emocionalidad. Todas las estructuras anteriores son especialmente importantes para nuestras diferentes activaciones emocionales-afectivas.

¿Cómo sabemos que existen estas redes emocionales ejecutivas centrales para la emoción? Podemos activar varias respuestas emocionales instintivas simplemente mediante la estimulación eléctrica de las mismas regiones cerebrales subcorticales en todos los mamíferos que se han sometido a estas pruebas. Del mismo modo, los modelos animales etológicos de las emociones han confirmado desde hace tiempo la existencia de al menos siete sistemas emocionales básicos. Estos enfoques confirman que todos los sistemas emocionales básicos se concentran en regiones subcorticales homólogas del cerebro (Panksepp, 1998a, 2005a). Por consiguiente, existen tres líneas de evidencia sumamente importantes:

- En primer lugar, el análisis etológico de los patrones naturales de comportamiento ha demostrado desde tiempos inmemoriales (incluyendo el excelente análisis y síntesis de Darwin [1872/1965]) que los mamíferos presentan una serie de patrones emocionales de comportamiento que son sorprendentemente similares

- entre las especies de mamíferos, incluidos los seres humanos.
- En segundo lugar, la mayoría de nuestro conocimiento funcional sobre los sistemas subyacentes se ha obtenido a partir de estudios basados en la estimulación eléctrica del cerebro (ESB, por sus siglas en inglés) y en la estimulación química del cerebro (CSB, por sus siglas en inglés). Se puede sugerir una gran variedad de patrones emocionales de comportamiento muy similares mediante la aplicación de la ESB y la CSB dentro de regiones neuronales específicas, que han sido estudiadas *intensamente* sólo en mamíferos no humanos. Esto no significa que existan «centros» de las emociones, sino que hay lugares específicos (puntos «dulces» y «amargos» en el cerebro) en los que las redes subyacentes ampliamente ramificadas se pueden activar para provocar cambios globales y coherentes del estado emocional en todos los mamíferos, así como en las aves y los reptiles (aunque la base de datos no es tan rica como en el caso de los mamíferos).
  - En tercer lugar, estos sistemas no son ni «módulos» con información encapsulada ni meros sistemas de «producción» conductual (como algunos constructivistas sociales siguen afirmando; Barrett, 2006). En lugar de eso, son sistemas integrativos emocionales teñidos afectivamente que interactúan con muchos procesos cerebrales superiores e inferiores. Ni los animales ni los seres humanos tienen activaciones neutras. Los animales se acercan (y conectan) o evitan (o desconectan) estos cambios de estado centrales. Estas conclusiones, con la necesaria resolución psicológica, se han confirmado en los seres humanos, básicamente en la época de la psicocirugía (en los seres humanos se pueden inducir cambios afectivos, estrechamente relacionados con el tipo de activaciones emocionales instintivas vistas en los animales; Heath, 1996; Panksepp, 1985). El hecho de que ahora tengamos una forma científica creíble de comprender cómo se engendran los afectos emocionales en bruto en el cerebro tiene muchas implicaciones, no sólo para el desarrollo de nuevas formas de psicoterapia, sino también para una nueva sistemática psiquiátrica todavía no institucionalizada en documentos como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Panksepp, 2004a, 2006).

Consideremos brevemente los siete sistemas emocionales básicos que han sido sólida y consistentemente confirmados por la neurociencia de los afectos entre las especies. Son la BÚSQUEDA, el MIEDO, la IRA, el DESEO, el CARIÑO, el PÁNICO y el JUEGO. Estos sistemas emocionales se nombran en mayúsculas básicamente para minimizar las falacias mereológicas (es decir, las confusiones entre la parte y el todo), pero también para destacar que se trata de sistemas cerebrales específicos. Las mayúsculas se usan para indicar a los lectores que estos detonantes emocionales pueden ser sistemas cerebrales *necesarios* para estos tipos de conductas y sensaciones emocionales, aunque no son en absoluto *suficientes* para las manifestaciones cognitivas-emocionales de orden superior que pueden surgir de estos sistemas implicados en actividades del mundo real.

Estos sistemas hacen que los organismos sean «agentes activos» en el mundo: animales que buscan la interacción y que comprenden los acontecimientos del mundo afectivamente relevantes en lugar de ser simplemente pasivos robots conductuales de estímulo-respuesta o de procesamiento de información (de nuevo, encontrará una descripción detallada de estos sistemas en Panksepp, 1998a, 2005a).

Permítame que me centre en los 7 Grandes empezando con el sistema de BÚSQUEDA, el sistema emocional más intrigante y más generalizado (del cual todo el resto de sistemas emocionales puede depender para sus propios asuntos). Este sistema sigue siendo muy poco reconocido en la mayoría de las teorías psicológicas, en parte porque está implicado en todos los procesos motivacionales. Ha sido llamado erróneamente «sistema de recompensa del cerebro» por algunos conductualistas poco interesados en la naturaleza de las emociones. Como hemos comentado en varias ocasiones, «sistema de recompensa del cerebro» es un concepto que lleva a confusión (Ikemoto y Panksepp, 1999). Sí, la leve activación del sistema de BÚSQUEDA resulta especialmente agradable, pero esta sensación agradable no es en absoluto una gratificación consumatoria. Es el epicentro del entusiasmo de la vida, gran parte del cual consiste en la persecución de recompensas. Quizás el sistema de BÚSQUEDA debe activarse para todas las actividades altamente educativas y psicoterapéuticas.

1. **Sistema de BÚSQUEDA/Deseo** (para ver las revisiones más recientes, ver Alcaro y col., 2007; Panksepp y Moskal, 2008). ¿Dónde estaríamos (nosotros u otros animales) si no tuviéramos un «explorador» activo dentro del cerebro para encontrar recursos, hacer nuevos descubrimientos y servir como base para prácticamente todas las aspiraciones libidinosas del corazón humano? El sistema de BÚSQUEDA media en el deseo apetitivo; es decir, el deseo de encontrar, consumir y en ocasiones acaparar los frutos del mundo. Está formado por varios sistemas químicos, pero el que proporciona el mayor empuje psicoconductual para el sistema y, por consiguiente, el que mejor sirve para destacar su anatomía, es el sistema dopamínico mesolímbico que emerge del área tegmental ventral (ATV) y se proyecta a través del hipotálamo lateral hacia el núcleo estriado ventral, especialmente el núcleo accumbens, el tubérculo olfatorio y hacia arriba hasta las regiones corticales mediales. Este «sistema motivacional apetitivo» dinamiza nuestras interacciones con el mundo a medida que buscamos cosas en el entorno y significado a partir de lo que nos ocurre cada día de nuestra vida. Ahora también podemos reconocer este sistema como un substrato fundacional principal para el concepto de *conato* de Spinoza: un sistema que dinamiza nuestras «intenciones en acciones».

Los animales terminan «deseando» autoactivar (autoestimular) este sistema de maneras adictivas. La activación del sistema es «gratificante». Prácticamente todas las drogas adictivas (especialmente los psicoestimulantes) y los comportamientos adictivos (por ejemplo, la ludopatía, el sexo o escuchar música de manera compulsiva) proporcionan un empuje motivacional y un deseo de la parte

dopaminérgica de este sistema de BÚSQUEDA motivado de forma positiva. Aunque la información cognitiva sumamente determinada desciende hasta este sistema, las neuronas dopamínicas del ATV transmiten un único mensaje: comportarse con el apetito activado, de maneras orientadas a los objetivos, cada vez más enfocados hacia las pistas del entorno que predicen las recompensas así como la seguridad en situaciones peligrosas.

Estudios recientes indican que este sistema contribuye sustancialmente a los vínculos socio-sexuales y sentimientos amorosos, incluso a un entusiasmo musical. En lugar de ser el sistema de «recompensa», se conceptualiza mejor llamándolo «sistema de bienestar». Las diferentes interacciones del sistema de BÚSQUEDA con las regiones cerebrales superiores determinan el grado hasta el que los sistemas básicos de control del estado emotivo pueden relacionarse con los sistemas cognitivos que median en los procesos de aprendizaje secundarios y de pensamiento terciarios, llevando a la larga a la concienciación y a valoraciones meditadas. Es mejor activar este sistema en todas las formas de psicoterapia, ya que constituye un sustrato generalizado para todos los otros procesos emocionales, desde el establecimiento de vínculos sociales libidinosos hasta la búsqueda de seguridad en situaciones peligrosas.

2. **Sistema MIEDO/Ansiedad** (para consultar una revisión reciente, ver Panksepp, 2004a). Un sistema de MIEDO básico, notablemente similar en todos los mamíferos, ofrece una función de centinela para alertar al organismo de todo tipo de peligros que amenazan la integridad del cuerpo y de la propia vida. El núcleo de este sistema interconecta las regiones amigdalares centrales a través de las vías amigdalofugales ventrales (VAFV) con las regiones hipotalámicas anterior y medial, y luego con la materia gris periacueductal (MGP).

A lo largo de la trayectoria de este sistema transhipotalámico, las respuestas de paralización y de huida se pueden desencadenar mediante ESB localizadas, acompañadas por unas activaciones autónomas adecuadas. La actividad en este sistema es la respuesta no condicionada que media en el condicionamiento clásico del miedo, con posturas de inmovilización cuando la activación del sistema es modesta, y con una huida intensa cuando la activación es más fuerte. Estas funciones divergen en el cerebro medio, donde la huida (un estado putativo de dopamina elevada) es mediada por las estructuras de la MGP dorsales, mientras que la paralización (quizás un estado de dopamina baja) se elabora más ventralmente dentro de la MGP. El estado afectivo asociado de temblores y trepidación nerviosa, especialmente cuando es desencadenado por el dolor físico, en seguida se asocia con muchos acontecimientos del mundo, con contextos específicos codificados en el hipocampo y señales más discretas, como las arañas y las víboras, a través de la amígdala lateral (LeDoux, 1996). Las personas a las que se han estimulado estas mismas regiones cerebrales indican sentirse engullidas por una intensa ansiedad generalizada que no parece tener ninguna causa en el entorno. Este sistema genera pura trepidación, el «miedo en sí» que el presidente Roosevelt señaló cuando

recorrió el país para luchar contra la Segunda Guerra Mundial con el eslogan «Lo único que debemos temer es el miedo en sí».

Este sistema es especialmente importante para la promoción de los trastornos de ansiedad generalizados, los trastornos neuróticos y las fobias específicas. Es posible producir los síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT) simplemente estimulando repetidamente este sistema, que lleva a lo que Bob Adamec ha llamado la «permeabilidad límbica», donde los menores estímulos desarrollan la capacidad de desencadenar síntomas de TEPT totalmente desarrollados (Adamec y Young, 2000). Hay un puñado de neuropéptidos en este sistema que es un potencial objetivo para el desarrollo de nuevas medicaciones para la ansiedad y los traumas (Panksepp y Harro, 2004; Panksepp y col., 2007), que actualmente incluyen la colecistoquina y antagonistas de la sustancia P así como la cicloserina y los corticosteroides, que pueden modular el reafianzamiento de la memoria (Adamec y Young, 2000; De Quervain, 2008).

3. **Sistema de RABIA/Ira** (para consultar revisiones recientes, ver Panksepp y Zellner, 2004; Siegel, 2005). Según lo que sabemos, este sistema es la principal fuente de las sensaciones de ira, de forma muy similar al sistema del MIEDO, pero con diferentes matices. Por ejemplo, en la amígdala, las áreas corticomediales elaboran la rabia mientras que las áreas basolaterales median el miedo; asimismo, los componentes de la RABIA descienden a través de las VAFV. Se ha descubierto que la activación de algunos de estos sitios provoca ataques repentinos de ira en los seres humanos (por ejemplo, Sano y col., 1970). Normalmente, la ira se activa inmediatamente con la restricción y la frustración, especialmente cuando los organismos no obtienen lo que BUSCAN y desean. Este sistema suele estar entrelazado con el sistema del MIEDO, con el cual probablemente actúa de manera recíproca durante los encuentros sociales agonísticos. Como sucede con el resto de los sistemas emocionales básicos, los procesos corticales superiores, especialmente en los lóbulos frontales, pueden aportar inhibición, dirección y otras formas de regulación cognitiva sobre este deseo impulsivo, provocando irritabilidad, odios y resentimientos a nivel interno.

Muchos problemas emocionales resultan de la inhibición de la ira. La irritabilidad agresiva también está sumamente desregulada en el trauma, tanto en términos de agresividad inapropiada hacia los demás como dirigida internamente hacia uno mismo. Por ejemplo, cuando los niños son menospreciados, ignorados, sufren abusos sexuales o son maltratados físicamente, estas atrocidades domésticas generan una ira intensa e irritabilidad, a menudo hacia los cuidadores, pero también a menudo hacia ellos mismos. Obviamente, los niños traumatizados deben ser rescatados de sus entornos inadaptados para que cualquier intervención terapéutica pueda funcionar. En el momento adecuado, estos niños deben reintroducirse poco a poco en una base social segura, con muchas risas y la ALEGRÍA de la vida (ver a continuación). Estos afectos positivos pueden ayudar automáticamente a reducir las heridas emocionales a largo plazo infligidas por los abusos.

A la inversa, la experiencia y la expresión ocasional de ira, de forma regulada, pueden ser muy adaptativas y dar lugar a sensaciones de capacitación, de asertividad y a una sensación general de dominio. Las terapias afectivas que permitan la expresión honesta de los impulsos de la ira pueden ayudar a sentar las bases para el aprendizaje de unas estrategias de regulación mejores.

4. **Sistema del DESEO/Sexual** (ver Plaff, 1999). En todos nosotros existe un sistema hedonista central. Los deseos sexuales tienen robustos sustratos instintivos. Las redes del DESEO, ligeramente diferentes en los hombres y en las mujeres, están vinculadas con las ganas de BÚSQUEDA para proporcionarnos cierto empuje libidinoso específico para cada género. En general, la amígdala medial y el área preóptica son especialmente importantes en el caso del deseo masculino, con abundancia de neuropéptidos como la vasopresina en el núcleo de este sistema. En cambio, la sexualidad femenina está más regulada por los circuitos de oxitocina que tienen su origen en las regiones del cerebro anterior basal y del hipotálamo anterior, que se proyectan mucho en el hipotálamo medial para la fase consumatoria del comportamiento sexual femenino, aunque la fase apetitiva es más probable que sea facilitada por las ganas de BÚSQUEDA de dopamina. Mientras que los seres humanos pueden ejercitar una extensa contención de estas ganas debido al poder de sus mecanismos cognitivos superiores, la mayoría de los animales no sigue estos mandatos culturales. Esto significa que en las sociedades humanas los impulsos eróticos suelen impedirse especialmente, bloqueando el flujo libre de las «energías» libidinosas.

En cualquier caso, los sistemas sexuales de cada género se establecen, bajo influencias específicas de las hormonas gonadales, muy pronto en el desarrollo, antes de que nazcan los bebés, pero este potencial no se activa por completo hasta la pubertad, cuando se secretan en abundancia las hormonas gonadales para activar unos reguladores sexuales específicos que promueven unos deseos intensos, aunque ligeramente distintos en hombres y en mujeres. La testosterona promueve la transmisión de vasopresina, que puede intensificar la asertividad sexual masculina así como los celos (Panksepp, en prensa), mientras que los estrógenos promueven la transmisión de oxitocina en el cerebro y la receptividad típicamente femenina. Debido al modo en que los cuerpos del hombre y de la mujer se organizan durante la gestación, los deseos de tipo masculino pueden florecer en los cerebros femeninos y los deseos de tipo femenino pueden prosperar en los cerebros masculinos. Estos circuitos peptidérgicos están implicados en la sexualidad humana y en la homosexualidad, y se «encienden» drásticamente durante los orgasmos humanos (Holstege y col., 2003).

Obviamente, en los trastornos psiquiátricos, los problemas de la libido son generalizados, pero en lugar de ser un problema primario suelen verse como síntomas subsidiarios, excepto en ciertas patologías como la pedofilia. La necesidad de agentes farmacológicos específicos para la modulación de la libido sigue siendo importante en esta época en la que disponemos de medicaciones para las

disfunciones eréctiles, con casi ninguna disponible aún para las disfunciones de la libido (por ejemplo, un deseo anormalmente bajo).

5. **Sistema de CARIÑO/Afecto** (para un completo resumen neurocientífico, ver Numan e Insel, 2003). Los bebés mamíferos no sobrevivirían a menos que sus madres fueran unas sinceras y devotas «constructoras del nido»; los padres generalmente tienen menos ansias de CARIÑO en su cerebro y, por lo tanto, están menos motivados a proporcionar cuidados. Estos sistemas están muy representados en las regiones del cíngulo anterior, hacia abajo, hacia las regiones preópticas cercanas, luego hacia el ATV, donde las interacciones con los mandatos de BÚSQUEDA basados en la dopamina ayudan a que se unan a la urgencia del propósito maternal. Los instintos de afecto materno, activados antes del nacimiento por mareas cambiantes de hormonas (más estrógenos, prolactina y oxitocina y menos progesterona) ayudan a la madre a prepararse para la llegada del bebé, sensibilizando su cerebro para garantizar que la interacción con el recién nacido proporcione un deleite especial. La oxitocina y la prolactina son especialmente importantes para generar el contacto mantenido necesario para los cuidados afectivos y la lactancia, así como para promover una actitud de seguridad y confianza en las capacidades de la madre. Quizás todos estos cambios pueden conceptualizarse como una mayor «confianza en uno mismo» (Panksepp, 2009).

Como con todas las emociones, existe cierta variabilidad en la intensidad y la dedicación de las energías de CARIÑO resultantes de la fuerza emocional global y de la resiliencia del cuidador. Los patrones de cariño más intensos, como el abundante lameteo anal-genital en las ratas, facilitan la resistencia al estrés psicoconductual y mejoras cognitivas-emocionales en la descendencia (Szyf, McGowan y Meaney, 2008). Las sustancias neuroquímicas del cuidado materno, especialmente una secreción elevada de oxitocina, facilitan un estado maternal que facilita unos vínculos fuertes con la descendencia, cambios cerebrales que son fundamentales para el amor afectivo.

El potencial de agentes como la oxitocina aplicada intranasalmente para mejorar algunas variantes de la depresión, especialmente la depresión posparto, y la promoción de un estado de ánimo prosocial, deben ser evaluados. Es posible que, a largo plazo, las desregulaciones en la motivación afectiva contribuyan a varios endofenotipos emocionales en una futura psiquiatría biológica basada en los síntomas afectivos.

6. **Sistema de PÁNICO o de PENA/AFLICCIÓN**. Cuando los niños pequeños se pierden, entran en estado de PÁNICO porque poseen un circuito de angustia por separación, una fuente importante de *dolor psíquico*. Gritan pidiendo ayuda, y su sensación de soledad repentina y su aflicción reflejan los códigos neuronales ancestrales del sistema de angustia por separación a partir del cual se construye la tristeza y la pena en los adultos. Así, en la mayoría de nosotros reside un robusto Poeta Triste (actitudes existenciales de cariño). El dolor intrapsíquico de la pérdida social emerge, en parte, de los sistemas cerebrales que median en los llamamientos

por angustia de la separación (llanto). Las sustancias químicas cerebrales que exacerbaban las sensaciones de aflicción (por ejemplo, el factor de liberación de la corticotropina) y los que alivian potentemente la aflicción (por ejemplo, los opiáceos cerebrales, la oxitocina, la prolactina) son muy importantes en la génesis de los apegos sociales y quizás en la regulación del afecto depresivo (Nelson y Panksepp, 1998; Watt y Panksepp, 2009). Estos sistemas son similares al sistema de CARIÑO en gran medida, ya que las madres necesitan mecanismos de detección automáticos para cuando los cuidados son necesarios con mayor urgencia. De nuevo, las áreas del cíngulo anterior, el septo ventral y el área preóptica dorsal, así como el núcleo del lecho de la estría terminal, el tálamo dorsomedial y la MGP juegan un papel importante en la generación de la tristeza, la pena y el llanto (Herman y Panksepp, 1981; Panksepp y col., 1988).

Cuesta imaginar cómo podría la terapia aportar resultados satisfactorios sin la presencia de una sensación de calidez, apego y cariño entre el clínico y el cliente. Si los terapeutas no pueden asumir una postura interpersonal en la que puedan sintonizarse con el dolor psíquico del cliente, nunca podrá haber una sensación de confianza tan sumamente importante para el contacto sanador (la base del efecto placebo tan exitoso clínicamente) en la mente del cliente. Sin ello siempre habrá un resto de sospecha de manipulación, en comparación con una situación de aceptación profunda que abre las puertas al cambio, a los sentimientos de redención y de salvación, sin transferencia narcisista, que deben residir en el núcleo de toda interacción terapéutica. La actitud del CARIÑO (una orientación verbal cariñosa mediante las posibilidades afectivas de la vida) es fundamental para la postura empática que es esencial para la terapia.

El CARIÑO y el PÁNICO/PENA/angustia de separación presentan la doble cara de los apegos sociales profundos, y será interesante ver cómo sus sustancias químicas compartidas, especialmente la oxitocina y los opiáceos endógenos, pueden usarse terapéuticamente a largo plazo. Son las sustancias químicas que actualmente tienen más probabilidades de aumentar o reducir nuestra capacidad de crear espacios intersubjetivos con los demás. El uso medicinal de estas sustancias químicas sociales puede permitir un día a los clínicos potenciar selectivamente los sentimientos emocionales prosociales capaces de promover el progreso terapéutico. Muchos de nosotros estamos esperando a ver si el hecho de suplementar las situaciones terapéuticas con actividades que alimenten afectivamente puede promover la liberación de opiáceos endógenos y de oxitocina, pero también si la suplementación con estas hormonas (por ejemplo, oxitocina intranasal antes de una sesión terapéutica, quizás tanto en el terapeuta como en el cliente) podría mejorar el flujo terapéutico permitiendo a ambos trabajar más efectivamente en los momentos intersubjetivos presentes.

La activación precipitada del sistema de angustia por separación puede ser una de las causas subyacentes de los ataques de pánico (Panksepp, 1998a; Preter y Klein, 2008). Nuestro conocimiento sobre la psicobiología de los apegos sociales,



que en gran medida ha emergido del trabajo sobre esas sustancias neuroquímicas, también se está relacionando con el conocimiento preliminar de trastornos infantiles como el autismo. Algunos niños puede que estén distantes socialmente en parte porque son adictos a los opiáceos liberados por ellos mismos a diferencia de los activados por las personas allegadas (Panksepp, Lensing, Leboyer y Bouvard, 1991).

Aunque el dolor psíquico inducido por el aislamiento social está generalizado en muchos trastornos psiquiátricos, el sistema emocional del PÁNICO destaca como principal vector, muy por encima de los demás, en un síndrome psiquiátrico: la depresión, con sus diferentes variantes. Al final, el dolor por la pérdida social, tanto si se trata de la pérdida de mamá cuando somos pequeños como de la pérdida del estatus social cuando somos mayores, abre la puerta a la depresión. La sensación crónica de soledad cuando los vínculos sociales se han echado a perder está presente en muchos síndromes psiquiátricos, y la desesperación que suele producirse tras la fase inicial de protesta aguda es la que generalmente va unida a la pérdida de apoyo social o de estrés crónico, lo cual pone en marcha muchos síntomas de la depresión (Watt y Panksepp, 2009). Nuestro conocimiento sobre las sustancias químicas básicas del cerebro social apenas ha empezado a influir en la práctica psiquiátrica. Por ejemplo, los «opiáceos seguros», como el agonista/antagonista del receptor opioide mu mixto, merecen un papel más destacado en la práctica psiquiátrica (Bodkin y col., 1995). Estos temas deberían estar en primera línea cuando la psiquiatría empiece a debatir de nuevo la naturaleza de los endofenotipos emocionales del cerebro y la naturaleza de los afectos básicos (Panksepp, 2006).

Aunque actualmente disponemos de muchos estudios sobre los comportamientos de miedo, se presta atención al condicionamiento del comportamiento tipo ansioso, pero se habla poco del circuito del MIEDO subyacente. Aunque ha habido algunos intentos de relacionar estos datos con algunos trastornos psiquiátricos como los ataques de pánico (Busch y Milrod, 2004), se suele olvidar que, en las personas con trastornos de ansiedad, lo que reside en el centro de sus problemas clínicos es la sensación interna de tensión y de afecto negativo persistente. Sin embargo, el afecto negativo que va unido al pánico se presenta de varias formas, lo cual sugiere que en los trastornos de pánico se deben considerar como mínimo dos tipos de procesos subyacentes diferentes. El ataque de pánico en sí es una desconexión precipitada de las comodidades del mundo diario, en que se abre un «agujero negro» debajo de la persona y su sensación de seguridad queda temporalmente destruida, a menudo de forma limitada en el tiempo a medida que se despliega la tormenta emocional. Muchas personas simplemente ven esto como una respuesta de miedo repentina; una visión alternativa es que esta sensación precipitada de incomodidad surge de la activación repentina del sistema de PÁNICO/angustia de separación (Busch y Milrod, 2004). Según esta visión no tradicional, el sistema de MIEDO estaría ampliamente implicado en la generación de

la ansiedad anticipatoria que empieza a rellenar el tiempo entre ataques de pánico sucesivos. Cuando la gente empieza a angustiarse ante la posibilidad de sufrir ataques de pánico de forma impredecible, sufre ansiedad crónica. Por consiguiente, aunque la sensación de pánico pueda ser debida más al sistema del PÁNICO/angustia de separación, la ansiedad anticipatoria probablemente sea más debida a la activación sostenida del sistema del MIEDO (Panksepp, 2003; Preter y Klein, 2008).

Si esta visión es correcta, entonces los modelos animales y las terapias clínicas deben aclarar la diferencia entre estos dos estados de ansiedad. ¿Tienen orígenes diferentes en el cerebro? ¿Cómo interactúan? ¿Qué debe hacerse con cada tipo de desregulación? Con más conocimientos, podremos educar a los clientes sobre cómo gestionar mejor sus detonantes inhabituales en sus sistemas emocionales. Por ejemplo, quizás cuando está a punto de empezar un ataque de pánico, una respiración lenta, rítmica y profunda, junto con una expresión activa concurrente de una dinámica alegre de movimientos, podría abortar el ataque inminente (ver a continuación las posibles ABT). Entonces, saber qué podemos hacer para minimizar la ansiedad anticipatoria sostenida que oscurece crónicamente la vida de la persona puede ser una cuestión muy diferente. Quizás el ejercicio físico junto con prácticas meditativas o de conciencia plena podría ayudar a minimizar estos problemas de estado de ánimo, y permitir a las personas aprender a autogestionar sus ataques de pánico. Obviamente, el papel de las diferentes medicaciones en el control de cada persona debe mantenerse siempre en mente (Preter y Klein, 2008) por si las maniobras psicoterapéuticas resultan menos efectivas de lo deseado.

7. **Sistema de JUEGO.** En todos nosotros hay un bromista. Y gracias a Dios, porque así el juego puede estar en el trabajo –incluyendo, potencialmente, el trabajo psicoterapéutico–. Estas redes del cerebro han sido las revelaciones más recientes de la neurociencia de los afectos. Cabe señalar que el neocórtex no es necesario para este deseo emocional, como tampoco es necesario para ninguna de las otras emociones del proceso primario (Panksepp, Normasell, Cox y Siviy, 1994). Sin embargo, cada vez está más claro que el juego tiene efectos muy destacables en la corteza, programándola para que sea completamente social, siempre y cuando las energías del juego se utilicen bien (Panksepp, 2008b). El núcleo del sistema del JUEGO está dentro de las zonas mediales del tálamo (el área parafascicular, rica en opiáceos, es especialmente importante; Siviy y Panksepp, 1987), igual que los sistemas de dopamina ascendentes, que parecen ser íntegramente importantes para la alegría de la risa (Burgdorf y col., 2007).

Es una bendición que el deseo de juego social –de una interacción física alegre con otras personas– no fuera dejado al azar por la evolución, sino que esté integrado en el aparato de acción instintiva del cerebro de los mamíferos. Aunque los circuitos del JUEGO no se han determinado mediante estimulación cerebral de un modo tan completo como los otros detonantes emocionales, se ha podido determinar un componente tipo risa en un modelo en roedores (Burgdorf y col., 2007).

El juego es probablemente un proceso expectante de experiencias que lleva a los animales jóvenes al perímetro de su conocimiento social, a lugares psíquicos en los que deben aprender sobre lo que pueden y no pueden hacerse mutuamente. El juego permite a los animales integrarse en sus estructuras sociales de maneras efectivas pero cordiales. Los animales jóvenes interactúan físicamente entre sí para navegar por las posibilidades sociales de manera asertiva y alegre. Aunque muchas actividades de juego consisten en enérgicas persecuciones, saltos y peleas, sólo indica que los animales jóvenes ejercitan su potencial de dominio social a través del intercambio social positivo. Los animales jóvenes comunican inmediatamente lo mucho que disfrutan con estas actividades, parcialmente con vocalizaciones de juego (por ejemplo, los chillidos de 50 Hz en ratas) que también pueden ser inducidas cuando se les hace cosquillas. Recientemente hemos retado a nuestros colegas a considerar que la «risa» alegre, tan habitual en el juego humano, también existe en otras especies (Burgdorf y Panksepp, 2006; Panksepp y Burgdorf, 2003; Panksepp, 2007b).

Yo sugeriría que cualquier terapeuta que pueda capturar el momento terapéutico en episodios de juego mutuamente compartidos habrá llevado a su cliente hasta las puertas de una vida feliz. Siempre y cuando el cliente pueda mantenerse allí, tanto mental como físicamente, el terapeuta le habrá ofrecido uno de los mayores regalos emocionales que la psicoterapia, especialmente la terapia infantil, puede proporcionar jamás. Al final de este artículo, vuelvo a hablar brevemente de este sistema emocional más alegre del cerebro que se expresa con tanta riqueza en las dinámicas corporales que, quizás, son el fundamento de la danza. Debe ocupar un espacio muy especial en las terapias corporales, desde la infancia hasta la vejez.

## Emociones de orden superior

Obviamente, hay muchos otros afectos básicos, desde la repugnancia hasta los placeres dulces, del hambre a la sed, pero se los considera concretamente afectos sensoriales y homeostáticos, no *emocionales*. Las sensaciones emocionales son las que figuran de manera más prominente en la génesis de los trastornos psiquiátricos. También existe un puñado de emociones construidas socialmente, desde la culpa a los celos pasando por el remordimiento, que surgen de la interacción del sistema emocional básico con el aprendizaje y con procesos culturales y cognitivos superiores (procesos secundario y terciario; para ver más sobre los celos, ver Panksepp, en prensa). Todas tienen sus raíces en los detonantes emocionales, pero luego adoptan su forma a partir de experiencias vitales concretas más que de cualquier epistemología evolutiva conocida existente en nuestras redes cerebrales dictadas genéticamente.

Muy brevemente, la visión de la neurociencia de los afectos con respecto a la generación de afectos en el cerebro está dinámicamente relacionada con los repertorios de acciones instintivas intrínsecas de los sistemas emocionales del cerebro. Puede ser un camino de doble sentido. Podemos utilizar las expresiones explícitas y voluntariamente activadas de nuestras acciones emocionales para modificar nuestro estado de ánimo, la fuerza más afectiva que podemos generar (Panksepp y Gordon, 2003). ¿Seremos capaces de usar estas «energías», especialmente las emociones positivas (BÚSQUEDA, DESEO, CARÍÑO y ciertamente las dinámicas de JUEGO) conjuntamente con la reestructuración cognitiva para consolidar el cambio terapéutico? ¿Podrían utilizarse para ayudar a reconsolidar los recuerdos aversivos para que los recuerdos que generan estrés sean sustituidos por unos más adaptativos y afectivamente agradables?

La visión cognitiva prevalente de la mente permanece claramente incompleta sin los afectos. Una creencia común entre los expertos con una orientación cognitiva, aunque no así entre los terapeutas que tratan con vidas humanas trastornadas, es que estar asustado (estado derivado de la sensación básica de miedo) es consecuencia del modo en que piensa la gente. Ésta es la parte más obvia de la dinámica cognitiva-afectiva. La alternativa que casi nunca consideran, a la que cada clínico debe hacer frente, es que las sensaciones de MIEDO, RABIA y PÁNICO tienen su propia mentalidad, una conciencia afectiva en bruto, que interactúa con la conciencia cognitiva y puede pisotearla. Las fuerzas internas de ansiedad pueden reestructurar el aparato cognitivo de manera que las personas afectadas ya no pueden convocar el poder de sus ganas universales de BÚSQUEDA y los afectos sociales positivos, desde el CARÍÑO afectivo hasta el JUEGO alegre, que abren las ricas posibilidades de una vida profundamente inquisitiva, satisfactoria y saludable. Una razón por la que la desensibilización y el reprocesamiento a través de movimientos oculares (EMDR) puede funcionar (Bisson y col., 2007) es porque pone en movimiento un deseo de BÚSQUEDA exploratorio que puede ayudar a reestructurar el modo en que se ha solidificado el trauma en el cerebro. Por ejemplo, los movimientos oculares indagadores y otros movimientos exploratorios similares pueden permitir la promoción de reconsolidaciones terapéuticas porque el sistema de

BÚSQUEDA exploratorio está bien diseñado para depositar nuevos recuerdos, y porque cada estado emocional activado puede ejercer imponentes influencias sobre las reestructuraciones cognitivas. Esto es lo que los enfoques de ABT futuros pueden intentar maximizar.

Los afectos del proceso primario son señales internas que indican las diferentes zonas intrínsecas de comodidad e incomodidad en la vida. Estos afectos positivos y negativos indican la presencia de una serie de entornos que *fomentan* y *dificultan* la vida. A través de nuestros afectos, podemos aprender más sobre estas condiciones de vida estando conectados con los acontecimientos del mundo real. El objetivo de la terapia debe ser restaurar el aprecio saludable por las condiciones mentales y medioambientales que promueven el bienestar. Diría que los clientes a menudo experimentan un alivio enorme cuando se les educa sobre sus detonantes emocionales, a diferencia de cuando son dominados por ellos. El mero acto de aprender sobre ellos como antiguas herramientas evolutivas para la vida puede quitar un gran peso de encima a sus mentes afligidas. Una mejor comprensión de nuestras antiguas energías emocionales nos permitiría manejar las sensaciones preocupantes del cerebro y desarrollar unos hábitos cognitivos que ayudarían a generar unos sentimientos más positivos.

Debemos preocuparnos por el estado actual de la psiquiatría biológica y los enfoques neurocientíficos sobre los trastornos psiquiátricos, donde las diferentes experiencias afectivas con demasiada frecuencia se excluyen del debate activo sobre qué pasa dentro del cerebro-mente durante los problemas psiquiátricos. Así, el conocimiento de las dinámicas de la acción emocional instintiva del cerebro proporciona (1) una forma científica de comprender cómo se generan los procesos afectivos del proceso primario en el cerebro (un tema extensamente debatido en otras obras: Panksepp, 2005a, 2005b, 2008c), y (2) una forma de considerar cómo podemos convocar estas dinámicas corporales en las psicoterapias experimentales, afectivas y de orientación corporal. Por ejemplo, podríamos considerar incluir ejercicios emocionales muy básicos, como una risa «pura» simulada, dentro de las intervenciones terapéuticas (Panksepp y Gordon, 2003). Estas ABT pueden constituir una forma basada en la evidencia de modificar las sensaciones emocionales, y usar estas actitudes afectivas facilitadas terapéuticamente como base para reestructurar las dinámicas cognitivas con las cuales las personas pueden enfrentarse al mundo con más confianza y un mejor conocimiento global de los principios universales que subyacen tras la generación y la regulación de los estados emocionales-afectivos.

## Epistemología de los afectos emocionales

Las cogniciones no son la única vía hacia los afectos emocionales. Las dinámicas corporales emocionales están más entremezcladas con los afectos básicos del cerebro. La localización subcortical del sistema emocional básico ha quedado claramente confirmada por el hecho de que los investigadores pueden eliminar quirúrgicamente todo el neocórtex en el nacimiento de varios animales experimentales, los cuales crecen como criaturas aparentemente normales en cuanto a sus conjuntos básicos de energías emocionales. Muestran deseos de explorar y comportamientos de búsqueda, miedo, ira, deseo, cariño materno y ganas de jugar. Esto último es especialmente sorprendente (Panksepp y col., 1994), ya que el juego físico es un comportamiento muy flexible dinámicamente. Este tipo de daño cerebral, infligido a adultos, seguramente impediría este tipo de comportamientos de forma más grave, probablemente porque estas ganas se vuelven a representar cognitivamente en el cerebro, hasta el punto en que parece no haber distinción entre emociones y cogniciones. La retención de las tendencias afectivas básicas es también evidente en los seres humanos jóvenes que carecen de las regiones superiores del cerebro (Shewmon y col., 1999). Lo que este estudio implica es que podemos trabajar más directamente con las sensaciones emocionales mediante las dinámicas corporales que con los *inputs* cognitivos.

## Terapias de equilibrio afectivo

Los rudimentos emocionales de la mente son básicamente biológicos. El principio rector es que los afectos en bruto emergen de redes neuronales de gran tamaño que generan comportamientos emocionales instintivos, en lugar de regiones cerebrales superiores relacionadas entre sí que median en la conciencia cognitiva de nuestra existencia. Como estas dinámicas subcorticales (funciones de redes análogas a gran escala) son la fuente de la vida emocional, puede ser útil para los psicoterapeutas considerar más claramente la naturaleza de estas energías psíquicas para manejarlas más efectivamente en las interacciones terapéuticas. Cada sistema emocional se puede evaluar antes y durante la terapia, por ejemplo con la Escala de Personalidad Afectiva Neurocientífica (Davis y col., 2003).

Las sensaciones emocionales van de la mano de las dinámicas de acción emocional y constituyen unas variedades afectivas diferentes de la experiencia mental. Las dinámicas afectivas resultantes tienen una sensación corporal identificable como estados fenomenológicos-experienciales primordiales que llamamos «conciencia afectiva» (Panksepp, 2005b). Aunque estas dinámicas emergen de las redes cerebrales subcorticales que compartimos con otros animales, podrían convocarse más efectivamente en entornos psicoterapéuticos, especialmente en las terapias experienciales afectivas y las de orientación corporal, para ayudar a modular directamente el modo en que experimentamos emocionalmente el mundo. Cuando aprendemos a expresar estas dinámicas emocionales creativamente con todo nuestro aparato corporal, podemos lograr controlar y explorar más nuestras sensaciones emocionales básicas.

*Entonces, en un sentido neurofenomenológico profundo, ¿qué son las sensaciones emocionales?* Hasta donde sabemos, las sensaciones emocionales surgen de las neurodinámicas a gran escala que establecen las «fuerzas» características y experimentadas mentalmente que regulan y reflejan ciertos tipos de inmediatez en la acción dentro del sistema nervioso. Consideremos brevemente estas dinámicas. Las diferentes dinámicas son evidentes en la dura fuerza de la ira, las escalofrantes sensaciones de miedo, las caricias del amor, el urgente empuje de la sexualidad, los dolorosos pinchazos de la pena, la exuberancia de la alegría y el persistente entremetimiento de los organismos que buscan recursos. Prácticamente, la única forma en que podemos entender cómo el cerebro de los mamíferos genera la experiencia emocional bruta es mediante modelos neurocientíficos practicables (es decir, modelos animales) con los que podamos realizar el necesario trabajo en detalle.

En la ciencia psicológica, se sabe desde hace tiempo que las sensaciones emocionales se pueden inducir simulando acciones emocionales. A menudo esta respuesta se ha estudiado a través de las acciones faciales, pero se pueden lograr efectos incluso más drásticos con dinámicas de cuerpo completo (Panksepp y Gordon, 2003). Cómo aprovechar este control voluntario sobre los estados afectivos en situaciones psicoterapéuticas todavía debe estudiarse sistemáticamente. Parece bastante sencillo hacer que estas energías específicas de los afectos se basen en toda la variedad de

psicoterapias experienciales, afectivas y de orientación corporal, que aquí llamo ABT. Estos ejercicios emocionales sumamente enfocados podrían contribuir fantásticamente a los enfoques psicoterapéuticos sensorimotores (Ogden, Minton y Pain, 2006), lo cual representa una buena oportunidad para educar a las personas sobre los aspectos del proceso primario de sus vidas emocionales.

Convertirnos de este modo en dueños de nuestras dinámicas emocionales debería ayudarnos a construir el camino hacia la homeostasis emocional en diversas situaciones. Realizados a diario, estos ejercicios emocionales pueden reforzar nuestros «músculos emocionales» de formas que contrarresten los efectos de los diferentes traumas del pasado e inoculen nuestros circuitos emocionales contra las adversidades futuras. En este ámbito debe desarrollarse mucha ciencia básica, usando las metodologías adecuadas (por ejemplo, procedimientos de doble ciego) que combinen las intervenciones cognitivas-emocionales con las terapias corporales existentes (Ogden y col., 2006), para evaluar la eficacia de las diferentes técnicas específicas. Estas técnicas deben estudiarse no sólo en el contexto de las intervenciones destinadas a sanar el sufrimiento humano, sino también en términos de autoactualización en el caso de las personas sin problemas urgentes que deseen mejorar su humanidad y salud mental.



## Terapias afectivas basadas en el juego y en el cuerpo

El juego puede ser la fuerza emocional que aportara unos beneficios destacables en la psicoterapia, especialmente con los niños, pero es la más infrautilizada. Existen, obviamente, varias terapias basadas en el juego, pero la mayoría son actividades «divertidas» estructuradas que no guardan parecido con el vigor corporal, la espontaneidad y la creatividad del JUEGO físico «real». Así, existen buenas razones para creer que una de las principales funciones de los circuitos del JUEGO es ayudar a construir cerebros sociales (Panksepp, 2007c, 2008b). La corteza, cuando nacemos, es básicamente una tabla rasa que debe socializarse bajo la influencia de herramientas básicas como el JUEGO físico, que la Madre Naturaleza ha puesto a nuestra disposición para la construcción epigenética del cerebro social. El mejor modo de lograr esta construcción puede ser utilizando el JUEGO para dar forma a las diferentes plasticidades del cerebro de un modo en que se creen unos cerebros sociales bien sintonizados que funcionen de manera óptima en los entornos en los que los animales jóvenes se encuentran en su lucha por madurar. La aflicción psiquiátrica se puede conceptualizar como unas mesas del revés que deben volver a colocarse correctamente, y es poco probable que exista ninguna otra ayuda emocional más fuerte que la contenida en el potencial de alegría del JUEGO.

Si no construimos estructuras sociales que promuevan el alegre juego infantil en nuestros propios hijos, podemos estar promoviendo unas actitudes culturales que faciliten la aparición de problemas como el trastorno del déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Los niños humanos, como las ratas a las que no se proporcionan espacios seguros para ejercitar sus deseos de interacción brusca, desarrollarán una mayor motivación hacia el juego. La probabilidad de que los niños privados de juego se vuelvan alegremente impulsivos dentro del aula aumenta, igual que los diagnósticos de niños con TDAH, los cuales, demasiado a menudo, se ven abocados a tomar psicoestimulantes. Estos fármacos figuran entre los inhibidores más efectivos de las ganas de juego físico. Por otro lado, los modelos animales confirman que la impulsividad tipo TDAH se puede reducir, a la larga, con raciones extra de juego brusco durante el desarrollo precoz (Panksepp y col., 2003).

El juego temprano puede ser esencial para la aparición de habilidades sociales bien moduladas. El uso del juego natural abundante en la primera infancia como forma de reforzar los circuitos de los afectos sociales positivos del cerebro, y por lo tanto quizás no sólo garantizar una buena profilaxis para el TDAH sino también para la depresión, debe investigarse a fondo en estudios socioculturales a gran escala. En otro artículo sugiero el desarrollo de conceptos como los «santuarios del juego» para nuestros niños de 2 a 6 años en edad preescolar (Panksepp, 2007a, 2008b).

Los mismos comentarios son aplicables en los adultos. El juego es una «fuerza» infrautilizada con la que redirigir las vidas maduras hacia caminos afectivos positivos. Primero, está cada vez más claro que la actividad física intensa puede ser un antidepresivo igual de bueno que cualquiera de los medicamentos que disminuyen la

emocionalidad (ver Watt y Panksepp, 2009, para una revisión). En segundo lugar, parece probable que las ganas de juego en los adultos pueda redinamizarse con varios tipos de actividades corporales, desde la danza hasta el deporte, gran parte de ello facilitado por acompañamientos artísticos, como la música y el baile, que parcialmente se diseñan en torno a los impulsos motores rítmicos del cuerpo (Panksepp y Trevarthen, 2008). Los organizadores de maratones, reconociendo el poder de estos facilitadores del ritmo motor, están empezando a prohibir los iPod para que las personas que escuchan música no tengan ventajas injustas sobre los que corren en silencio.

Claramente, la música y otras artes deben incorporarse a todas las terapias que estén claramente relacionadas con el espíritu humano.

El flujo de las actividades cognitivas es considerablemente más dependiente, durante los primeros años de vida, de los poderes emocionales inferiores, cuando las destrezas cognitivas y la capacidad de autorregulación están poco desarrolladas. También resulta útil recordar que todos los sistemas emocionales básicos son plásticos, y se sensibilizan (se vuelven más fuertes) con el uso y se desensibilizan (se vuelven más débiles) con la falta de uso. Estos dos procesos básicos de sensibilización y desensibilización pueden tener implicaciones etiológicas para comprender cómo la aflicción emocional puede intensificarse y volverse crónica. También pueden tener implicaciones terapéuticas para la regulación a largo plazo de la aflicción, así como un efecto positivo. Por ejemplo, la depresión es mucho más fácil que ocurra en adultos que han experimentado una falta crónica de apoyo e inseguridad en la infancia. Los niños que han tenido una base segura internalizan esta seguridad para toda su vida, un fenómeno detallado ahora en animales (Szyf y col., 2008). ¿Las vidas afectivas humanas también pueden reestructurarse? La enorme plasticidad del cerebro (Doidge, 2007) sugiere que este logro es posible, aunque no en el mismo alcance que en las primeras etapas de desarrollo, cuando el neocórtex todavía parece una tabla rasa (Sur y Rubenstein, 2005).

## Tratar las almas humanas: endofenotipos emocionales y autenticidad psiquiátrica

Se puede facilitar el futuro desarrollo de las ABP mediante unas visiones más claras y científicamente válidas sobre cómo se organiza la emocionalidad del proceso primario dentro del cerebro humano, y cómo el tratamiento de la información relacionada con el yo (Northoff y col., 2006; Panksepp y Northoff, 2009), dentro de un yo afectivo entre especies (Northoff y Panksepp, 2008), ayuda a programar el resto del aparato cognitivo. ¿Cómo surgen los sentimientos afectivos, los indicadores neurosimbólicos de los valores básicos de supervivencia, de las actividades neuronales? ¿Cómo están realmente codificadas en el cerebro las emociones del proceso primario de ira y miedo, alegría y tristeza? ¿Qué significa cuando las energías libidinosas y los valores emocionales primarios se desequilibran? ¿Qué significa cuando las energías emocionales excesivas impregnan las almas humanas? «¿Almas?». En efecto, necesitamos estos conceptos, que pueden ser isomorfos con el yo primario rico en afectos alrededor del cual gira nuestra mentación.

Aunque es discutible, creo que el «alma» biológica o «yo primario» es un proceso neurológico coherente y completamente neurobiológico, prácticamente inexplorado, con un epicentro que se encuentra en las profundidades de la evolución cerebro-mente. En pocas palabras, la evidencia convergente sugiere que compartimos unos yoes primarios antiguos relativamente homólogos con muchas otras criaturas del mundo. Debido a esta base compartida, la terapia asistida con animales puede usar las vitalidades emocionales naturales de estas criaturas como ejemplos de cómo los seres humanos pueden vivir con más alegría. Todos somos herederos de unos yoes similares que son neurodinámicamente bastante similares, por lo que sabemos.

Estas representaciones neurosimbólicas del organismo se establecen presumiblemente en las coordinadas viscerosomáticas primitivas centradas en las regiones del cerebro medio central, como las MGP (Panksepp, 1998b). Estas imágenes corporales se ramifican a través del centro del tronco encefálico superior hasta las regiones del cíngulo medio/frontal, y pueden transformarse en diferentes dinámicas del campo emocional (actividades de red a gran escala que generan directamente diferentes tipos de necesidades conductuales-instintivas) por diversas neurodinámicas que tienen un impacto resultante de los sistemas de órdenes emocionales (Lewis, 2005). Este proceso central de autorrepresentación primaria, que madura a nivel del desarrollo para permitir el procesamiento de la información relacionada con el yo, puede ser una fuente de coherencia psíquica que está relacionada desde el punto de vista del desarrollo con representaciones corticales mediales superiores de los procesos centrales más primitivos (Northoff y col., 2006; Northoff y Panksepp, 2008). Sin embargo, con tormentas emocionales excesivas y repetidas, este núcleo de estabilidad psíquica puede generar variedades naturales de desequilibrio emocional.

Si esta visión es una aproximación razonable a las dinámicas principales del cerebro-mente, entonces el misterio científico clave de la función cerebral que influye

directamente en la práctica y en la comprensión psicoterapéutica se convierte en la naturaleza neuronal de las sensaciones emocionales, especialmente los deseos que se han vuelto extremos de forma maníaca o se han reducido demasiado, más allá de los niveles necesarios para sostener los patrones de vida normales. Estas dinámicas de redes complejas son difíciles de ver directamente en clientes regulados cognitivamente; deben ser inferidas por la voluntad de los clientes de revelar sus sensaciones interiores. El elemento básico de los enfoques experienciales es el uso de técnicas diseñadas para atravesar las «defensas» y los «bloqueos contra los afectos» de los pacientes hiperregulados cognitivamente, para llegar a la experiencia emocional de base somática (Fosha, 2000). Un terapeuta verá más claramente cómo estas dinámicas están entremezcladas con el tratamiento de la información cognitiva superior. Sin embargo, los avances recientes en la neurociencia básica de los afectos en las diferentes especies, complementadas ahora con las imágenes funcionales modernas del cerebro humano, nos permiten tener una visión más fácil y clara de las cuestiones primordiales (por ejemplo, Northoff y col., 2006; Northoff y Panksepp, 2008). Esta área puede constituir una contribución importante de la neurociencia al ámbito terapéutico. La mayoría del conocimiento principal, hasta el momento, resulta de estudios básicos en animales; naturalmente, las ramificaciones cognitivas deben derivar de un nuevo y más sensible trabajo en humanos; una *psicoetiología* que todavía no existe.

Para desarrollar una psicoetiología dedicada a la comprensión de la naturaleza neuronal de los procesos afectivos-emocionales, la revolución cognitiva «funcionalista» no cerebral y sin afectos que ha regido la psicología y gradualmente ha ido germinando en la neurociencia cognitiva con el descubrimiento de las tecnologías de imágenes cerebrales, debe internalizar importantes mensajes de la neurociencia animal de los afectos que actualmente siguen siendo ignorados: (1) Fundamentalmente todas las expresiones instintivas de las emociones básicas permanecen intactas tras la extirpación de la corteza en neonatos. (2) Varias emociones básicas pueden activarse desde las regiones cerebrales subcorticales, pero sólo activando circuitos neuroquímicos específicos. (3) La generación de la mentalidad de los afectos del proceso primario es una función subcortical y no cortical del cerebro. Por consiguiente, para que la neurociencia sea de mayor ayuda a la psiquiatría biológica y a los psicoterapeutas, los investigadores deben dedicar la misma atención a las propiedades afectivas inferiores de los cerebros animales que la que prestan a los aspectos cognitivos superiores de la mente humana.

Una destreza especialmente importante para los terapeutas es ser capaces de situar a los clientes de forma adecuada en el espacio afectivo. Nuestros propios esfuerzos en esta dirección nos han llevado a construir una nueva escala de personalidad, la Escala de Personalidad Afectiva Neurocientífica (ANPS, según sus siglas en inglés), que ofrece una manera directa de evaluar el estado de los clientes en todos los detonantes emocionales excepto el DESEO. En lugar de eso se añadió la «espiritualidad», porque es muy importante para superar la parte más difícil de los trastornos adictivos así como, más ampliamente, para encontrar el camino hacia una vida bien vivida. La escala ANPS está

disponible gratuitamente para el uso y la investigación clínica (Davis y col., 2003, los test se pueden descargar en varios idiomas desde [www.anps.de](http://www.anps.de)).

Como las dinámicas de los sistemas emocionales básicos controlan muchas cualidades afectivas de la vida mental, los psicoterapeutas deben evaluar no sólo dónde están situadas las personas en estas dimensiones emocionales (actualmente puede estimarse mediante la escala ANPS), sino que también deben considerar claramente las principales fuerzas emocionales que pueden haberse desequilibrado en forma de aflicción emocional. Los endofenotipos emocionales pueden proporcionar esta orientación a los clínicos y también a los neurocientíficos que deseen contribuir a nuestro conocimiento emergente sobre las sensaciones emocionales en bruto (Panksepp, 2006). Estas voces ancestrales afectivas de los genes emergen de las neurodinámicas antiguas subcorticales y tienen un profundo efecto (y afecto) en todo el aparato cognitivo. Aquí hay muchas posibilidades no sólo de desarrollo de nuevos medicamentos para tratar directamente los desequilibrios afectivos en sistemas emocionales específicos, sino también para convocar los a menudo latentes recursos psicológicos y afectivos de los clientes para contrarrestar personalmente muchas de las tormentas emocionales sostenidas que actualmente están conceptualizadas como trastornos psiquiátricos.

## Conclusión

Como saben todos los terapeutas de orientación cognitiva, en los adultos, las cogniciones pueden modificar fácilmente sus respuestas emocionales de formas útiles. Hasta cierto punto, esta percepción está en el centro de muchos, por no decir todos, los enfoques terapéuticos. Pero esto no es realmente cierto en el caso de los enfoques de abajo arriba presentados en este libro. En estos enfoques, la percepción es algo que emerge como resultado de la transformación terapéutica; la percepción no es el agente principal de la transformación, sino más bien una *consecuencia* de ésta. La acción emocional guía la percepción. Sin embargo, la terapia es menos efectiva si las inseguridades del pasado se han cristalizado como una sensibilidad modificada de un sistema emocional.

Los terapeutas que saben cómo conceptualizar las emociones básicas como procesos de control diferentes, y cómo respetar el poder de desarrollo de estas energías psíquicas, son capaces de promover un cambio terapéutico más duradero que los que buscan permanecer simplemente en el nivel cognitivo. Los terapeutas capaces de interactuar profunda y empáticamente con sus clientes, reflexionando gradualmente en las sensaciones emocionales más profundas y fluctuantes de los clientes y prolongando y enmarcando las cogniciones asociadas, es probable que sean más útiles que las personas menos hábiles en el trabajo con los niveles emocionales del proceso primario.

En suma, los psicoterapeutas deben internalizar un mejor conocimiento de la naturaleza de las energías emocionales básicas para manejar con mayor efectividad los principales factores de todas las ecuaciones psicoterapéuticas psicopatológicas y productivas. Desde el punto de vista del cerebro, la naturaleza del afecto puede ser la cuestión más importante no sólo en el desarrollo de nuevos modelos animales de trastornos psiquiátricos, sino para optimizar el modo en que los clínicos deben conceptualizar los aspectos fundacionales de los problemas de sus clientes. Una razón por la cual los surcos del conocimiento científico no se han cultivado más intensamente es porque las sensaciones emocionales de los animales han sido marginalizadas por los mismos científicos mejor posicionados para realizar el trabajo sustantivo sobre estas cuestiones cerebrales tan importantes. Desgraciadamente, pocos neurocientíficos conductuales se han planteado cómo sus diferentes enfoques científicos objetivos podrían arrojar luz sobre la naturaleza fundamental de la subjetividad afectiva (Panksepp, 2005a, 2005b).

A medida que cultivemos este surco de conocimiento (el conocimiento de los sistemas emocionales del proceso primario de las diferentes especies), seremos más capaces de facilitar la reparación de la homeostasis afectiva mediante no sólo nuevos medicamentos para la mente, sino también mediante nuestro conocimiento sobre cómo se pueden integrar las sensaciones antiguas en las nuevas estructuras cognitivas. Científicamente, comprender «todo» el aparato psíquico sólo se puede lograr gradualmente mediante un conocimiento minucioso de las «partes» tanto neuronales como psicológicas, en los niveles tanto afectivo como cognitivo de la organización mente-cerebro.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero dar las gracias a Diana Fosha por sus valiosos consejos editoriales. Este trabajo ha contado con el apoyo parcial de la *Hope for Depression Research Foundation*.

2



# Influencias recíprocas entre el cuerpo y el cerebro en la percepción y la expresión del afecto

*Una perspectiva polivagal*

*Stephen W. Porges*

**LAS EMOCIONES, LA REGULACIÓN** de los afectos y el comportamiento social interpersonal son procesos psicológicos que describen las experiencias humanas básicas como respuesta a los acontecimientos, los retos ambientales y las personas. Estos procesos conforman nuestra percepción del yo, contribuyen a nuestra capacidad de formar relaciones y determinan que nos sintamos seguros en varios contextos o con determinadas personas. Aunque estos procesos pueden observarse objetivamente y describirse subjetivamente, representan una interacción compleja entre nuestra experiencia psicológica y nuestra regulación fisiológica.

Estas interacciones psicológicas-fisiológicas dependen de la comunicación bidireccional dinámica entre los órganos periféricos y el sistema nervioso central que conecta el cerebro con estos órganos. Por ejemplo, los circuitos neuronales, que proporcionan la comunicación bidireccional entre el cerebro y el corazón, pueden desencadenar un rápido aumento del ritmo cardíaco para mantener los comportamientos protectores de lucha/huida, o un rápido descenso del ritmo cardíaco para mantener las interacciones sociales. El cerebro puede iniciar unas reacciones fisiológicas periféricas que detectan las características del peligro en el entorno y, alternativamente, los cambios en nuestro estado fisiológico periférico pueden mandar información al cerebro y modificar nuestra percepción del mundo. Por consiguiente, el afecto y el comportamiento social interpersonal se describen de un modo más preciso cuando se consideran procesos bioconductuales más que psicológicos, ya que nuestro estado fisiológico puede influir profundamente en la calidad de estos procesos psicológicos y nuestras sensaciones, a su vez, pueden determinar los cambios dinámicos de nuestra fisiología.

Nuestro sistema nervioso funciona como un centinela que evalúa continuamente el riesgo en el entorno. Mediante unos mecanismos de vigilancia neuronal (es decir, la neurocepción, ver más abajo), nuestro cerebro identifica las características del riesgo o de la seguridad. La mayoría de las características del riesgo y de la seguridad no se aprenden, sino que están integradas en nuestro sistema nervioso y reflejan las estrategias adaptativas asociadas con nuestra historia filogenética. Por ejemplo, los sonidos a baja frecuencia despiertan en los animales una sensación de peligro asociada con la

aproximación de un depredador. Esta reacción también la comparten otros vertebrados, incluidos reptiles y anfibios. Debido a nuestra historia filogenética, el retumbo de los sonidos a baja frecuencia hace que nuestra atención pase de las interacciones sociales a los potenciales peligros del entorno. En cambio, los gritos agudos de otros mamíferos (no sólo nuestros hijos, sino también nuestros perros y gatos), nos despiertan una sensación de preocupación inmediata o de empatía hacia ese otro que puede estar sintiendo dolor o estar herido. En el caso de los seres humanos, los gritos agudos atraen nuestra atención hacia la persona que está gritando. A través de la exposición y del aprendizaje asociativo, podemos vincular estas características con otros eventos. *Determinadas características del entorno provocan diferentes estados fisiológicos asociados de manera diferenciada a sensaciones de seguridad, peligro o muerte (es decir, amenaza vital). Cada uno de estos estados está caracterizado por un conjunto concreto de capacidades de regulación de los afectos, de interacción social y de comunicación* (Porges, 2003).

La investigación actual en la neurociencia de los afectos se centra en las estructuras cerebrales y los circuitos neuronales relacionados con procesos motivacionales y emocionales específicos (por ejemplo, Panksepp, 1998a). Estos importantes descubrimientos ponen de relieve las estructuras corticales y subcorticales en la aparición del complejo repertorio de afectos de los seres humanos y su contribución a las relaciones sociales (por ejemplo, Schore, 1994, 2003a; Siegel, 2007). Sin embargo, tras esas contribuciones subyacen detalles de sustrato neurobiológico importante y a menudo subestimado: los circuitos neuronales que median en la comunicación recíproca entre los estados corporales y las estructuras del tronco encefálico, que influyen en la disponibilidad de estos circuitos afectivos. Estos circuitos subyacentes no sólo promueven las sensaciones (por ejemplo, Damasio, 1999), sino que también forman un circuito bidireccional (por ejemplo, Darwin, 1972/1965) que permite que los procesos mentales y psicológicos influyan en el estado corporal y cambien y, en ocasiones, distorsionen nuestra percepción del mundo. Por consiguiente, el estudio de los procesos afectivos, especialmente en sus papeles prosociales y sanadores, requiere conocer los circuitos neuronales tanto entre las estructuras cerebrales superiores y el tronco encefálico como entre el tronco encefálico y los órganos viscerales (por ejemplo, el corazón) mediados a través del sistema nervioso autónomo. Todos los estados afectivos o emocionales dependen la regulación del cerebro inferior del estado visceral y de las importantes pistas viscerales, táctiles y nociceptivas que circulan hacia el cerebro desde la periferia. Además, existen diferentes estados reguladores viscerales que fomentan diferentes ámbitos de comportamiento. Estos estados no excluyen la importante información bidireccional desde las estructuras cerebrales superiores.

Este capítulo pone el acento en la regulación neuronal de los movimientos faciales observables y de las experiencias viscerales subjetivas concurrentes que caracterizan las expresiones, las sensaciones y las percepciones de la emoción y del estado afectivo. Se basa en la teoría polivagal (Porges, 1995, 1997, 1998, 2001b, 2003, 2007) como principio organizativo para explicar el papel del estado visceral en la accesibilidad de las emociones prosociales y de los estados afectivos restaurativos. La teoría polivagal es un

intento de reorganizar nuestra conceptualización del sistema nervioso autónomo con un enfoque en los circuitos neuronales específicos implicados en la regulación de los órganos viscerales para las funciones adaptativas específicas relacionadas con el afecto, las emociones y los comportamientos de comunicación social.

La teoría polivagal interpreta las interacciones sociales y la emoción como procesos bioconductuales. Por consiguiente, esta teoría es especialmente importante para los psicoterapeutas centrados en la interacción social dentro del contexto terapéutico que rehúsan las intervenciones farmacológicas. Tratando la interacción social como un proceso bioconductual, se puede conceptualizar un tratamiento terapéutico basado no en manipulaciones farmacológicas, sino, en lugar de eso, en el profundo impacto positivo de las interacciones sociales y los comportamientos interpersonales en la regulación neuronal del estado corporal y del comportamiento. Explorando estos procesos bioconductuales bidireccionales, los tratamientos psicoterapéuticos pueden cambiar la regulación neuronal del estado fisiológico, que a su vez promoverá más beneficios a partir de las interacciones interpersonales.

## Emoción, movimiento y estado visceral: características de la salud mental

Independientemente de la distinción operacional y, a menudo, arbitraria entre la emoción y el afecto o entre las expresiones y las sensaciones emocionales, la medición de los estados fisiológicos (por ejemplo, la actividad autónoma, endocrina y muscular) debe incluirse en la neurociencia de los afectos, especialmente si debe existir un diálogo funcional con los clínicos experienciales. En la mayoría de los casos, el *estado fisiológico* se ha conceptualizado como una correlación o una consecuencia de las estructuras cerebrales superiores (por ejemplo, la corteza) en las que se supone que se basan la emoción y el afecto. Sin embargo, sería ingenuo no explorar las conexiones y las potenciales influencias bidireccionales entre los estados fisiológicos periféricos y los circuitos cerebrales relacionados con los procesos afectivos.

El estado fisiológico es un componente implícito de las experiencias subjetivas asociadas con constructos psicológicos específicos como la ansiedad, el miedo, el pánico y el dolor. La convergencia entre el estado fisiológico y la experiencia emocional está determinada neurofisiológicamente, ya que los requisitos metabólicos necesarios para modular los músculos del rostro y del cuerpo requieren que los cambios se mantengan en el estado autónomo. Todos los estados emocionales y afectivos requieren unos cambios fisiológicos específicos para facilitar su expresión y lograr sus objetivos implícitos (por ejemplo, lucha, huida, paralización, proximidad).

Mediante el estudio de los cambios filogenéticos en el sistema nervioso autónomo de los vertebrados, es posible relacionar las diferentes características expresivas de la emoción en los seres humanos con las transiciones filogenéticas en la regulación visceral observadas en los vertebrados. La supervisión fisiológica representa un importante portal para controlar estas reacciones, ya que algunas respuestas afectivas no suelen ser observables en el comportamiento público. Por ejemplo, la convergencia entre el mecanismo neuronal que media en el estado autónomo y las expresiones faciales se produce filogenéticamente en la transición de los reptiles a mamíferos (ver Porges, 1995, 2007).

Existen muchos estudios que relacionan la regulación neuronal del rostro y de las vísceras (por ejemplo, el corazón) con los circuitos cerebrales. Gellhorn (1964) investigó cómo las descargas propioceptivas de los músculos faciales influyen en la función cerebral y promueven cambios en el estado visceral, proporcionando así un ejemplo de la bidireccionalidad entre las estructuras periféricas y central así como una base neurofisiológica para la supuesta relación entre la expresión facial y las sensaciones corporales. Incluso antes, Darwin (1872/1965) ya reconoció la importante y a menudo olvidada relación bidireccional entre el cerebro y el corazón en *The Expression of Emotions in Man and Animals* (La expresión de las emociones en el hombre y los animales): «Cuando el corazón está afectado, reacciona sobre el cerebro, y el estado del cerebro reacciona de nuevo a través del nervio neumogástrico [vago] en el corazón, de modo que bajo cualquier excitación habrá mucha acción mutua y reacción entre estos

dos órganos, que son los órganos más importantes del cuerpo» (p. 69).

Aunque Hess (1954) recibió el Premio Nobel de Medicina en 1949 por su trabajo que destacaba la importancia de la regulación central del estado visceral, algunas publicaciones de la neurociencia afectiva contemporánea (por ejemplo, *Nature Neuroscience*) y la psiquiatría biológica (por ejemplo, *Biological Psychiatry, CNS*) expresan una desconexión entre la experiencia afectiva subjetiva y la regulación del estado visceral. La neurociencia afectiva contemporánea, con la ayuda tanto de las técnicas de diagnóstico por la imagen como de la neuroquímica, se ha centrado en las estructuras cerebrales que contribuyen a los diferentes circuitos neuronales implicados en los comportamientos adaptativos con aparentes objetivos motivacionales.

Panksepp (1998, ver también el capítulo 1 de este libro) organiza las experiencias afectivas en siete sistemas motivacionales de base neuronal que incluyen la BÚSQUEDA, la RABIA, el MIEDO, el DESEO, el CARIÑO, el PÁNICO y el JUEGO. Sin embargo, lo que falta de estos circuitos motivacionales funcionalmente adaptativos es el papel que la regulación neuronal del estado visceral juega a la hora de potenciar o reducir estos circuitos. Por ejemplo, si una persona está en un estado fisiológico caracterizado por un recogimiento vagal y una elevada excitación simpática, experimentará la sensación corporal de palpitaciones cardíacas, y el umbral para que reaccione agresivamente será bajo. En cambio, en un estado fisiológico caracterizado por la implicación de un nervio vago mielinizado, la reactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) estará reducida, y este estado fisiológico se percibirá como «tranquilo». Los estímulos intrusivos que previamente habrían desencadenado comportamientos agresivos con la actividad vagal retraída, ahora resultarán en una reacción enfriada. Junto con este cambio de estado fisiológico, hay algunas opciones para reducir más la reactividad mediante las interacciones sociales.

La mayoría de los defensores de la neurociencia de los afectos aceptan una ciencia del paralelismo que relaciona tanto las expresiones emocionales observables como las experiencias subjetivas con una especificidad «neuronal» concretizada y supuestamente validada tanto por estudios basados en la imagen que identifican la activación de las áreas cerebrales como por estudios de bloqueo que interfieren con el adecuado funcionamiento de esos circuitos. Por lo tanto, para muchos neurocientíficos de los afectos, el afecto reside meramente en el cerebro y no requiere *inputs* ni *outputs* que relacionen el cuerpo con el cerebro. Lo que falta en esta agenda de investigación y en esta explicación teórica es la valoración de las contribuciones necesarias de los *inputs* sensoriales y de los *outputs* motores desde los circuitos centrales. Poner el foco en los circuitos centrales sin estudiar las contribuciones sensoriales y motoras es como estudiar el comportamiento de un termostato sin tener en cuenta la información relativa a la temperatura ambiente y la capacidad del sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado.

Hess era consciente de que, aunque los componentes de un circuito de retroalimentación se puedan identificar y estudiar independientemente, el funcionamiento de las partes independientes no explica cómo el sistema, en su conjunto, funciona dinámicamente durante los frecuentes retos de la vida. Esta limitación, en parte, dependía

de las metodologías del momento que requerían manipulaciones farmacológicas, quirúrgicas o eléctricas para bloquear o estimular las ramas «globales» del sistema nervioso autónomo que compartían un neurotransmisor concreto (por ejemplo, acetilcolina, epinefrina) o un nervio fácilmente identificable (por ejemplo, el vago) que se podía cortar o estimular.

Dentro del campo de la salud mental, existe una aceptación similar de un modelo de la enfermedad que no se centra en los circuitos intermedios de retroalimentación que median en las características de los trastornos. Dentro de la psiquiatría, la ansiedad y la depresión se definen mediante unas características clínicas y no mediante un sustrato fisiológico medible. Las estrategias prevalentes en los estudios de salud mental que usan variables neurofisiológicas (por ejemplo, imágenes, mediciones del sistema autónomo) no están orientadas a definir la ansiedad o la depresión, sino que usan las variables neurofisiológicas como correlaciones de un diagnóstico clínico. El valor de tomar un punto de vista diferente se puede ilustrar con el constructo de la ansiedad. Si la ansiedad se viera como algo que depende de un cambio en el estado del sistema autónomo en el que el estado fisiológico del individuo está dominado por el sistema nervioso simpático, podrían emerger nuevas estrategias de investigación centradas en caracterizar cómo los estados de ansiedad y la vulnerabilidad a estar ansioso se potenciarían o se reducirían a través de diferentes estados autónomos. Entonces, se desarrollarían tratamientos para (1) reducir el tono simpático o (2) permitir a la persona moverse a otros entornos o cambiar los contextos que tienen menos probabilidades de desencadenar el aumento de reactividad asociado con la mayor excitación simpática. Desgraciadamente, la mayoría de los investigadores del campo de la psiquiatría y la psicología muestran poco interés en identificar la regulación del sistema autónomo como una dimensión de «vulnerabilidad» en varios trastornos psiquiátricos y problemas conductuales, aunque las características viscerales suelen ser síntomas de los trastornos que están tratando.

Las disciplinas clínicas raramente reconocen las funciones proximales del estado visceral. Del mismo modo, los clínicos casi nunca supervisan la expresión del repliegue del sistema vago o la excitación del sistema simpático en sus pacientes. Este tipo de cambio en el sistema autónomo se manifestaría con varios síntomas físicos y psiquiátricos, como un afecto plano, dificultades en el procesamiento auditivo, hiperacusia (es decir, hipersensibilidad auditiva), taquicardia y estreñimiento. Además, los modelos convencionales de los trastornos mentales pasan por alto la contribución de los mecanismos neurofisiológicos en la interacción dinámica con las pistas contextuales del entorno. En cambio, estas disciplinas han asimilado constructos distales relacionados con las funciones de los receptores dentro del cerebro que conducen casi reflexivamente al tratamiento farmacológico, sin reconocer generalmente el importante papel del estado visceral y de la retroalimentación de los aferentes viscerales sobre el funcionamiento global del cerebro. Esta estrategia está lejos de ser parca, y no tiene en cuenta ni la filogenia del sistema nervioso de los mamíferos ni los sistemas neurofisiológico y bioconductual intermedios en el continuo que va de los genes hasta el comportamiento. Estas disciplinas han asumido más bien que los conjuntos de comportamientos

observables o de experiencias subjetivas están relacionados parca y directamente con los niveles neuroquímicos en unos circuitos cerebrales específicos. Por lo tanto, pasan por alto el importante potencial de las intervenciones psicológicas y conductuales (incluyendo los cambios en el entorno) que serían terapéuticos en virtud de su influencia directa sobre el estado fisiológico, sin requerir tratamientos farmacológicos.

## Regulación de los estados y sistema nervioso autónomo: una perspectiva histórica

Durante más de un siglo, los investigadores han medido las variables autónomas (por ejemplo, el ritmo cardíaco, la actividad de la glándula sudorípara palmar) como indicadores del estado emocional relacionado con el estrés percibido (por ejemplo, miedo, esfuerzo mental, carga de trabajo, ansiedad). Históricamente, las teorías de la activación (por ejemplo, Berlyne, 1960; Darrow, 1943; Gray, 1971) proporcionaban a los científicos que estudian las relaciones entre el cerebro y el comportamiento un modelo que suponía que la activación de las mediciones fisiológicas periféricas reguladas por la rama simpática del sistema nervioso autónomo era un indicador sensible de la «excitación» o la «activación» del cerebro. Esta visión se basaba en un conocimiento rudimentario del sistema nervioso autónomo en el que se suponía que los cambios en los órganos periféricos fácilmente medibles (por ejemplo, corazón, glándulas sudoríparas) eran indicadores precisos sobre el procesamiento de los estímulos emocionales por parte del cerebro. Generalmente, los estados emocionales se asociaban con comportamientos de lucha o huida y con el sistema simpático-adrenal (por ejemplo, aumento del ritmo cardíaco, actividad de las glándulas sudoríparas y catecolaminas circulantes) como describió inicialmente Cannon (1928a). Según Selye (1936, 1956), los estados emocionales también se asociaban con una mayor actividad del eje HHA (por ejemplo, aumento del cortisol). A nivel psicológico, las teorías de la activación ponían el acento en los comportamientos de lucha o huida y pasaban por alto o minimizaban la importancia de los estados afectivos prosociales que facilitaban la interacción social y también la estrategia defensiva de la inmovilización (por ejemplo, desmayarse, fingir la muerte).

En varios ámbitos de investigación, como en el del sueño, el engaño, el comportamiento sexual y la ansiedad, se asume la aceptación de un sistema de activación unitario. Además, esta hipótesis ha llevado a investigar la «activación» cortical y el uso del electroencefalograma (EEG), la tomografía computerizada por emisión de fotones individuales (SPECT, por sus siglas en inglés), la resonancia magnética funcional (RMf) y otras tecnologías de diagnóstico por la imagen que aceptaron el constructo de la activación interesándose poco en la distinción de la activación de las vías neuronales que eran excitativas o inhibitorias. Este enfoque hacía más difícil distinguir entre si la «activación» representa la conexión o la desconexión de una estructura neuronal concreta. A nivel fisiológico, las teorías de la activación refuerzan una supuesta continuidad entre la activación cortical central y la activación periférica marcada por un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático y las hormonas adrenales. Sin embargo, las teorías de la activación han desestimado tanto la importancia de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo como la comunicación bidireccional entre las estructuras cerebrales y los órganos viscerales.

La continuidad entre la activación cerebral y periférica creó un tipo de investigación que dejaba de lado varios factores importantes, incluyendo (1) el conocimiento de las estructuras cerebrales que regulan la función autónoma; (2) cómo estas estructuras han



evolucionado desde los vertebrados más primitivos a los mamíferos; (3) cómo el sistema nervioso autónomo interactúa con el sistema inmunológico, el eje HHA y los neuropéptidos, la oxitocina y la vasopresina, y (4) la coevolución del estrés y de las estrategias de manejo con la complejidad creciente del sistema nervioso autónomo. En este diálogo, falta la descripción del papel del sistema nervioso parasimpático y especialmente el vago (el 10º nervio craneal) con su portal bidireccional entre el cerebro y órganos viscerales específicos como el corazón.

## Teoría polivagal: manual básico

La teoría polivagal emergió del estudio de la evolución del sistema nervioso autónomo de los vertebrados. La teoría da por sentado que la mayoría de nuestros comportamientos sociales y vulnerabilidades ante los trastornos emocionales están integrados en nuestro sistema nervioso. Basándonos en esta teoría, podemos entender varios aspectos de la salud mental y desarrollar técnicas de tratamiento que ayuden a las personas a comunicarse y relacionarse mejor con los demás. El término «polivagal» está formado por *poli*, que significa «muchos», y *vagal*, que se refiere al importante nervio llamado «vago». Para comprender la teoría, debemos investigar las características del nervio vagal, un componente principal del sistema nervioso autónomo. El nervio vago sale del tronco encefálico y tiene unas ramas que regulan varios órganos, incluido el corazón. La teoría sugiere que las dos ramas del nervio están relacionadas con diferentes estrategias conductuales. Una está relacionada con las interacciones sociales en entornos seguros, y la otra está relacionada con las respuestas adaptativas a las amenazas vitales.

Históricamente, el sistema nervioso autónomo se ha dividido en dos componentes opuestos, uno llamado *simpático* y el otro *parasimpático*. Este modelo organizativo se usó para describir la función del sistema nervioso autónomo a finales del siglo XIX y principios del XX. En la década de 1920, se formalizó este modelo de antagonismo dual (Langley, 1921). Este modelo caracterizaba la función del sistema nervioso autónomo como una batalla constante entre el sistema nervioso simpático, asociado con las conductas de lucha/huida, y el sistema nervioso parasimpático, asociado con el crecimiento, la salud y la reparación. Como la mayoría de los órganos del cuerpo, como el corazón, los pulmones y los intestinos, tienen inervaciones del sistema simpático como del parasimpático, el modelo de antagonismo dual evolucionó para convertirse en las «teorías del equilibrio». Estas teorías del equilibrio intentaban relacionar los desequilibrios «tónicos» con la salud física y mental. Por ejemplo, un dominio del sistema simpático se puede relacionar con síntomas de ansiedad, hiperactividad o impulsividad, mientras que un dominio del parasimpático se puede relacionar con síntomas de depresión o letargo. Además de las características tónicas del estado autónomo, el modelo de antagonismo dual también se suponía que explicaba las características reactivas del sistema nervioso autónomo. Esta dependencia del constructo de «equilibrio autónomo» sigue prevaleciendo en algunos libros de texto, a pesar de que durante un siglo la neurofisiología haya documentado una segunda vía vagal implicada en la regulación de la función autónoma. Desgraciadamente, este nuevo conocimiento de una segunda vía vagal no ha calado en la enseñanza de la fisiología, que sigue estando dominada por descripciones del antagonismo dual entre los componentes simpáticos y parasimpáticos del sistema nervioso autónomo.

La principal influencia parasimpática hacia los órganos periféricos se transmite a través del vago, un nervio craneal que sale del cerebro e inerva el tracto gastrointestinal, el aparato respiratorio, el corazón y las vísceras abdominales. El vago se puede conceptualizar como un tubo o conducto que contiene varias fibras sensoriales y motoras

que se originan o terminan en diferentes áreas del tronco encefálico. Por ejemplo, las vías motoras vagales que regulan el intestino inferior se originan en el núcleo dorsal del nervio vago, las vías vagales que regulan el corazón y los pulmones se originan en el núcleo ambiguo, y las vías vagales que mandan información sensorial desde los intestinos terminan en el núcleo del tracto solitario. De manera proximal e interactiva con el núcleo ambiguo, se encuentran los núcleos que regulan los músculos estriados del rostro y de la cabeza.

La teoría polivagal sugiere que el sistema nervioso autónomo reacciona ante los retos del mundo real de una forma jerárquica previsible similar, a la inversa, a la historia filogenética del sistema nervioso autónomo en los vertebrados. En otras palabras, si estudiamos la vía evolutiva de cómo se desarrolló el sistema nervioso autónomo en los vertebrados (es decir, desde los antiguos peces sin mandíbula a los peces óseos, los anfibios, los reptiles y los mamíferos), vemos que no sólo se produce un mayor crecimiento y complejidad de la corteza (la capa exterior del cerebro), sino que también existe un cambio en la composición y la función del sistema nervioso autónomo. En los mamíferos, el sistema nervioso autónomo funciona como un sistema jerárquico que imita los estados filogenéticos pero al revés, y no como un equilibrio entre los sistemas simpático y parasimpático.

Los cambios filogenéticos en el sistema nervioso autónomo (incluyendo los cambios en las vías neuronales y las regiones del tronco encefálico que regulan los órganos periféricos) determinan cómo reacciona el sistema nervioso autónomo ante los retos. En los seres humanos y otros mamíferos, la jerarquía está compuesta por tres circuitos neuronales, donde los circuitos más nuevos tienen la capacidad de tomar el control de los circuitos más antiguos. Bajo la mayoría de los retos de nuestro entorno, inicialmente reaccionamos con nuestro sistema más nuevo (es decir, el vago mielinizado). Si este circuito no satisface nuestra búsqueda bioconductual de seguridad, un circuito más antiguo reaccionará espontáneamente (es decir, el sistema nervioso simpático). Finalmente, si las estrategias anteriores fracasan, como última opción, activamos reflexivamente nuestro circuito más antiguo (es decir, el vago no mielinizado). Funcionalmente, en los seres humanos, el circuito vagal más antiguo está implicado en las reacciones adaptativas caracterizadas por la inmovilización y la disminución de los recursos metabólicos, mientras que el circuito vagal más nuevo está implicado en la regulación de los estados de calma que promueven tanto la interacción social espontánea como la salud, el crecimiento y la reparación. En la jerarquía filogenética, entre los dos circuitos vagales, se encuentra el nervio simpático en los que se basan los comportamientos de lucha y huida.

## Teoría polivagal: la búsqueda bioconductual de seguridad, supervivencia y una muerte indolora

Para sobrevivir, los mamíferos deben diferenciar a los amigos de los enemigos y saber determinar cuándo un entorno es seguro, y deben poder comunicárselo a su unidad social. Estos comportamientos relacionados con la supervivencia limitan el alcance hasta el que un mamífero puede tener a otro físicamente cerca, si las vocalizaciones serán comprendidas y si se pueden establecer coaliciones. Además, estas estrategias conductuales, que se usan para navegar por el «estrés de la vida», forman la base a partir de la cual se pueden desarrollar y expresar los comportamientos sociales y los procesos cognitivos superiores. Por lo tanto, el aprendizaje y otros procesos mentales expansivos deben ser estructurados, manipulados y estudiados dentro del contexto de cómo el entorno fomenta o mejora los estados fisiológicos relacionados con el estrés.

La teoría polivagal sugiere que la evolución del sistema nervioso autónomo de los mamíferos proporciona los sustratos neurofisiológicos para los procesos afectivos y las respuestas ante el estrés. La teoría sugiere que el estado fisiológico limita el abanico de comportamientos adaptativos y de experiencias psicológicas. Por lo tanto, la evolución del sistema nervioso determina el abanico de expresión emocional, la calidad de la comunicación y la capacidad de regular el estado corporal y conductual, incluyendo la expresión y la recuperación de las respuestas relacionadas con el estrés. Estos principios filogenéticos, relevantes para los comportamientos sociales y emocionales adaptativos, ilustran la emergencia de un circuito cerebro-rostro-corazón y representan una base para investigar la relación entre varias características de la salud mental y de la regulación autónoma.

A través de los procesos evolutivos, el sistema nervioso de los mamíferos se ha creado con unas características específicas que reaccionan ante los retos de la homeostasis visceral. En general, los ámbitos de la homeostasis que se han supervisado se han centrado en los sistemas viscerales implicados en las funciones cardiovasculares, digestivas, reproductivas e inmunológicas. Por ejemplo, algunos estudios han evaluado cuánto tiempo tarda el ritmo cardíaco en recuperarse tras una situación de preestrés. Un manejo adaptativo requiere minimizar la magnitud y la duración de esta desviación, tanto si se observa en forma de aumento del ritmo cardíaco, de la presión arterial o de los niveles de cortisol o de alteración de la digestión.

Investigando la filogenia de la regulación del corazón de los vertebrados (por ejemplo, Morris y Nilsson, 1994), se pueden extraer tres principios. El primero es que existe un cambio filogenético en la regulación del corazón desde la comunicación endocrina hacia los nervios no mielinizados y finalmente hasta los nervios mielinizados. El segundo es que existe un desarrollo de los mecanismos neuronales opuestos de la excitación y la inhibición para proporcionar una regulación rápida de la producción metabólica graduada. El tercero es que la corteza, con un mayor desarrollo cortical, muestra un mayor control sobre el tronco encefálico a través de vías neuronales directas (por ejemplo, corticobulbares) e indirectas (por ejemplo, corticoreticulares) que se originan en la

corteza motora y terminan en las fuentes de los núcleos de los nervios motores mielinizados que emergen del tronco encefálico (por ejemplo, las vías neuronales específicas integradas en los nervios craneales V, VII, IX, X, XI), que controlan las estructuras visceromotoras (es decir, el corazón, los bronquios, el timo) y las estructuras somatomotoras (músculos del rostro y de la cabeza), lo cual resulta en un circuito neuronal que funciona para facilitar el comportamiento social y mantener calmados los estados conductuales.

Estos principios filogenéticos ilustran la emergencia de un circuito cerebro-rostro-corazón y constituyen la base para investigar la relación entre varias características de la salud mental y de la regulación autónoma. En general, el desarrollo filogenético resulta en un mayor control neuronal del corazón a través del sistema vagal mielinizado de los mamíferos, que es imitado por un aumento en la regulación neuronal de los músculos faciales. Este sistema integrado puede «dar pistas» a los demás sobre la seguridad y el peligro, al mismo tiempo que promover la movilización transitoria y la expresión del tono simpático sin requerir la activación simpática o adrenal (es decir, aumentando el ritmo cardíaco eliminando la inhibición vagal mielinizada del corazón). Funcionalmente, esta progresión filogenética proporciona un sistema que puede responder rápidamente (es decir, a través de las vías mielinizadas) y regular selectivamente la magnitud (es decir, a través de los circuitos inhibitorio y excitatorio opuestos) y la especificidad de las características de la reacción (por ejemplo, con la tranquilidad o la excitación y la relación de la reactividad autónoma con los músculos faciales). Con este nuevo sistema vagal, las incursiones transitorias en el entorno o el alejamiento de un potencial depredador se pueden iniciar sin el grave coste biológico de la excitación metabólica asociada con la activación simpática-adrenal. En paralelo a este cambio de control neuronal del corazón, se produce una mejora en el control neuronal del rostro, la laringe y la faringe, que permite los gestos faciales complejos y las vocalizaciones asociadas con la comunicación social. Este curso filogenético da como resultado una mayor regulación por parte del sistema nervioso central del comportamiento, especialmente de las conductas necesarias para activarse y desactivarse rápidamente con los retos del entorno. Estos cambios filogenéticos, que promueven una mayor comunicación bidireccional entre el cerebro y las vísceras, ofrecen oportunidades para que los procesos mentales, incluyendo el comportamiento voluntario, influyan en el estado corporal. Por lo tanto, un mejor conocimiento del circuito que media en estas interacciones puede conducirnos a unos modelos funcionales de intervención que calmarían el estado visceral y promoverían unas interacciones más prosociales. En este sentido, están apareciendo nuevos programas de investigación y clínicos que concuerdan con esta tendencia. Por ejemplo, la Cleveland Clinic ha creado el Bakken Heart-Brain Institute y ha celebrado anualmente las cumbres Heart-Brain Institute Summits para reunir a investigadores, clínicos y otros profesionales para fomentar una mayor colaboración y un mejor conocimiento de la relación entre el corazón y el cerebro y para influir positivamente en la investigación, la formación y la asistencia a los pacientes.

## Tres circuitos autónomos definidos filogenéticamente en los que se basan los circuitos adaptativos

La teoría polivagal señala y documenta la diferencia neurofisiológica y neuroanatómica entre las dos ramas del nervio vago (es decir, el décimo nervio craneal) y sugiere que cada rama vagal está asociada con una estrategia de respuesta conductual y fisiológica adaptativa distinta ante los acontecimientos estresantes. La teoría describe tres fases filogenéticas de desarrollo del sistema nervioso autónomo. Estas fases reflejan la emergencia de tres subsistemas diferentes, que están ordenados filogenéticamente y relacionados conductualmente con la *interacción social*, la *movilización* y la *inmovilización*. Con una mayor complejidad neuronal debida al desarrollo filogenético, se enriquece el repertorio conductual y afectivo del organismo.

La teoría polivagal (Porges, 1995, 1997, 1998, 2001b, 2003, 2007) señala los orígenes filogenéticos de las estructuras cerebrales que regulan los comportamientos sociales y defensivos. Por ejemplo, los comportamientos prosociales indican a los demás que el entorno es seguro. Los entornos seguros señalan a los individuos que pueden ahorrarse la hipervigilancia requerida para detectar el peligro, y permiten que esta estrategia preventiva sea reemplazada por unas interacciones sociales que calman más y conducen a la cercanía y al contacto físico. Las conductas prosociales prototípicas en los mamíferos están relacionadas con la crianza, la reproducción, el juego interactivo, y la capacidad de estar tranquilos en presencia de los demás. En cambio, las conductas defensivas se podrían categorizar en dos ámbitos: uno relacionado con la movilización, incluyendo los comportamientos de lucha y huida, y el otro relacionado con la inmovilización y la muerte fingida que pueden asociarse con estados psicológicos disociativos. Dentro de esta dicotomía de estrategias defensivas, el comportamiento de paralización que requiere una mayor tensión muscular en ausencia de movimiento, como los comportamientos de acecho o vigilancia, se clasifica dentro de la movilización. En cambio, la inmovilización se asocia con una disminución de la tensión muscular y a menudo con los desvanecimientos y otras características de una menor actividad metabólica. Desde el punto de vista de la salud, los comportamientos prosociales activan los circuitos neurofisiológicos que no sólo mantienen la regulación de los afectos y las interacciones sociales, sino que también promueven la salud, el crecimiento y la reparación.

La teoría polivagal, relativa a las conductas sociales y emocionales adaptativas, plantea las siguientes suposiciones:

1. La evolución ha modificado las estructuras del sistema nervioso autónomo.
2. El sistema nervioso autónomo de los mamíferos conserva restos de sistemas nerviosos autónomos filogenéticamente más antiguos.
3. La regulación emocional y la conducta social son derivados funcionales de los cambios estructurales del sistema nervioso autónomo como respuesta a procesos evolutivos.

4. En los mamíferos, la estrategia de respuesta del sistema nervioso autónomo ante los retos sigue una jerarquía filogenética, que empieza con las estructuras más nuevas y, cuando todo lo demás falla, vuelve al sistema estructural más primitivo.
5. La fase filogenética del sistema nervioso autónomo determina las características conductuales, fisiológicas y afectivas de la reactividad ante las personas y los objetos en el entorno.

La orientación filogenética centra nuestro interés en las estructuras neuronales parasimpáticas y en los sistemas neuroconductuales que compartimos con nuestros ancestros filogenéticos (o que hemos adoptado de ellos). En primer lugar, la teoría polivagal sugiere tres sistemas de respuesta: (1) los nervios craneales para regular el rostro y mediar en los estados autónomos y conductuales tranquilos, (2) el sistema simpático-adrenal para aumentar la producción metabólica, y (3) un sistema vagal inhibitorio para reducir la producción metabólica y promover la inmovilización y la defecación. Estas tres estrategias de respuesta son producto de los diferentes sistemas neurofisiológicos. En segundo lugar, estos diferentes sistemas neurofisiológicos representan una jerarquía dependiente filogenéticamente, con el uso de los nervios craneales para regular la expresión facial que emerge en los mamíferos (bien desarrollada en los primates), el sistema simpático-adrenal que compartimos con otros vertebrados, incluyendo los reptiles, y el sistema vagal inhibitorio que compartimos con vertebrados más primitivos, incluyendo los anfibios, los peces óseos y los peces cartilagosos (ver Porges, 1997, 1998). Los tres sistemas representan diferentes fases filogenéticas del desarrollo neuronal. Este desarrollo filogenético empieza con un sistema de inhibición conductual primitivo, evoluciona hacia un sistema de lucha/huida y, en los seres humanos (y otros primates) culmina en un complejo sistema facial, gestual y de vocalización. Por lo tanto, desde un punto de vista filogenético, el sistema nervioso de los vertebrados evolucionó para poder mantener un mayor abanico de estados conductuales y fisiológicos, incluyendo estados que solemos asociar con las conductas de interacción social.

## Cómo el sistema nervioso autónomo de los mamíferos promueve las conductas prosociales mediante un freno vagal

El nervio vago de los mamíferos (es decir, las vías eferentes mielinizadas) funciona como un «freno» vagal activo (Porges, Doussard-Roosevelt, Portales y Greenspan, 1996) en el que la rápida inhibición y desinhibición del tono vagal hacia el corazón pueden mantener la movilización conductual o el autoconsuelo y la calma en una persona. Cuando el tono vagal hacia el corazón es elevado, el nervio vago actúa como una limitación o un freno que limita el ritmo cardíaco. Cuando el tono vagal hacia el corazón es bajo, la inhibición es baja o nula. Debido a las influencias vagales en el nodo sinoatrial (es decir, el marcapasos natural del corazón) el ritmo cardíaco en reposo es sustancialmente más bajo que el ritmo intrínseco del marcapasos. Neurofisiológicamente, el freno vagal proporciona un mecanismo para soportar los requisitos metabólicos para los comportamientos de movilización y comunicación; funcionalmente, el freno vagal, modulando el estado visceral, permite a la persona activarse y desactivarse rápidamente con los objetos y las personas para promover las conductas autocalmantes y los estados conductuales tranquilos. Por consiguiente, la retirada del freno vagal se asocia con los estados adaptativos de movilización, y un restablecimiento del freno vagal con una recuperación del comportamiento tranquilo. En los mamíferos, las vías inhibitorias vagales principales ocurren a través del vago mielinizado que tiene su origen en el núcleo ambiguo.

Mediante la regulación transitoria a la baja del tono vagal cardioinhibitorio hacia el corazón (es decir, la eliminación del freno vagal), el mamífero es capaz de realizar un rápido incremento del gasto cardíaco sin activar el sistema simpático-adrenal. Este mecanismo permite la capacidad de cambiar rápidamente los estados, de una activación tranquila a estados preventivos de retirada vagal, que rápidamente aumentan el gasto cardíaco para mantener los movimientos. Pero a diferencia de la estrategia simpática-adrenal, que es lenta de iniciar y lenta de reducir, reactivar el freno vagal instantáneamente regula hacia abajo el gasto cardíaco para producir un estado fisiológico de calma (Vanhoutte y Levy, 1979). Al retirar el freno vagal, en lugar de estimular el sistema simpático-adrenal, los mamíferos tienen la oportunidad de aumentar rápidamente la producción metabólica para una movilización inmediata pero limitada. Si aumentan la duración y la intensidad de la movilización, se activa el sistema nervioso simpático.

La retirada del freno vagal facilita la activación de otros mecanismos neuronales (por ejemplo, excitación de las vías simpática o vagal no mielinizada) y de mecanismos químicos neuronales (por ejemplo, estimulación del eje HHA) para regular el estado fisiológico. Por lo tanto, de acuerdo con la teoría polivagal, si el freno vagal no funciona o no satisface las necesidades de supervivencia del organismo, entonces los sistemas filogenéticamente más antiguos (por ejemplo, el sistema simpático-adrenal o el vago no mielinizado que tiene su origen en el núcleo motor dorsal del vago) se activarán para regular la producción metabólica para hacer frente a los retos del entorno. Por ejemplo, si el freno vagal no funciona, existe el potencial de una mayor dependencia de la excitación



simpática del sistema cardiovascular. Esta dependencia de la excitación simpática para regular la producción cardíaca puede provocar riesgos para la salud (por ejemplo, hipertensión) y causar dificultades de modulación del estado conductual (es decir, rabia, pánico, agresividad). Según las hipótesis de la teoría polivagal, el freno vagal contribuye a la modulación de la producción metabólica reduciendo o aumentando el control vagal inhibitorio del corazón para influir en el ritmo y, así, ajustar los recursos metabólicos para soportar tanto la movilización como los comportamientos de interacción social.

## El sistema de interacción social

Al evolucionar los mamíferos a partir de los vertebrados más primitivos, emergió un nuevo circuito para detectar y expresar señales de seguridad en el entorno (por ejemplo, para diferenciar y emitir expresiones faciales y la entonación de las vocalizaciones) y para calmar y desconectar rápidamente los sistemas defensivos (es decir, a través del nervio vago mielinizado) para promover la proximidad y la conducta social. Este circuito neuronal reciente se puede conceptualizar como un sistema de interacción social. Este sistema incluye vías que pasan por varios nervios craneales (es decir, el V, VII, IX, X y XI) que regulan la expresión, la detección y las experiencias subjetivas de afecto y emoción. Neuroanatómicamente, este sistema incluye vías eferentes viscerales específicas que regulan los músculos estriados del rostro y de la cabeza (es decir, eferentes viscerales especiales) y las fibras vagales mielinizadas que regulan el corazón y los pulmones (ver Porges, 1998, 2001b, 2003).

El sistema de interacción social es un sistema integrado con un componente somatomotor que regula los músculos estriados del rostro y un componente visceromotor que regula el corazón a través de un vago mielinizado. El sistema es capaz de reducir la activación del sistema nervioso simpático y del eje HHA. Calmando las vísceras y regulando los músculos faciales, este sistema permite y promueve las interacciones sociales positivas en contextos seguros.

El componente somatomotor incluye las estructuras neuronales implicadas en las conductas sociales y emocionales. Unos nervios eferentes viscerales especiales inervan los músculos estriados, que regulan las estructuras derivadas durante la embriología desde los antiguos arcos branquiales (Truex y Carpenter, 1969). El sistema de interacción social tiene un componente de control en la corteza (es decir, neuronas motoras superiores) que regula el núcleo del tronco encefálico (es decir, las neuronas motoras inferiores) para controlar la apertura de los párpados (por ejemplo, la mirada), los músculos faciales (por ejemplo, la expresión emocional), los músculos del oído medio (por ejemplo, la extracción de la voz humana del ruido de fondo), los músculos de masticación (por ejemplo, la ingesta), los músculos laríngeos y faríngeos (por ejemplo, la prosodia de las vocalizaciones) y los músculos que permiten girar la cabeza (por ejemplo, los gestos sociales y la orientación). En conjunto, estos músculos funcionan como guardianes neuronales que detectan y expresan las características de la seguridad (por ejemplo, la prosodia, la expresión facial, los gestos de la cabeza, la mirada) que indican a los demás la intención y controlan la interacción social dentro del entorno.

El origen filogénico de las conductas asociadas con el sistema de interacción social está entrelazado con la filogenia del sistema nervioso autónomo. Con la aparición de los músculos del rostro y de la cabeza como estructuras de interacción social, evolucionó un nuevo componente del sistema nervioso autónomo (es decir, un vago mielinizado) que es regulado por el núcleo ambiguo, un núcleo medular ventral al núcleo motor dorsal del vago. Esta convergencia de mecanismos neuronales produjo un sistema de interacción social de comportamiento sinérgico y componentes viscerales, así como interacciones

entre la ingesta, la regulación de los estados y los procesos de interacción social. En conjunto, las dificultades a nivel de la mirada, de la extracción de la voz humana, de la expresión facial, de los gestos de la cabeza y la prosodia son características comunes de las personas con autismo y otros trastornos psiquiátricos en los que el sistema de interacción social está alterado. Y, por lo tanto, inferimos del funcionamiento del rostro y la prosodia de la voz dificultades con las conductas de interacción social y la regulación de los estados fisiológicos.

Las conexiones interneuronales entre las fuentes de los núcleos (es decir, las neuronas motoras inferiores) de las vías eferentes viscerales especiales y las fuentes de los núcleos del vago mielinizado proporcionan una vía inhibitoria para reducir el ritmo cardíaco y la presión arterial (lo cual, reduciendo activamente la activación autónoma, promueve los estados de calma necesarios para expresar las conductas de interacción social y reforzar la salud, el crecimiento y la reparación). Las fuentes de los núcleos del tronco encefálico de este sistema están influidas por las estructuras cerebrales superiores y los aferentes viscerales. Las vías corticobulbares directas reflejan la influencia de las áreas frontales de la corteza (es decir, las neuronas motoras superiores) sobre la fuente medular de los núcleos de este sistema. Además, la retroalimentación a través del vago aferente (por ejemplo, el tracto solitario) hacia las áreas medulares (por ejemplo, el núcleo del tracto solitario) influye tanto en las fuentes de los núcleos de este sistema como en las regiones del cerebro anterior que se supone que están implicadas en varios trastornos psiquiátricos (por ejemplo, Craig, 2005; Thayer y Lane, 2000). Además, las estructuras anatómicas implicadas en el sistema de interacción social tienen interacciones neurofisiológicas con el eje HHA, los neuropéptidos sociales (por ejemplo, la oxitocina y la vasopresina) y el sistema inmunológico (para una visión general, ver Carter, 1998; Porges, 2001a).

Los aferentes de los órganos diana del sistema de interacción social, incluyendo los músculos del rostro y de la cabeza, proporcionan un potente *input* de los aferentes a las fuentes de los núcleos que regulan los componentes tanto viscerales como somáticos del sistema de interacción social. Por consiguiente, la activación del componente conductual (por ejemplo, la escucha, la ingesta, la mirada) podría desencadenar cambios viscerales que mantendrían la interacción social, mientras que la modulación del estado visceral, en función del cual se produce un aumento o una disminución de la influencia de los eferentes vagales mielinizados en el nodo sinoatrial (es decir, aumentando o reduciendo la influencia sobre el freno vagal), promovería o dificultaría los comportamientos de interacción social. Por ejemplo, la estimulación de los estados viscerales que promovería la movilización (es decir, los comportamientos de lucha o huida), impediría la capacidad de expresar comportamientos de interacción social.

En los trastornos psiquiátricos son relevantes los déficits específicos en los componentes somatomotores (por ejemplo, poca fijación de la mirada, bajo afecto facial, falta de prosodia, dificultades de masticación) y visceromotores (dificultades en la regulación autónoma resultante en problemas cardiopulmonares y digestivos) del sistema de interacción social. Por ejemplo, los clínicos y los investigadores han documentado estos déficits en personas con autismo. Por consiguiente, los déficits en el sistema de

interacción social podrían comprometer la conducta social espontánea, la conciencia social, la expresividad de los afectos, la prosodia y el desarrollo del lenguaje. En cambio, las intervenciones que mejoran la regulación neuronal del sistema de interacción social hipotéticamente mejorarían la conducta social espontánea y la regulación de los estados y los afectos, reducirían los comportamientos estereotípicos y mejorarían la comunicación vocal (es decir, mejorando tanto la prosodia en el discurso expresivo como la capacidad de extraer la voz humana de los sonidos de fondo). Esta hipótesis es más que plausible. No sólo hemos demostrado las relaciones entre la regulación vagal del corazón y las conductas de interacción social, sino que también hemos demostrado, en estudios preliminares (Porges, Bazhenova, Carlson, Apparies y Sokorin, no publicado) que se pueden mejorar las conductas de interacción social en personas autistas activando la regulación neuronal del sistema de interacción social (es decir, estimulando la regulación neuronal de los músculos del oído medio con una estimulación acústica prosódica exagerada). Estos estudios aportan una base empírica con la cual comprender las características sociales interpersonales, como la prosodia y la expresividad facial, que caracterizan a las personas que pueden calmar y consolar de forma efectiva a los demás.

### *Trastornos del sistema de interacción social: ¿estrategias conductuales inadaptativas o adaptativas?*

Varios trastornos psiquiátricos y conductuales se caracterizan por dificultades en establecer y mantener relaciones. Entre las características diagnósticas suelen incluirse las asociadas con las dificultades en la expresión de la conducta social y en la interpretación de las pistas sociales (es decir, la conciencia social). Estas características se observan en varios diagnósticos psiquiátricos, como el autismo, el trastorno de ansiedad social, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno de apego reactivo. Desde un punto de vista psicopatológico, estos trastornos clínicos presentan diferentes etiologías y características. Sin embargo, desde el punto de vista polivagal, comparten un componente principal. Este componente principal está caracterizado por un sistema de interacción social reducido que tiene como consecuencias una mala regulación de los afectos, un mal reconocimiento de los afectos y una mala regulación del estado fisiológico. Aunque un sistema de interacción social alterado genera una conducta social «inadaptada», ¿tienen características «adaptativas» estas estrategias conductuales asociales? La filogenia del sistema nervioso autónomo de los vertebrados sirve como guía para comprender estas características adaptativas.

A través de la lente de la teoría polivagal, el sistema nervioso autónomo de los vertebrados sigue tres fases generales de desarrollo filogénico. En el sistema nervioso autónomo de los mamíferos, las estructuras y circuitos que representan cada uno de los estados permanecen, pero han sido cooptados por varias funciones adaptativas. El circuito neuronal asociado con cada fase sostiene una categoría de comportamiento diferente, en que la innovación filogénicamente más reciente (es decir, el vago mielinizado) es capaz de mantener altos niveles de conducta de interacción social. Como

la regulación neuronal del «nuevo» vago mielinizado de los mamíferos (es decir, el vago ventral) está integrado en el sistema de interacción social, cuando este sistema está comprometido, los efectos son tanto conductuales como autónomos. Los cambios resultantes en el estado autónomo comprometen las conductas de interacción social espontánea y minimizan los estados de tranquilidad mientras mantienen una serie de conductas defensivas adaptativas. Específicamente, el sistema de interacción social comprometido se asocia, neurofisiológicamente, con un cambio en la regulación autónoma caracterizado por una menor influencia del vago mielinizado en el corazón. Esta reducción genera dificultades de regulación del estado conductual y una pérdida de regulación neuronal de los músculos del rostro, mediando en la expresión plana de los afectos que se suele observar en los trastornos clínicos graves. La eliminación de la influencia regulatoria del vago mielinizado en el corazón potencia (es decir, desinhibe) la expresión de los dos sistemas neuronales filogenéticamente más antiguos (es decir, el sistema nervioso simpático, el vago no mielinizado). Estos dos sistemas neuronales más antiguos fomentan las conductas de movilización de lucha y huida a través del sistema nervioso simpático, o las conductas de inmovilización de muerte fingida, paralización y desconexión conductual a través del vago no mielinizado. Por lo tanto, la retirada del circuito vagal mielinizado permite el acceso a los sistemas defensivos adaptativos más primitivos a un cierto coste. Si la retirada se prolonga, existe un mayor riesgo de enfermedad física (por ejemplo, trastornos cardiovasculares) y mental (por ejemplo, trastornos de ansiedad, depresión) al perderse las características protectoras antiestrés y autocalmantes del vago mielinizado y las características prosociales asociadas del sistema de interacción social.

## Neurocepción: indicios contextuales de los estados fisiológicos adaptativos e inadaptativos

Para pasar efectivamente de las estrategias de interacción defensivas a unas estrategias sociales, el sistema nervioso de los mamíferos debe realizar dos tareas adaptativas importantes: (1) evaluar el riesgo y, si el entorno se percibe como seguro, (2) inhibir las estructuras límbicas más primitivas que controlan los comportamientos de lucha, huida o paralización. En otras palabras, cualquier intervención que tenga el potencial de aumentar la sensación de seguridad de un organismo tiene el potencial de activar los circuitos neuronales evolutivamente más avanzados que mantienen las conductas prosociales del sistema de interacción social.

El sistema nervioso, mediante el tratamiento de la información sensorial procedente del entorno y de las vísceras, evalúa continuamente el riesgo. Como la evaluación neuronal del riesgo no requiere la conciencia y puede implicar las estructuras límbicas subcorticales (por ejemplo, Morris y col., 1999), se introdujo el término *neurocepción* (Porges, 2003) para señalar un proceso neuronal, distinto de la percepción, que es capaz de distinguir las características ambientales (y viscerales) que son seguras, peligrosas o que representan una amenaza vital. En los entornos seguros, el estado autónomo se regula adaptativamente para reducir la activación simpática y proteger el sistema nervioso central dependiente del oxígeno, y especialmente la corteza, de las reacciones metabólicamente conservadoras del complejo vagal dorsal. Sin embargo, ¿cómo sabe el sistema nervioso cuándo el entorno es seguro, peligroso o una amenaza vital, y qué mecanismos neuronales evalúan este riesgo?

La neurocepción puede incluir detectores de características que incluyan la corteza temporal (ver más abajo), ya que la corteza temporal responde a las voces familiares y a los rostros y movimientos de las manos y puede influir en la reactividad límbica. Por lo tanto, la neurocepción de personas familiares y personas con voces adecuadamente prosódicas y cálidos rostros expresivos se traduce en una interacción social que promueve una sensación de seguridad. En la mayoría de las personas (es decir, aquellas sin ningún trastorno psiquiátrico o neuropatología), el sistema nervioso evalúa el riesgo y hace encajar el estado fisiológico con el riesgo real del entorno. Cuando el entorno se considera seguro, se inhiben las estructuras límbicas defensivas, facilitando así la interacción social y la emergencia de estados viscerales de calma. En cambio, algunas personas experimentan un desajuste mediante el cual el sistema nervioso considera el entorno como no seguro, aunque sea seguro. Este desajuste genera unos estados fisiológicos que mantienen los comportamientos de lucha, huida o paralización, pero no las conductas de interacción social. Según la teoría, la comunicación social se puede expresar de forma eficiente a través del sistema de interacción social sólo cuando estos circuitos defensivos están inhibidos. La neurocepción representa un proceso neuronal que permite a los humanos participar en conductas sociales diferenciando los contextos seguros de los peligrosos. La neurocepción se propone como mecanismo plausible que media en la expresión y la alteración de la conducta social positiva, la regulación de las

emociones y la homeostasis visceral.

Las nuevas tecnologías, como la RMf, han permitido identificar las estructuras neuronales específicas que están implicadas en la detección del riesgo. El lóbulo temporal es especialmente interesante en la ampliación del constructo de la neurocepción y en la identificación de los mecanismos neuronales que, detectando y evaluando el riesgo, modulan la expresión de conductas defensivas adaptativas y estados autónomos. Las técnicas funcionales de diagnóstico por la imagen documentan la implicación de la corteza temporal, del giro fusiforme y del surco temporal superior en la evaluación del movimiento biológico y la intención incluyendo la detección de características (por ejemplo, como movimientos, vocalizaciones y rostros) que contribuyen a la percepción de una persona como segura o fiable (Adolphs, 2002; Winston y col., 2002). Se pueden valorar los cambios ligeros en estos estímulos como amenazadores o, alternativamente, como afectuosos. La conectividad entre estas regiones de la corteza temporal y la amígdala sugiere un mecanismo de control de arriba hacia abajo en el procesamiento de las características faciales que podría inhibir la actividad de las estructuras implicadas en la expresión de las estrategias defensivas (Pessoa y col., 2002).

La investigación neuroanatómica y neurofisiológica con animales aporta información adicional sobre la modulación y la inhibición de los comportamientos defensivos a través de unas conexiones bien definidas entre la amígdala, la materia gris periacueductal (MGP) y el sistema nervioso autónomo. La MGP es una estructura heterogénea del cerebro medio formada de materia gris que rodea el acueducto cerebral que conecta el tercer y el cuarto ventrículo. Algunos estudios han identificado áreas de la MGP que están organizadas para regular los comportamientos de huida, lucha o paralización y los estados autónomos que mantienen esos comportamientos (Keay y Bandler, 2001). Estimular rostralmente dentro de la MGP lateral y dorsolateral produce comportamientos defensivos de confrontación (es decir, de lucha), mientras que estimular caudalmente dentro de la MGP lateral y dorsolateral produce comportamientos de escapada (es decir, de huida). Los cambios autónomos (por ejemplo, los aumentos del ritmo cardíaco y la presión arterial) imitan estos comportamientos. En cambio, la estimulación en la región de la MGP ventrolateral al acueducto (MGPvl) evoca una reacción pasiva de inmovilidad, una caída de la presión arterial y un menor ritmo cardíaco. Cabe destacar que la excitación de la MGPvl evoca una analgesia tipo opioide que puede aumentar de forma adaptativa los umbrales del dolor y promover los estados disociativos que suelen presentar las víctimas de traumas. Además, existen pruebas de una conexión funcional entre el núcleo central de la amígdala y la MGPvl que reduce la percepción de dolor (es decir, antinocicepción) y promueve la inmovilización (Leite-Panissi, Coimbra y Menescal-de-Oliveira, 2003). Según la teoría Polivagal, la MGPvl se comunica con el complejo vagal dorsal (asociado con la inmovilización en respuesta a una amenaza vital), mientras que la MGP lateral y la MGP dorsolateral se comunican con el sistema nervioso simpático (asociado con los comportamientos de movilización de lucha/huida en respuesta al peligro).

La detección de la seguridad atenúa los sistemas defensivos adaptativos que

dependen de las estructuras límbicas y permite el funcionamiento de los circuitos cerebrales superiores relacionados con las áreas frontales y temporales. Este proceso puede proporcionar un modelo plausible a través del cual una detección neuronal del riesgo (es decir, la neurocepción) modularía los estados conductuales y fisiológicos para mantener las conductas adaptativas como respuesta a los entornos seguros, peligrosos y amenazantes para la vida. En ausencia de amenaza, las proyecciones inhibitorias del giro fusiforme y el surco temporal superior hacia la amígdala estarían disponibles para inhibir activamente los sistemas de defensa límbicos. Esta inhibición representaría una oportunidad para la aparición de la conducta social. Por lo tanto, la aparición de un amigo o un compañero atenuaría la activación límbica con las consecuencias bioconductuales de permitir la proximidad, el contacto físico y otros comportamientos de interacción social. En cambio, durante situaciones en las que la valoración del riesgo es elevada, la amígdala y varias áreas de la MGP se activan. La amígdala y la MGP comparten conexiones sólo mediante el núcleo central de la amígdala (Rizvi y col., 1991).

Sobre la base del riesgo relativo del entorno, las conductas de interacción social y de defensa se pueden interpretar como adaptativas o inadaptativas. Por ejemplo, la inhibición de los sistemas de defensa por parte del sistema de interacción social sería adaptativa y adecuada sólo en un entorno seguro. Desde un punto de vista clínico, la incapacidad de inhibir los sistemas de defensa en un entorno seguro (por ejemplo, trastornos de ansiedad, trastornos por estrés postraumático [TEPT], trastorno de apego reactivo) o la incapacidad de activar los sistemas de defensa en entornos arriesgados (por ejemplo, síndrome de Williams, un trastorno genético con un repertorio conductual caracterizado por una interacción sin detectar o respetar el estado emocional de los demás) podrían contribuir a las características definitorias de la psicopatología. Por ello, una neurocepción inválida de seguridad o peligro podría contribuir a una reactividad fisiológica inadaptativa y a la expresión de los comportamientos defensivos asociados con trastornos psiquiátricos específicos que incluyen, en sus criterios diagnósticos, un déficit social (por ejemplo, autismo, ansiedad social, síndrome de Williams) o miedo (por ejemplo, varias fobias, trastorno obsesivo compulsivo) (Leckman y col., 1997). Sin embargo, en la mayoría de las personas, la neurocepción refleja adecuadamente el riesgo, existiendo coherencia entre la conciencia cognitiva del riesgo y la respuesta visceral al riesgo.

Las características del riesgo en el entorno no influyen exclusivamente en la neurocepción. La retroalimentación de los aferentes desde las vísceras actúa como un mediador principal de la accesibilidad de los circuitos prosociales asociados con las conductas de interacción social. Por ejemplo, la teoría polivagal predice que los estados de movilización comprometerían nuestra capacidad de detectar indicios sociales positivos. Funcionalmente, los estados funcionales influyen en nuestra percepción de los objetos y de los demás. Por consiguiente, las mismas características de una persona interactuando con otra pueden generar una serie de resultados, dependiendo del estado fisiológico de la persona en cuestión. Si la persona con la que se interactúa está en un estado en el que el sistema de interacción social es fácilmente accesible, es probable que



se produzcan las interacciones prosociales recíprocas. Sin embargo, si la persona está en un estado de movilización, puede responder a la misma respuesta de interacción con las características asociales del retraimiento o la agresividad. En este estado, puede ser muy difícil reducir el circuito de movilización y permitir al sistema de interacción social que vuelva a conectarse.

La ínsula puede estar implicada en la mediación de la neurocepción, ya que se ha sugerido como estructura cerebral implicada en la transmisión de la retroalimentación difusa desde las vísceras hasta la conciencia. Algunos experimentos con imágenes funcionales han demostrado que la ínsula juega un importante papel en la percepción del dolor y de varias emociones, como la ira, el miedo, la repugnancia, la felicidad y la tristeza. Critchley y col. (2004) proponen que los estados corporales internos están representados en la ínsula y contribuyen a los estados de sensaciones subjetivas, y han demostrado que la actividad de la ínsula está relacionada con la precisión interoceptiva.

## Modificación de circuitos neuronales antiguos para cuerpos nuevos: cooptar el sistema de defensa por inmovilización

La inmovilización como sistema de defensa es filogénicamente antigua y se asocia con unos menores requisitos metabólicos y un mayor umbral del dolor. En los reptiles, que tienen una mayor tolerancia a las restricciones de oxígeno, la inmovilización es una estrategia defensiva muy efectiva. En cambio, como los mamíferos necesitan mucho oxígeno, la inhibición del movimiento unida a un cambio en el estado autónomo para soportar la conducta de inmovilización (es decir, apnea y bradicardia) puede ser letal (Hofer, 1970; Richter, 1957), de manera que fingir la muerte puede llevar a la muerte. En los seres humanos, fingir o disociarse como anticipación a la muerte o a un daño doloroso refleja una forma menos extrema de este tipo de respuesta.

Sin embargo, varios aspectos de la conducta social de los mamíferos requieren la inmovilización, pero lo hacen en ausencia de una amenaza vital. En estos contextos, se requiere una inmovilización sin miedo. La inmovilización sin miedo se logra cooptando las estructuras que regulan la inmovilización como respuesta a una amenaza vital para satisfacer un amplio abanico de necesidades sociales, incluyendo la reproducción, la crianza y los vínculos de pareja. El área de la MGP que coordina el comportamiento de paralización, como parte del sistema defensivo de inmovilización primitivo, se ha modificado en los mamíferos para satisfacer sus necesidades sociales íntimas. Además, se ha demostrado que la MGPvl es rica en receptores de oxitocina, un neuropéptido asociado con el alumbramiento, la crianza y el establecimiento de vínculos de pareja (Carter, 1998; Insel y Young, 2001).

Durante el proceso de evolución, el circuito de inmovilización se modificó para permitir los comportamientos prosociales asociados con la reproducción y la crianza. Este circuito permite a los humanos dormir de forma segura con otros y a los bebés criarse con seguridad con el pecho de su madre. Superpuestas con el área de la MGP que organiza la inmovilidad (es decir, la MGPvl) están unas áreas que, si se estimulan, producen lordosis y cifosis. El reflejo de lordosis es una conducta de base hormonal que muestran los roedores hembra y otras especies de mamíferos durante el apareamiento. En la mayoría de los animales, la lordosis significa que la hembra se inmoviliza en una postura agachada dejando accesible la parte posterior para la copulación con el macho. Algunos estudios neuronales han demostrado que la MGPvl forma parte del circuito neuronal implicado en la regulación de la lordosis (Daniels, Miselis y Flanagan-Cato, 1999). La cifosis es una postura arqueada de la espalda que va acompañada por la inhibición de los movimientos de las extremidades. La cifosis se ve estimulada cuando las crías se enganchan a los pezones y permite a las madres alimentar simultáneamente a una camada grande. Cuando las madres inician el amamantamiento, su estado conductual cambia inmediatamente, pasando de mucha actividad a la inmovilidad (Stern, 1997). Cuando se lesiona la porción caudal de la MGPvl, ello tiene importantes consecuencias: (1) la crianza cifótica disminuye, (2) se reduce la ganancia de peso de la camada y (3) las ratas lesionadas son más agresivas y atacan con más frecuencia a machos desconocidos

(Lonstein y Stern, 1998). Los seres humanos, de manera similar a otros mamíferos, han cooptado este antiguo circuito de inmovilización para reforzar las conductas de crianza y reproducción.

## Modificación de circuitos neuronales antiguos para nuevos cuerpos: cooptar el sistema de defensa de movilización

A menudo, los comportamientos de juego agresivo observados en los mamíferos se interpretan como ejercicios preliminares para desarrollar los comportamientos defensivos y agresivos adaptativos. Sin embargo, el juego también es inherentemente motivador y proporciona una experiencia única y positiva (Panksepp, 1998a). El juego, al menos el juego agresivo, está caracterizado por la movilización. Por lo tanto, el juego comparte con los comportamientos defensivos de lucha/huida un sustrato neurofisiológico que funcionalmente aumenta la producción metabólica aumentando la excitación simpática. Junto con la excitación simpática, se produce un retraimiento de las vías vagales mielinizadas característico del freno vagal. Del mismo modo que los mecanismos primitivos que median en la inmovilización en respuesta a una amenaza vital se pueden cooptar para reforzar los procesos de amor y crianza, los mecanismos de movilización también se pueden cooptar para facilitar los comportamientos defensivos de lucha/huida y el juego placentero.

¿Cómo se distingue el juego del comportamiento agresivo? Más importante aún, ¿hay procesos neuroceptivos que reducen o potencian las represalias agresivas? Si observamos el juego, podemos observar indicios fiables que llevan a un comportamiento agresivo o tranquilizador. Con frecuencia, el juego conduce a actos que son dolorosos y potencialmente agresivos. Por ejemplo, a menudo un compañero de juego puede quedar herido, algo que puede suceder con varias especies de mamíferos. Cuando los cachorros juegan, pueden morder demasiado fuerte y provocar un grito de dolor en su compañero de juego. Cuando un ser humano juega con un perro, el perro puede recibir accidentalmente un golpe en un lugar vulnerable y blando como el hocico. Cuando los seres humanos practican un deporte como el baloncesto, alguien puede recibir un codazo en la cara. ¿Cómo se suavizan estas situaciones? ¿Qué procesos permiten que se contenga la rabia y se reinicie el juego?

Acceder al sistema de interacción social puede transformar la agresividad potencial en juego. El sistema de interacción social indica a los demás que la intencionalidad del comportamiento es benigna. Por ejemplo, es posible que se desate una pelea si la persona que accidentalmente da un golpe en la cara a otra persona jugando al baloncesto se va sin suavizar la tensión mediante una expresión cara a cara de preocupación. Del mismo modo, el juego no se reanuda si los cachorros que están jugando no tienen interacciones cara a cara después de un mordisco accidental pero doloroso. El autismo se asocia con una ausencia de juego interactivo (es decir, paralelo), lo cual ratifica la importancia del sistema de interacción social en el proceso de juego. Por consiguiente, el acceso al sistema de interacción social es crítico para definir la movilización como juego y no como agresividad. Los deportes de equipo, prevalentes en nuestra cultura, implican estrategias de movilización que requieren interacciones cara a cara para indicar la intencionalidad, y todas integran características del sistema de interacción social con movilización.

Correr y otras formas de ejercicio también generan un estado fisiológico similar a los deportes en equipo o al juego agresivo. Sin embargo, a diferencia del ejercicio, la «definición polivagal» del juego requiere interacciones recíprocas y ser consciente constantemente de las acciones de los demás. El juego es distinto de los comportamientos de lucha/huida. Aunque los comportamientos de lucha/huida suelen requerir ser conscientes de los demás, no requieren interacciones recíprocas ni una capacidad de limitar las movilizaciones. El juego solicita otro circuito que permite la contención de los comportamientos agresivos y defensivos. La rápida activación del sistema de interacción social resulta en una evaluación cara a cara inmediata de si existe una intencionalidad en el acontecimiento que ha provocado la respuesta dolorosa. Algunas áreas de la corteza, como el surco temporal superior, representan una localización plausible de este proceso neuroceptivo. Se ha sugerido que el surco temporal superior evalúa el movimiento biológico y la intencionalidad. Por lo tanto, a través de esta región del cerebro, las voces familiares, los gestos tranquilizadores y la expresión facial adecuada pueden rápidamente suavizar un posible conflicto físico. Incluso los perros que gimen tras haber sido golpeados en el hocico o mordidos en la pata jugando van a mantener rápidamente una interacción cara a cara y a esperar un gesto que les indique con seguridad que el acontecimiento no ha sido intencionado.

¿Cómo nos calma el sistema de interacción social e impide que expresemos actos agresivos inadecuados? En primer lugar, existen unas vías inhibitorias desde la corteza temporal que reducen la reactividad límbica asociada con los comportamientos defensivos. En segundo lugar, como Gellhorn (ver más arriba) observó hace casi cincuenta años, la actividad de los músculos del rostro influye en las estructuras cerebrales que regulan el estado visceral. Este efecto se observa frecuentemente en mamíferos de todas las edades, desde niños muy pequeños que usan los comportamientos de succión para calmarse, hasta personas mayores que usan la conversación, la escucha, la sonrisa y la ingesta para calmarse. Consecuentemente, y a diferencia de estas estrategias de evitación del conflicto, alejarse del conflicto o girar la cabeza puede desencadenar una reacción violenta.

Investigando los mecanismos fisiológicos únicos involucrados en el juego, descubrimos las propiedades únicas de las interacciones recíprocas que pueden definir el juego y diferenciarlo del ejercicio y otros comportamientos solitarios. El juego requiere (1) hacer turnos en los movimientos motores expresivos y (2) la inhibición receptiva recíproca de la actividad. Ambas cosas también se observan al hablar y al escuchar, al lanzar algo y cogerlo, y al esconderse y buscar. Cuando existe una actividad y un contacto mutuos, como ocurre en el juego agresivo, hay más oportunidades de malinterpretar los indicios y de que se produzcan conductas agresivas. Sin embargo, si se produce rápidamente una interacción cara a cara con las características adecuadas de preocupación y empatía, entonces el estado fisiológico basado en el contacto físico se evalúa en términos de intencionalidad y se suaviza con los indicios adecuados intercambiados entre dos sistemas de interacción social implicados en este intercambio. Aunque el juego puede compartir algunos de los mecanismos neuronales implicados en

los comportamientos de lucha/huida, a diferencia del ejercicio solitario, el juego requiere una regulación neuronal dinámica del estado para garantizar unas interacciones seguras. Por consiguiente, la activación simpática para aumentar la producción metabólica para mantener la actividad motora y el freno vagal para limitar la movilización y mantener la función del sistema de interacción social se activan para mantener una actividad mutuamente lúdica.

Otro proceso adaptativo tiene que ver con la coactivación de los procesos simpáticos inhibidores excitativo y vagal. Este proceso se asocia con la excitación sexual, otro estado vulnerable que evolucionó para requerir interacciones cara a cara a la hora de evaluar la intencionalidad del contacto físico para determinar si los comportamientos son afectuosos o dañinos.

## Resumen

La teoría polivagal intenta reorganizar nuestra conceptualización del sistema nervioso autónomo centrándose en los circuitos neuronales implicados en la regulación de los órganos viscerales para las funciones adaptativas, incluyendo funciones en el ámbito del afecto, las emociones y los comportamientos orientados a metas. La teoría identifica las variables específicas que se pueden utilizar para evaluar dinámicamente la regulación neuronal cambiante de los circuitos adaptativos. En el modelo teórico están implícitas cuatro características prominentes que tienen un impacto directo en el desarrollo de hipótesis comprobables: (1) el papel de las estructuras cerebrales específicas y de los circuitos neuronales en la regulación del estado autónomo; (2) la justificación de métodos de desarrollo que puedan diferenciar y hacer un seguimiento de la producción vagal dinámica hacia los órganos diana mediante el vago mielinizado, que se origina en el núcleo ambiguo, y el vago no mielinizado, que se origina en el núcleo motor dorsal; (3) el papel de los aferentes viscerales y de los detectores de características sensoriales con respecto al intercambio que se produce entre los circuitos neuronales que regulan el estado autónomo; y (4) la relación entre la regulación de los órganos viscerales y la regulación de los músculos estriados del rostro y de la cabeza implicados en las conductas de interacción social, incluyendo el reconocimiento de los afectos y la expresión emocional.

La teoría polivagal sugiere que los estados afectivos o emocionales dependen de la regulación por parte del cerebro inferior del estado visceral y de los importantes indicios viscerales, táctiles y nociceptivos que circulan entre el cerebro y la periferia. A través de la lente de la teoría polivagal, los estados corporales fomentan diferentes ámbitos de comportamiento. Específicamente, se ha descrito la regulación neuronal de cinco estados fisiológicos, y cada estado se ha relacionado con un repertorio conductual específico de base biológica:

1. *Interacción social*: Un estado dependiente de un sistema de interacción social bien definido que promueve las interacciones sociales positivas, reduce la distancia psicológica y promueve una sensación de seguridad entre las personas.
2. *Movilización – lucha/huida*: Este estado mantiene los comportamientos de lucha y huida y requiere un aumento de la producción metabólica.
3. *Juego y preliminares*: Mezcla de lo anterior. El juego es un estado híbrido que requiere características de los estados de movilización, «activación» e interacción social.
4. *Inmovilización – amenaza vital*: Este estado se asocia con una amenaza vital y se caracteriza por una reducción de la producción metabólica y por comportamientos de desconexión. Este circuito neuronal primitivo funciona bien en los reptiles, pero es potencialmente letal en los mamíferos.
5. *Inmovilización sin miedo*: Este estado se asocia con los estados prosociales y positivos que requieren una reducción del movimiento sin la reducción masiva de

los recursos metabólicos. Este circuito activa vías desde el circuito de inmovilización y se usa durante la crianza, el nacimiento de los hijos, los comportamientos reproductivos y los procesos digestivo y restaurativo.

Funcionalmente, estos cinco estados influyen en nuestra percepción de los objetos y de los demás. Por consiguiente, las mismas características de una persona que interactúa con otra pueden generar una serie de resultados si la persona en cuestión se encuentra en un estado fisiológico diferente. Si la persona con la que se interactúa se encuentra en un estado en el que el sistema de interacción social es fácilmente accesible, es probable que ocurran las interacciones prosociales recíprocas. Si la persona está en un estado de movilización, puede responder a la misma respuesta de interacción con las características asociales del retraimiento o la agresividad. Este modelo de estímulo-organismo-respuesta recuerda a Woodworth (1928), que postuló un modelo E-O-R con la intervención de un organismo activo entre el estímulo y la respuesta. En el modelo de Woodworth, procesos internos del organismo mediaban en los efectos del estímulo sobre el comportamiento. En la teoría polivagal, la neurocepción es un modelo E-O-R. En este contexto, el estado autónomo es un proceso intermedio que contribuye a la transformación del estímulo físico externo en los complejos procesos cognitivo-afectivos internos que determinan la calidad de la interacción interpersonal.

Los cinco estados descritos anteriormente encajan con los estados fisiológicos subyacentes necesarios para expresar satisfactoriamente los siete sistemas de base neurológica descritos por Panksepp (1998a, ver también el capítulo 1 de este libro). Además, la perspectiva polivagal, que pone el acento en los cambios filogénicos en la regulación visceral, ofrece un punto de vista único sobre el uso de los constructos psicológicos. Por ejemplo, la teoría polivagal conduce a tres fenotipos viscerales distintos para la emoción del miedo. Un tipo está caracterizado por las estrategias de movilización que encajan con las características de los comportamientos de lucha/huida. Un segundo tipo está caracterizado por la inmovilización (por ejemplo, muerte fingida), un estado bioconductual que, debido a la depresión metabólica, puede ser potencialmente letal para los mamíferos. En los seres humanos, se puede observar como desvanecimiento, defecación o disociación. Un tercer tipo es más bien una valoración e incluye una depresión transitoria del sistema de interacción social como respuesta preventiva para evaluar la intencionalidad de los comportamientos. Si un comportamiento se detecta como peligroso, entonces se activa el sistema nervioso simpático para soportar los comportamientos de movilización de lucha/huida. Las tres son respuestas de «miedo», pero tienen diferentes topografías conductuales y diferentes sustratos neurofisiológicos subyacentes. Por lo tanto, el conocimiento de las experiencias afectivas y la estrategia de organizar estas experiencias en constructos psicológicos en forma de «emociones» puede reforzarse con el conocimiento de la covariación entre los cambios filogénicos específicos en la regulación neuronal de las vísceras y la naturaleza adaptativa de estos diferentes estados afectivos en los vertebrados filogénicamente más antiguos.



## Comentarios finales

Para optimizar las estrategias de estudio de la relación entre la función del sistema nervioso y los trastornos clínicos y las experiencias afectivas, la neurociencia de los afectos deberá incorporar metodologías y probar hipótesis basadas en nuestro creciente conocimiento de la neurofisiología y de las estructuras centrales implicadas tanto en la valoración del contexto (es decir, la neurocepción) como en la regulación neuronal del estado visceral. Estas cuestiones motivaron a investigadores anteriores (por ejemplo, Cannon, Darwin, James, Gellhorn, Hess) y contemporáneos (por ejemplo, Critchley, 2005; Ekman, Levenson, Friesen, 1983; Thayer y Lane, 2000) a intentar rellenar el hueco entre los estados viscerales y las etiquetas subjetivas de las experiencias afectivas (es decir, las emociones). Para rellenar este hueco, son necesarias nuevas metodologías capaces de evaluar los cambios dinámicos en las diferentes variables fisiológicas (por ejemplo, la respiración, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, el tono vasomotor, la actividad motora), así como en las interacciones entre estas variables, en un contexto cambiante. La Teoría Polivagal se desarrolló en respuesta a estas necesidades.

La teoría polivagal ofrece una perspectiva para desmitificar las características de los trastornos clínicos. Incluye unos principios que organizan los síntomas anteriormente considerados dispares observados en varios trastornos psiquiátricos (es decir, un funcionamiento comprometido del sistema de interacción social). Además, explicando las características de los trastornos desde un punto de vista adaptativo, se pueden diseñar unas intervenciones que activen los circuitos neuronales que promuevan unas conductas de interacción social espontáneas y reduzcan la expresión de estrategias defensivas que alteren las interacciones sociales.

# 3

# Funciones de la emoción en la infancia

*Regulación y comunicación del ritmo, la afinidad y el significado en el desarrollo del ser humano*

*Colwyn Trevarthen*

*En las familias saludables, el bebé forma un vínculo seguro con sus padres con la misma naturalidad con la que respira, come, sonríe y llora. Esto ocurre fácilmente gracias a la sincronización de las interacciones de sus padres con él. Sus padres perciben sus estados fisiológicos/afectivos y responden a ellos de manera sensible y completa. Más allá de simplemente satisfacer sus necesidades únicas, sin embargo, sus padres «bailan» con él. Centenares de veces, día tras día, bailan con él.*

*Hay otras familias en las que el bebé ni baila ni escucha el sonido de ninguna música. En estas familias, el bebé no forma estos vínculos seguros. En lugar de eso, su tarea –su continuo sufrimiento– es aprender a vivir con unos padres que son poco más que unos extraños. Los niños que viven con extraños ni viven bien ni crecen bien.*

–Hughes (2006, p. ix)

Las emociones tienen un poder de sanación porque son *reguladores activos* de la vitalidad en movimiento y los principales *mediadores de la vida social*. Desde la infancia, las emociones protegen y sostienen el espíritu móvil personificado y combaten el estrés. Y lo hacen en las relaciones entre personas que comparten íntimamente propósitos e intereses (Trevarthen, 2005a). Marcando las experiencias con sensaciones, las emociones nos permiten conservar un registro de los beneficios y los riesgos de los comportamientos, y establecen valoraciones de las intenciones y objetivos de estos comportamientos (Freeman, 2000; Panksepp, 2005a). De manera más importante, las emociones humanas unen a las personas en la vida familiar y comunitaria, transmiten el bienestar, la cooperación y los conflictos de nuestras ocupadas vidas (Smith, 1759/1984; Zlatev y col., 2008).

La vida en desarrollo de los niños está protegida por unas potentes sensaciones morales y estéticas que les ayudan a aprender en compañía de los adultos, a beneficiarse de su mayor experiencia, y a convertirse en actores con los adultos en un mundo con sentido, con sus gustos y aversiones convencionales y exigentes tareas prácticas (Bråten, 1998; Dissanayake, 2000; Donaldson, 1992; Reddy y Trevarthen, 2004; Trevarthen, 2002, 2005 a y b). Con la guía de las emociones que los relacionan con los demás y que estiman cuánto los aprecian, los seres humanos encuentran su papel y su personalidad en la sociedad, mientras aprenden a dominar el conocimiento acumulado históricamente y

las destrezas de una cultura (Gratier y Trevarthen, 2008; Legerstee, 2005; Stern, 2000; Trevarthen, 1989, 1998, 2001a). El aprendizaje sobre las personas y las cosas desempeña un papel creativo fundamental, pero existe una fuerte y capaz base de motivos y emociones innatas que *animan y evalúan* el aprendizaje. En cierto modo, esto es a lo que me refiero cuando hablo de *movimiento*: cómo nos animan los motivos y las emociones innatas. Incluso los niños pequeños experimentan *orgullo* en sus logros, *remordimiento* ante los fracasos, y *culpabilidad* ante el mal comportamiento. El orgullo y el remordimiento son sensaciones humanas *básicas* de todas las personas, esenciales para el trabajo de las relaciones y la regulación de la conciencia; no son técnicas sociales aprendidas (Draghi-Lorenz, Reddy y Costall, 2001; Reddy, 2005, 2008; Trevarthen, 2009; Trevarthen y Reddy, 2007). El lugar de cada persona joven en la comunidad está regulado por otras sensaciones básicas, como la *admiración* y la *envidia*, que no pueden reducirse a sensaciones de placer o de dolor en un único yo (Hart y Legerstee, en prensa).

En una psicología que sitúa la experiencia interpersonal en el centro de la comprensión humana (Reddy, 2008), todas las funciones de la emoción pueden verse interpretando su papel en la vida intuitiva y «autodidáctica» de los bebés o niños pequeños, y hacerlo antes de que el lenguaje permita articular ninguna interpretación, creencia o explicación. Las cogniciones y las «teorías de la mente» (aunque puedan elaborar y guiar las emociones con la experiencia) no pueden, por sí mismas, *formar* las emociones ni *sanarlas*. La empatía, o *pensar en* las emociones de los demás, no basta. Lo necesario para que la vida emocional con los demás prospere es la *afinidad recíproca y genuina de impulsos y sensaciones y el compañerismo intuitivo de propósitos* logrados mediante la vitalidad coordinada de «emociones relacionales» dinámicas con las personas (Stern, 1993; Panksepp y Trevarthen, 2008). Como indica claramente la palabra original en griego, *em-patía* es una proyección unilateral en una emoción «sobre» un objeto por parte del yo, mientras que *sim-patía* es compartir creativamente las sensaciones, del tipo que sean, «con» otra u otras personas, buscando la sensibilidad mutua inmediata entre amigos u oponentes (Smith, 1777/1982). La diferencia es que en la simpatía (afinidad) existe la motivación de la cooperación y la negociación social de un papel (Reddy y Trevarthen, 2004) incluso entre niños en grupos (Bradley, 2008).

En este capítulo, describo los hallazgos sobre las emociones de los niños que ayudan a explicar cómo los motivos propios y de los demás y las emociones guían las intenciones y las cogniciones en los adultos. Analizo algunos hechos sobre la formación de los sistemas neuronales en el cerebro del embrión y del feto humano que, aunque son homólogos con sistemas de otras especies, muestran unas adaptaciones únicas para unos esfuerzos interindividuales más elaborados y cooperativos. El relato comparativo nos conduce a la teoría de las funciones de las emociones específicamente humanas para (1) la regulación subjetiva –influir en las acciones del Yo como un agente integrado activo (*en movimiento*) que tiene varios propósitos–; (2) la regulación intersubjetiva de *ser movido* –actuar *con los demás* en relaciones cercanas y para la negociación de un lugar o «identidad» en el mundo social o la comunidad–, y (3) la traducción intergeneracional del

*significado en la cultura* –la comprensión del conocimiento y de las destrezas–.

## Una nueva teoría de la mente del niño y una nueva ciencia cerebral de la comunicación

Hace cuatro décadas, un método descriptivo distinto para realizar estudios empíricos sobre la conciencia de los niños dio lugar a una mejor valoración de los talentos humanos innatos y de las sensaciones positivas para la vida intersubjetiva y para el aprendizaje del significado (Trevvarthen, 1977). También dio lugar a una nueva teoría de los motivos básicos que animan a compartir la vida, motivos que anteriormente habían sido relegados por la razón a un «inconsciente» defensivo regido por unas emociones perturbadoras. Las ciencias médica y psicológica, centradas en las elaboradas reglas del habla y la racionalidad, habían concluido que estos talentos no existían en la fase preverbal de la vida. La opinión prevalente era que un recién nacido era un organismo con reflejos adaptados para responder a los cuidados maternos del cuerpo y de sus funciones vitales, activadas o calmadas por los estímulos, pero carente de la conciencia coherente de un yo activo y, por consiguiente, incapaz de una respuesta «mental» ante las intenciones de los demás. Según este punto de vista, las «emociones» expresadas por el bebé eran meras señales de una incomodidad o necesidad fisiológica. Por ejemplo, las sonrisas se consideraban automáticas, expresiones mecánicas de estímulos viscerales. Como afirma Brazelton, «el antiguo modelo de pensamiento del recién nacido como desvalido y conformado por su entorno nos impedía ver su poder como parte comunicante en la interacción temprana madre-padre-niño. Ver al neonato como caótico o insensible nos permitía vernos a nosotros mismos actuando “sobre” él en lugar de “con” él» (1979, p. 79).

El uso de vídeos de niños pequeños y sus madres en situaciones comunicativas seguras e íntimas para analizar detalladamente el ritmo y la expresión permitió a Daniel Stern y col. en Nueva York (Stern, 1971; Jaffe y col., 1973; Stern y col., 1975; Beebe y col., 1979) y a algunos de nosotros en el Centro de Estudios Cognitivos de Jerome Bruner de Harvard (Bruner, 1968; Richards, 1973; Ryan, 1974; Trevvarthen, 1974, 1977, 1979) demostrar que los niños pequeños nacen en realidad con intenciones de juego y con sensibilidad a los ritmos y a las modulaciones expresivas del habla de la madre y a sus expresiones visibles y su contacto. Más tarde, Stern describió el fenómeno que guiaba los patrones de movimiento que el niño y la madre realizaban juntos como una «sincronización» de los afectos (Stern y col., 1985; Stern, 1985/2000). Condon y Sander (1974) demostraron que el ritmo interpersonal de las interacciones madre-hijo tenía la misma sincronización identificada al estudiar vídeos de regulaciones conversacionales entre adultos interactuando.

Al trazar el comportamiento de los niños durante el primer año de vida, quedó claro que los niños evocaban una «crianza intuitiva» (es decir, la comunicación de estados mentales dinámicos y la construcción de narrativas compartidas de experiencias o «significados» que tienen la propiedad rítmica y melódica de los que Hanus y Mechtild Papoušek llamaban «musicalidad»; Papoušek y Papoušek, 1987; Papoušek, 1996). Como concluyó Mary Catherine Bateson (1979), las destrezas de los niños pequeños,

con sus efectos estimulantes en las expresiones de la madre, eran claramente adaptaciones no sólo para el aprendizaje de los símbolos del lenguaje sino, según ella, de otras convenciones culturales, incluyendo las «prácticas rituales de sanación». Llamaba a las interacciones íntimas entre una madre y su bebé de nueve semanas «protoconversaciones». Por lo tanto, los caminos descubiertos en los años setenta y los ochenta nos llevaron a algunos de nosotros, independientemente, a aceptar a *los niños pequeños como personas, instintivamente dotadas de emociones, que buscan compañerismo en el conocimiento y en las destrezas*.

Desde los años noventa, la ciencia cerebral también ha desarrollado métodos de observación que revelan actividad en el cerebro de personas vivas mientras estas personas están ocupadas respondiendo a los movimientos de los demás (Rizzolatti y Airbib, 1998; Decety y Chaminade, 2003). Ahora sabemos que en las regiones corticales y subcorticales del cerebro se producen acontecimientos diseminados que son específicos para las emociones y las intenciones, y que estos *animan* la adquisición del conocimiento conceptual o de las destrezas motoras (Schore, 1994; Panksepp, 1998a, 2005; Damasio, 1999; Gallese, 2005; Trevarthen, 2001b). Ha quedado perfectamente claro que la dinámica y las características corporales de la actividad cerebral que dirigen y evalúan los movimientos realizados por una persona reciben la respuesta por parte de la actividad cerebral de otra persona que las siente por afinidad inmediata (Decety y Chaminade, 2003; Gallese, 2003; Gallese y col., 2004; Panksepp y Trevarthen, 2009).

Las acciones, incluso las de un recién nacido, son inteligentes y conscientes (Trevarthen y Reddy, 2007; Trevarthen, 2009). Los motivos que coordinan sus movimientos son la base de la experiencia. El cerebro humano es un órgano evolucionado para formular planes para moverse, para evaluar las posibilidades de acción emocionalmente y para compartir sus motivos y sensaciones socialmente. Las expresiones emocionales de una persona y la respuesta afín a éstas provocadas en otra persona se asocian con una mayor actividad en las mismas regiones cerebrales en ambos individuos, con elementos subcorticales, límbicos y neocorticales entre los sistemas activos. Cabe destacar que las regiones de la corteza implicadas en la creación y el reconocimiento de patrones coordinados de expresiones faciales y vocales, incluyendo los que a la larga producirán y recibirán el lenguaje, ya se han especializado para esas funciones en un niño de dos meses (Tzourio-Mazoyer y col., 2002). Claramente, el cerebro humano es un órgano tanto intencional como intersubjetivo antes de ser lingüístico, y las emociones que regulan el movimiento y el hecho de ser movido en un contacto íntimo son su principal medio de comunicación.

Por consiguiente, la psicología del desarrollo y la ciencia cerebral funcional se unen para presentar nuevas pruebas de que el cerebro de los niños pequeños está anatómicamente y funcionalmente equipado con intenciones y sensaciones. El cerebro del niño también tiene en su interior las bases emocionales para aprender y articular las convenciones simbólicas identificándose con las intenciones y las sensaciones que las otras personas expresan en sus movimientos (el significado de sus acciones) (Kühl, 2007). Se ha encontrado una nueva psicología de la infancia, de la salud mental de los niños pequeños,

y de los fundamentos de la vida mental cooperativa humana y de las acciones colaborativas (Trevarthen y Aitken, 2001).



## Psicobiología de los motivos y las emociones en la infancia

Para explicar la competencia de niños incluso recién nacidos a la hora de mantener interacciones sensibles de dos tipos («regulación de las funciones corporales» y «vínculos mentales psicológicos») necesitamos una teoría psicobiológica sobre las evaluaciones emocionales que se *generan activamente* en el centro subcortical del cerebro, en los sistemas neuronales, que se forman y funcionan desde antes del nacimiento, que resaltan la motivación (Merker, 2006; Panksepp y Trevarthen, 2008). Esta teoría debe venir primero, antes de la teoría de la *plasticidad* de una corteza cerebral sumamente impresionable bajo la influencia de estimulaciones impuestas, recompensas y castigos. Los estudios neuropsicológicos, así como los estudios de los sistemas neuroquímicos de la emoción en animales, han demostrado que los sistemas subhemisféricos «expectantes ante el entorno» activan y dirigen la regulación consciente de las acciones hábiles rítmicas y la retención de las experiencias episódicas en desarrollo (Panksepp y Trevarthen, 2009).

Todas las acciones adaptativas (es decir, los «movimientos de vida» que se producen a diferentes escalas temporales y en distintos períodos de experiencia sentida, imaginada y recordada), dependen de la actividad en las redes neuronales innatas que generan espacio relacionado con el cuerpo y tiempo en las acciones motoras, y que las regulan a través de la sensibilidad según el ritmo de los acontecimientos dentro y fuera del cuerpo (Trevarthen, 1999, 2008b). Las acciones de un niño pequeño y su forma de experimentar las expresiones de las otras personas están determinadas por una sensación compartida de «sincronización» con unos ritmos de movimiento medidos en el presente (Stern y col., 1985; Stern, 1999, 2004), y una sensación progresiva y «narrativa» de tiempo (Malloch, 1999; Gratier y Trevarthen, 2008). En esta sensación de tiempo, el flujo de energía en la acción y de entusiasmo en la anticipación de experiencias conecta los pocos segundos de actividad presente con un futuro imaginado y un pasado recordado (Trevarthen, 1999). Desde la infancia, las interacciones humanas muestran las dimensiones de «pulso», «calidad» y «narrativa» de lo que Stephen Malloch (1999) ha definido como una «musicalidad comunicativa». Una teoría de la *biocronología del movimiento humano* y la ritualización comunitaria de las acciones interpreta estas regularidades panhumanas de la vida intersubjetiva en términos neurobiológicos (Malloch y Trevarthen, 2009; Osborne, 2009; Trevarthen, 2008a, 2008b).

Cuando estamos en presencia de otros, incluso cuando están a cierta distancia y de forma «pública», podemos percibir sus estados de interés, motivación y autorregulación a partir de sus posturas (o actitudes) y gestos en relación con las circunstancias, a partir de la velocidad y la modulación de sus movimientos y, si vocalizan, a partir de los ritmos, los tonos, la intensidad y la calidad de su voz. No necesitamos escuchar lo que dicen. Prestamos atención a cómo y dónde miran, a los cambios en su expresión facial, a las sutiles variaciones de los movimientos de sus manos, así como a los cambios prosódicos en sus vocalizaciones y su habla. Más especialmente, estamos pendientes de cómo responden esos comportamientos a nuestros propios motivos y sensaciones. En un

contacto muy íntimo, sentimos la suavidad de su tacto, la tensión de su cuerpo y percibimos su respiración y los menores cambios en su expresión vocal. Obtenemos información dinámica de sus motivos y del estado cognitivo desde los movimientos de su cuerpo para interactuar con los otros o para moverse en el mundo, y desde los cambios de sus estados internos propioceptivos (percepción corporal) y viscerales, que se hacen evidentes en sus expresiones y gestos (Trevarthen, 2001b; Trevarthen y col., 2009, en prensa). En el trabajo clínico, se puede obtener información a partir de lo que la gente dice que siente, cree o piensa, y sobre quién es importante en su vida. Pero el clínico también debería saber que las expresiones más intuitivas del cuerpo y su estado afectivo también son significativas e informan sobre su contacto con el cliente en el momento presente y a lo largo de la terapia (Stern, 2004).

## Descripción de los usos de la emoción humana

Los etólogos describen las señales emocionales de los animales que median en las transacciones esenciales de la caza (entre el depredador y su presa así como en las depredaciones coordinadas en grupo), del cortejo, del apareamiento y del cuidado parental; todas ellas para sostener la sociedad cooperativa de las especies. Cada especie tiene un sutil «vocabulario» de señales emocionales transmitidas mediante movimientos corporales, y muchas presentan pruebas del aprendizaje de las «convenciones» de la expresión que mantienen unidas a una familia o a un grupo mayor en el desempeño de actividades colaborativas (Wallin, Merker y Brown, 2000).

### *Emociones sociales*

En las relaciones humanas, aceptamos que todos nuestros contactos y relaciones se ven influidas por afectos de un tipo o de otro. Tenemos cambiantes estados de ánimo de *felicidad* robusta o de agotadora *tristeza* y *ansiedad*, que son sensiblemente percibidos, con mayor o menor consideración, por los demás. El modo en que los demás responden a nuestras emociones nos afecta, transmitiéndonos sensaciones de *amor* y *admiración* o *aversión* o, en asuntos cooperativos, de *orgullo* por los logros que sometemos a su aprobación, o de *remordimiento* si percibimos que hemos actuado mal o no hemos hecho lo que se esperaba de nosotros. También nos situamos a nosotros mismos en relación con los comportamientos *entre* los demás, experimentando admiración o envidia, o placer generoso o celos por sus logros y acciones juntos. Incluso los bebés y los niños pequeños preverbales son seres sociables en este sentido, equipados con unas sensaciones que reflejan su percepción sobre cómo encajan con sus semejantes en grupos (Selby y Bradley, 2003; Nadel y Muir, 2005; Bradley, 2008; Hart y Legerstee, 2009, en prensa). Además, cada uno de nosotros sentimos que somos una persona que posee un carácter que básicamente se describe en términos emocionales, que cuenta cómo parece que nos *sentimos* en relación con lo que hacemos con respecto a la vida y a los demás. Tenemos *seguridad* en nosotros mismos o somos *tímidos* en nuestra presentación social, *rápidos* o *lentos* en pensamiento y acción, *modestos* u *obstinados* con respecto a nuestras opiniones, *considerados* o *impacientes* con los demás, *creativos* e *intrépidos* o *metódicos* y *controlados*, *agradables* o *desagradables*. En todos los aspectos, los comportamientos emocionales humanos parecen estar adaptados para expresar cómo regulamos nuestras intenciones y nuestras experiencias y cómo vivimos con los demás, en las relaciones y en la sociedad.

En el momento presente, existen fuerzas emocionales dentro y entre nosotros, que también influyen poderosamente tanto en lo que *imaginamos* o *anticipamos* que puede pasar en el futuro como en lo que *recordamos* de un pasado que puede ser tan largo como la historia de nuestra vida. Más importante aún, las emociones dan a las personas que conocemos y con las que interactuamos papeles en nuestra «historia narrativa personal». Todas nuestras historias obtienen un significado social a través de las

convenciones de los juicios estéticos y morales que inventamos para ellas, y nuestras creaciones culturales sirven para crear una «morada», por así decir, en la que las acciones prácticas tienen valores convencionales que reflejan las emociones que compartimos. Los niños aprenden, a través de la negociación con sus compañeros, diferentes usos sociales para las emociones con las que han nacido (Nader y Muir, 2005; Gratier y Trevarthen, 2008).

Los niños pequeños nacen no sólo con la regulación propioceptiva de los movimientos de toda una subjetividad o yo consciente, en el presente; también son sujetos creadores de significado con intuiciones lúdicas que requieren a compañeros imaginativos que validen estos significados, ayudando a desarrollar nuevas ideas de movimiento útiles, intersubjetivamente. Los bebés tienen emociones basadas en el hecho de compartir los significados inventados por los seres humanos, dándoles el valor de «sentido humano» (Donaldson, 1978). La atención conjunta a acontecimientos señalados en el mundo no basta, y las palabras no son necesarias. El elemento crucial es una *atención mutua* cargada afectivamente y una regulación «alteroceptiva» de las acciones realizadas conjuntamente; la afinidad de intereses y de evaluaciones emocionales expresadas en movimiento que hacen que la conciencia cooperativa y el emprendimiento conjunto sean posibles y memorables (Braten y Trevarthen, 2007).

### *Materialización de las emociones como principios activos, no como meras reacciones*

Las emociones, definidas por Stern (1993) como protectoras de la vitalidad en relación con los objetivos de las acciones y en las relaciones, no sólo como categorías de expresión facial, son evidentemente estados reguladores epigenéticos o «agencias» que crecen en la mente de un organismo y que se adaptan de formas *creativas*, haciendo que encajen los motivos de las acciones (Whitehead, 1929). Hacen que las imágenes y los planes de hacer cosas con movimiento sean seguros y factibles, para que encajen del mejor modo posible en las contingencias del entorno. La afinidad de los demás permite que las emociones expresadas se conviertan en más que una autoexpresión (adquieren un valor intersubjetivo o moral en el espacio transaccional entre el yo y los demás). La promoción de un contacto seguro y factible con los demás debe tener en cuenta también sus sensaciones, y debe reaccionar ante las contingencias que surgen en el intercambio comunicativo de expresiones y acciones con ellos.

Las funciones clave de la emoción en los apegos y en la regulación de una vida humana con significado son las siguientes:

- *Integración y conexión con la regulación de las funciones corporales.* Las emociones han evolucionado para ser correctivas e integradoras para la vida, *dentro* del cuerpo de un agente o de un yo activo y móvil. Los cambios de intenciones emocionales en el sistema nervioso central (SNC) van unidos a las sensaciones mediadas por el sistema nervioso autónomo (SNA) –pero no son causados por ellas– de necesidad visceral y autónoma que ajusta y mantiene el

estado vital y los recursos energéticos del cuerpo en todos sus órganos (Trevarthen y col., 2006).

- *Atención, orientación y enfoque en la percepción para encontrar objetivos externos de movimiento.* Al mismo tiempo, las emociones «prestan atención» al mundo *fuera* del yo, apuntando selectivamente a los focos de conciencia (mediante la locomoción y movimientos «parcialmente orientados» de las extremidades y de órganos sensoriales especiales que recogen información en las diferentes modalidades), siempre buscando descubrir qué puede percibir el yo sobre las acciones futuras que el entorno puede permitir.
- *Esquema adaptativo en el cerebro corporal en el «espacio conductual».* Las emociones juzgan las diferentes posibilidades de movimiento en una representación dinámica corporal del espacio y del tiempo para el comportamiento, un «campo conductual» egocéntrico. Las emociones y las regulaciones emocionales son parte intrínseca de este esquema adaptativo en el cerebro del espacio en el que actúa un cuerpo (Trevarthen, 1985).
- *Futura orientación a la acción a través del tiempo.* La función adaptativa de cualquier emoción en la percepción de las circunstancias del mundo, tanto si es mediante un comportamiento de enfoque positivo como con un retraimiento negativo, debe ser *prospectiva* (destinada a proteger la vida futura del animal ante el posible estrés o a favorecer la adquisición de beneficios a partir de objetos y acontecimientos inmediatos o más distantes). Las emociones humanas dependen en gran medida de acontecimientos y circunstancias imaginarios, que aportan grandes beneficios creativos que preparan para aventuras en la experiencia, pero también la posibilidad de distorsiones de la realidad y de sus perspectivas, como en las alucinaciones de la esquizofrenia. La ansiedad derivada del pasado, real o imaginario, puede hacer que el futuro sea insostenible. Las emociones son la parte evaluativa innata del espacio perceptual que pondera los motivos de la acción futura en un mundo imaginado. Este mundo tiene otros tiempos y espacios posibles, lo cual multiplica las posibilidades de la experiencia egocéntrica.
- *Recuerdos contruidos con lazos emocionales con acciones pasadas.* Un animal puede aprovechar la experiencia sólo si el estado de las cosas en el presente cuenta con unos valores emocionales razonablemente precisos que puedan ser válidos en otras ocasiones. Las emociones evocadas por una situación u objeto se derivan de las emociones de momentos pasados en los que había las mismas o similares situaciones u objetos. Se vuelven a vivir las acciones con sus sensaciones percibidas; estas sensaciones pueden matizar la toma de información del presente. *Las emociones asociadas con las experiencias del pasado cambian los procesos de motivación.* Pueden dar lugar a perjudiciales fobias, adicciones y obsesiones, o a evaluaciones estéticas o morales que proporcionen una valiosa orientación para experimentar acciones satisfactorias en el presente o buscarlas en el futuro. Todas las actividades creativas son orientadas por las emociones en esta dirección.

- *Afinidad con las intenciones y sensaciones de los demás.* Incluso en las formas primitivas, las emociones de los animales pueden adaptarse para tener poderes reguladores *sociales*, en el espacio conductual *entre individuos, intersubjetivamente*, unas capacidades muy elaboradas durante la evolución (Wallin, Merker y Brown, 2000). Las emociones sociales de los seres humanos, como el amor, el odio, el orgullo y el remordimiento, amplían o limitan los poderes de las personas de interactuar satisfactoriamente con el entorno haciendo que sus comportamientos sean *cooperativos* o *competitivos*. Las emociones entre los miembros de una pareja o entre los miembros de un grupo mayor determinan lo bien que pueden combinarse sus acciones, y lo bien que se comparten y se comprenden sus experiencias por separado. Esto es cierto cuando la comunicación es completamente no verbal, y sigue siendo cierto incluso cuando los mensajes transmitidos son intrincadamente racionales y están codificados en símbolos. Así, todos los símbolos inventados o los signos comunicativos acordados tienen una *referencia pragmática* y un *llamamiento emocional*. En el proceso creativo de la música, la poesía, el teatro y la literatura, incluso en la filosofía, las fuerzas emocionales son fuertes, y reúnen todos los elementos de la historia en la composición de un relato afectivo (Smith 1777/1982; Lange, 1942; Fonagy, 2001; Köhl, 2007).
- *Desarrollo de un conocimiento compartido en un mundo de significado cultural.* Los poderes comunicativos de la emoción, activos desde el nacimiento en los seres humanos, animan la formación de vínculos vitales para una larga dependencia de los padres en la infancia, y el desarrollo, a través de un *aprendizaje cultural* a lo largo de toda la vida, de la conciencia acumulada de una comunidad histórica que se remonta a varios siglos (Bruner, 1990; Feldman, 2002). El progreso armónico de la sociedad depende de las emociones estéticas y morales que proporcionan a sus miembros un conjunto de valores comunes, que pueden articularse o no en creencias o codificarse en normas y leyes.

El propio lenguaje depende de las expresiones emocionales vivas en las conversaciones. Ha evolucionado y se desarrolla a partir de la capacidad de contar historias por *mímesis* (Donald, 2001), y cada actuación o narración mimética se basa y se desarrolla sobre unas transiciones rítmicas de los estados emocionales (de expectativa o anticipación, de entusiasmo a medida que se van encontrando y superando los riesgos, de satisfacción en el logro y de reflexión tranquila cuando todo ha terminado). Los procesos poéticos o creativos reflejan las emociones «lúdicas» que hacen que la narración sea importante, y la narración resulta informativa en virtud de cómo los hechos que especifica encajan en el «argumento» o en el «drama» de lo que los protagonistas están haciendo (Turner, 1996; Bruner, 1990). Éstos son los principios «musicales» motivadores que guían a un niño pequeño hacia el significado y el lenguaje. Es probable que, en la evolución del conocimiento del ser humano, compartir la experiencia mediante un «musi-lenguaje» gestual y vocal precediera al uso del lenguaje para especificar las ideas con más precisión

(Wallin y col., 2000).

## Las emociones en el diseño total del cerebro

Las emociones regulan las funciones prácticas de percepción, cognición y memoria, así como la generación de movimientos coordinados y controlados. En la misma medida, la anatomía de la emoción, establecida en el cerebro embrionario antes de que se ejecute ningún movimiento, está central o medialmente integrada y diseminada en sus influencias (Panksepp, 1998; ver también el capítulo 1 de este libro). La expresión y la recepción de señales emocionales implican a todos los órganos motores y todas las modalidades sensoriales, y un sistema motor emocional especialmente adaptado (Holstege y col., 1996) transmite la evidencia potenciada de los estados psicológicos y de sus cambios entre las personas.

Las áreas del neocórtex cerebral humano adaptadas para percibir la comunicación en directo y generar los intrincados patrones de movimiento expresivo, como al hablar, son las *más grandes* en comparación con otras especies, y son identificables antes del nacimiento. En la corteza humana se reserva más espacio para la activación de los órganos de diálogo: para los ojos y sus movimientos, que señalan la dirección del interés y el centro de la atención; para las manos y su uso en gestos modulados así como en las manipulaciones hábiles; para la escucha de sonidos expresivos; y para las articulaciones del tracto vocal, de las mandíbulas, los labios y la lengua para producir los sonidos que transmiten significado con sensación.

Para estar preparados para el excepcionalmente largo desarrollo posnatal de la corteza humana, en la evolución de los seres humanos también se han expandido nuevos territorios de las partes prefrontal, parietal y temporal del cerebro de los primates. Tienen una importancia clave en el desarrollo social y cultural del niño, y alcanzan una asimetría única en las capacidades de inteligencia que asimilan mediante la educación, sobre todo en la producción y la recepción del lenguaje (Trevorthen y Aitken, 1994). Las partes límbicas de la corteza que integran las regulaciones del estado interno con una apreciación cognitiva de los objetos del mundo exterior también están muy elaboradas en el cerebro humano, y siguen creciendo a lo largo de la vida. También son asimétricas y aportan diferentes motivos y potencial de aprendizaje a los hemisferios izquierdo y derecho (Trevorthen, 1996) (figura 3.1).

En los vertebrados, existe una asimetría en las funciones autorregulatorias vitales de los sistemas neuronales principales que median entre las necesidades viscerales y somáticas. La rama izquierda de los sistemas neuronales es más dopaminérgica y ambientalmente desafiante o *ergotrópica*; la derecha es más adrenérgica y restaurativa y protectora de las funciones corporales o *trofotrópica* (Hess, 1954).



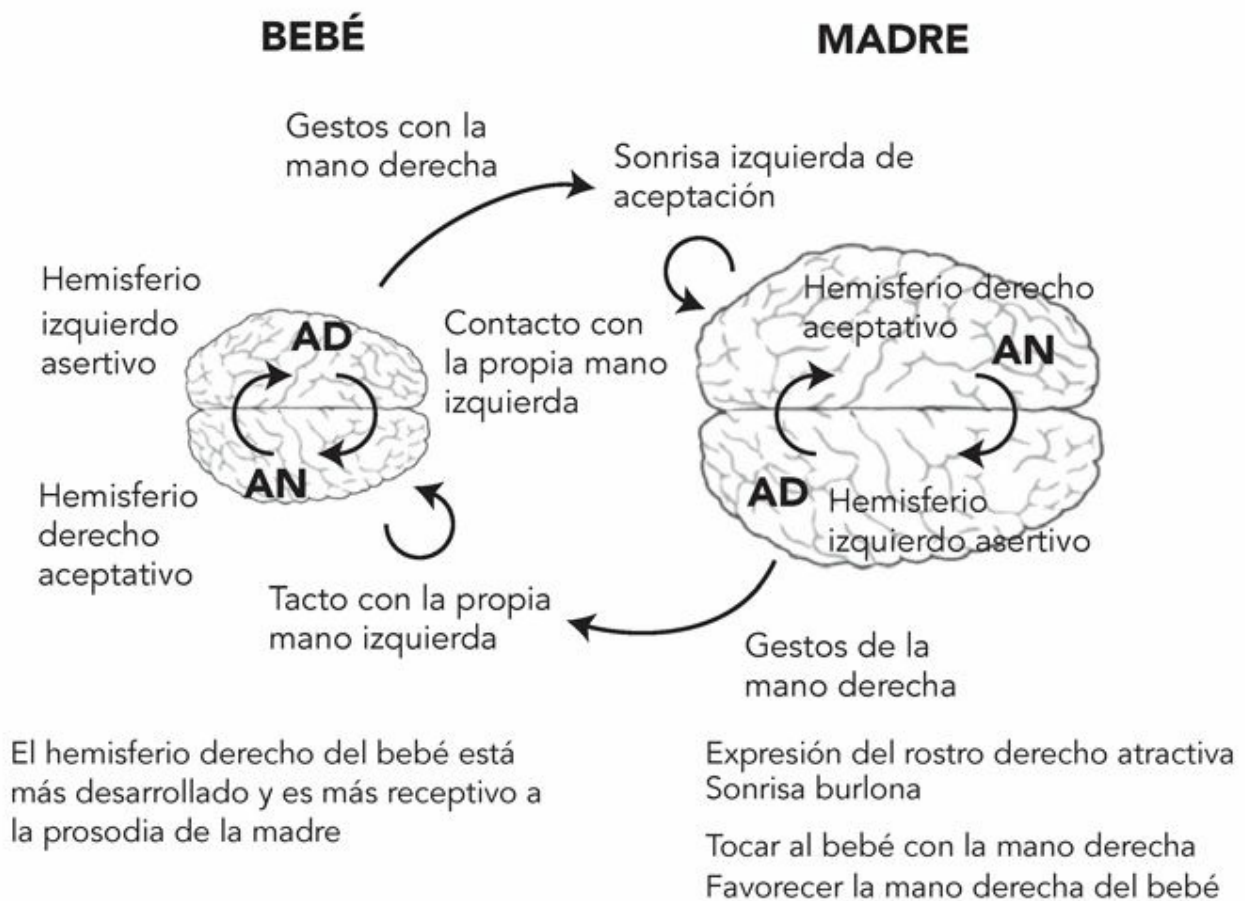


FIGURA 3.1

Asimetrías en las funciones de los hemisferios cerebrales, y en las conductas comunicativas. Los sistemas de activación y excitación neuroquímica también son asimétricos: AD = activación motora dopaminérgica; AN = activación sensorial noradrenérgica de la atención.

La mitad derecha del cerebro de los niños es más responsable de la *recepción*, de la regulación afectiva «ansiosa», mientras que la mitad izquierda es más *generosa*, «asertiva» o proactiva en la expresión de la intención comunicativa hacia la madre (Trevarthen, 1996). Durante los primeros 18 meses, el hemisferio derecho del cerebro del bebé está más avanzado y crece más deprisa que el izquierdo. Esta asimetría se asocia con la intensa implicación del bebé en el establecimiento de vínculos con la madre y con otros proveedores de cuidados y de afecto. En el segundo y tercer año, a medida que el niño va desarrollando más poderes de comunicación y de autoexpresión, más independencia social y empieza a dominar la articulación del lenguaje, el hemisferio izquierdo experimenta un crecimiento acelerado. Pero incluso en la etapa neonatal, existen asimetrías en la *recepción* (más hemisferio derecho) y la *producción* (más hemisferio izquierdo) de las señales comunicativas, incluyendo las de las emociones. Esta

profunda complementariedad de los sistemas de la emoción respalda la elaboración de una asimetría cerebral humana para las funciones cognitivas y la adquisición de las habilidades culturales, incluido el lenguaje.

### *Las redes neuronales de autocontrol*

La base motivacional y emocional de las especiales capacidades sensoriales y motoras humanas para producir y recibir expresiones de comunicación y la regulación de sus cualidades y dinámicas se produce subcorticalmente, centrada en la materia gris periacueductal (MGP), donde todos los sistemas neuroquímicos que median en las emociones convergen en una coherente autorrepresentación del organismo para constituir una «conciencia principal» primordial (Damasio, 1999; Panksepp, 1998; Merker, 2005) que es sensible a las influencias afectivas positivas por parte de otras personas, transformándolas en una neuroquímica gratificante (Panksepp, 2005).

El control consciente del movimiento en un cuerpo humano complejo y sumamente móvil, con varios «grados de libertad» (Bernstein, 1967), depende de una percepción temporal central única y de un control básico del esfuerzo en la biomecánica de todo el cuerpo, que incluye un tronco flexible con una cabeza, brazos y piernas, con «control prospectivo» (Lee, 2005). Este control rítmico, la coherencia y la regulación de la energía son mediados por un amplio sistema subcortical de conexión neuronal. Una formación de motivos intrínseca (FMI) integrada coordina las partes de un cuerpo móvil y se forma en los sistemas subcorticales y límbicos del embrión antes de la corteza cerebral. La FMI funciona durante toda la vida para (1) dirigir los movimientos de los órganos sensoriales y los efectores para seleccionar los objetivos y los objetos en el entorno, (2) evaluar sus beneficios o riesgos para la vida de todo el yo, y (3) expresar sus estados y reaccionar a los movimientos de los otros seres mientras detecta sus intenciones y sensaciones (Trevarthen y Aitken, 1994; Panksepp y Trevarthen, 2008). En parte, este sistema neuronal autointegrador opera con independencia del neocórtex (Merker, 2005, 2006), cuando el perfeccionamiento neocortical de la percepción y la destreza en el movimiento y el conocimiento se adquieren y se vuelven activos en la orientación del comportamiento, se integran con las orientaciones subcorticales y las evaluaciones emocionales. En pocas palabras, las emociones desempeñan un papel creativo en la regulación y el desarrollo de las cogniciones y el aprendizaje de la persona a lo largo de la vida.

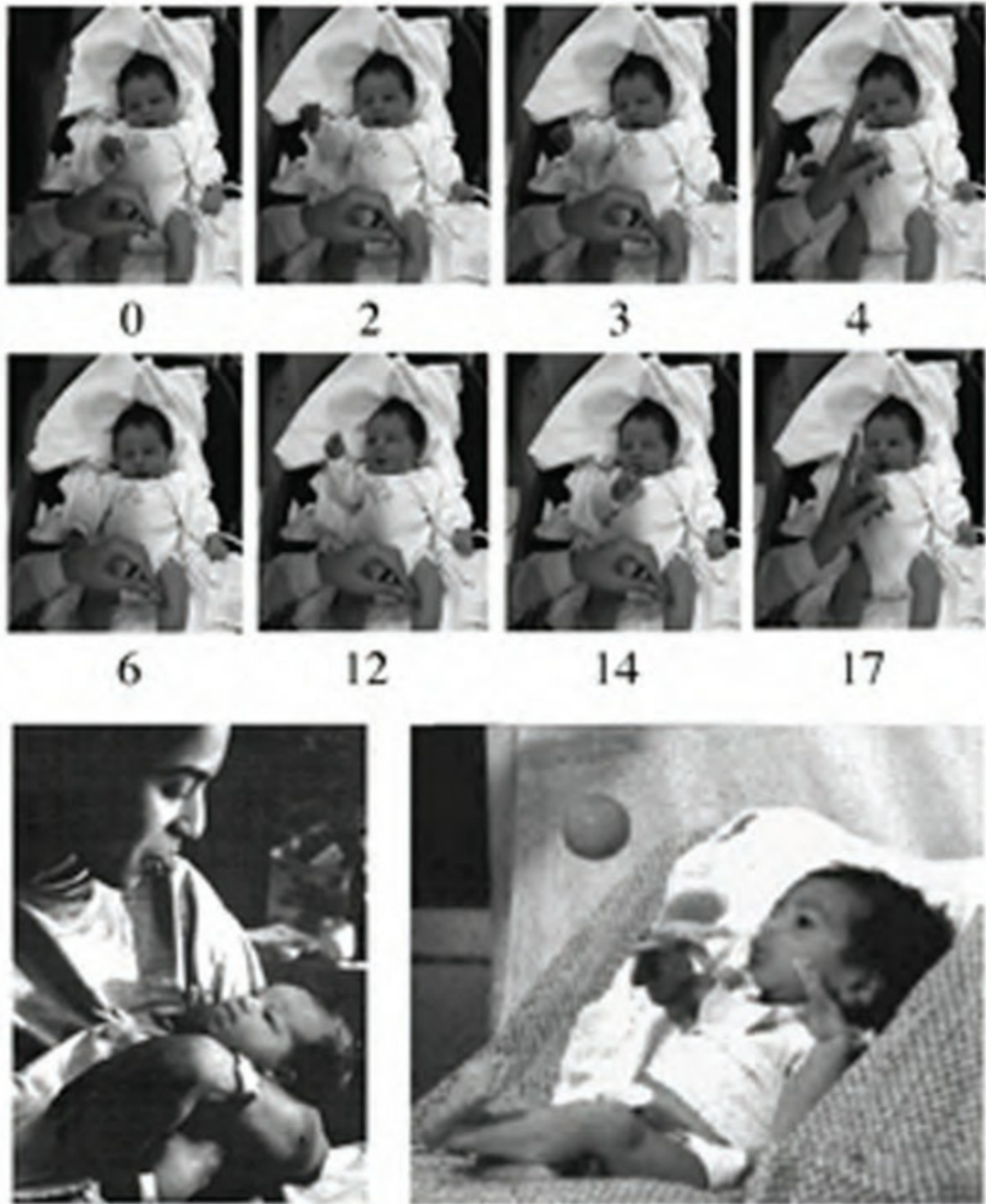


FIGURA 3.2

Manifestaciones en recién nacidos del interés consciente en las personas, buscando interactuar con sus expresiones. Arriba: Fotografías de un vídeo realizado por la doctora Emese Nagi, que estudia la imitación neonatal, de un bebé de menos de dos días de vida en un hospital de Hungría. El bebé primero se mira su propia mano (1 a 3), luego atiende cuando E. N. le presenta su dedo índice (4); el bebé espera, luego levanta la mano y la mira (12); luego, extiende parcialmente un dedo índice para imitarla mientras mira atentamente a E. N. (14). E. N. se ve llamada a repetir su movimiento mientras el bebé mira el dedo atentamente (17). (Los números marcan

los segundos tras el inicio en 0). Abajo: Un bebé de 30 minutos de vida imita la protrusión de la lengua. Otro, 30 minutos después de nacer, sigue el movimiento de una pelota movida por otra persona. El bebé sigue el movimiento animado con los ojos, la boca, las manos y un pie (fotografías de Kevan Bundell).

---

El cerebro fetal ya tiene una construcción «intencional» en el sentido de buscar experiencias, y la integridad del yo durante la vida depende de esta intencionalidad (Zoia y col., 2007). La mente de un feto, aunque carezca de toda la experiencia del mundo y de toda racionalidad, tiene un poder latente claramente marcado de ser tanto un agente intencional como una persona que debe relacionarse con otras personas. Desde su primera aparición, los movimientos del cuerpo muestran un pulso de motivos intrínseco (PMI) que es *expresivo*; es decir, la velocidad de los ritmos motores varía con la intensidad del esfuerzo y con la «confianza» o las experiencias anticipadas asociadas con las intenciones de llevar a cabo acciones (Trevarthen, 1999). Los sistemas integradores y reguladores del cerebro constituyen el yo motivado y definen las funciones de su conciencia y su regulación y desarrollo emocional (Panksepp, 2001; Merker, 2005, 2006).

### *Las emociones como reguladores viscerales y motores del yo, de las relaciones y de las comunidades*

Las actividades de mantenimiento vital del sistema nervioso autónomo (SNA), que empiezan en el embrión humano semanas antes de que aparezcan las células de la corteza cerebral, son las responsables de mantener el «entorno interno» (regulación de la química sanguínea, la circulación, la respiración, la digestión y las respuestas del sistema inmunológico). Estas actividades también han evolucionado para mantener la vitalidad del organismo social.

Los nervios parasimpáticos del SNA en los seres humanos incluyen unos eferentes viscerales especiales de la cabeza (de los nervios craneales 3, 7, 9 y 10) que, con la ayuda de los nervios 4, 5, 6, 11 y 12 no sólo regulan la mirada y la visión, la circulación sanguínea, la respiración, la alimentación, la digestión y la excreción, sino que también expresan las emociones que controlan los contactos sociales y las relaciones (Porges, 1997). Todos los músculos de la comunicación humana (los ojos, el rostro, la boca, el sistema vocal, la cabeza y el cuello) que están constantemente activos en la conversación expresando emociones y pensamientos, y que tienen una representación desproporcionadamente grande en los «mapas» sensoriales y motores del neocórtex, son excitados por estos nervios craneales (Aitken y Trevarthen, 1997; Trevarthen, 2001b). Las actividades de las neuronas simpáticas y parasimpáticas se hacen evidentes en beneficio de los compañeros sociales en estados especialmente adaptados de expresión emocional (Panksepp, 1998; ver también Porges, capítulo 2 de este libro).

En un paso evolutivo crucial, las manos de los seres humanos, además de su extraordinaria destreza en la manipulación, se asociaron con los órganos anteriores de comunicación como órganos sumamente adaptables de comunicación gestual, capaces de transmitir sensaciones interpersonales sensibles con el tacto y con rítmicas caricias, así

como de adquirir una habilidad con el lenguaje similar a la del habla (Trevarthen, 1986). Los bebés saben imitar no sólo formas expresivas de vocalizaciones y movimientos faciales (por ejemplo, la protrusión de la lengua), sino también gestos aislados y aparentemente arbitrarios de las manos (por ejemplo, extensión del dedo índice, ver figura 3.2), y los usan para establecer una interacción intersubjetiva regulada por las emociones (Kugiumutzakis, 1998; Nagy, 2008).

Los movimientos de la voz, el rostro y las manos de los bebés están adaptados para la transmisión interpersonal de los impulsos de saber y de hacer en un diálogo, y todos son potentes vehículos para la comunicación de las emociones y de los estados de motivación simpática. Los gráficos movimientos de manos de un niño pequeño que, como las expresiones con el rostro que los acompañan, muestran acercamiento o alejamiento, placer, miedo o ira, protección de los ojos o del rostro, curiosidad exploratoria y sorpresa, no son aprendidos. Forman parte del sistema emocional innato para la autoprotección y para la comunicación entre uno y los demás.

La investigación sobre la sutil regulación de la comunicación con los bebés ha permitido valorar mejor los principios dinámicos y expresivos de la comunicación no verbal entre los seres humanos de todas las edades. La operación combinada de las reacciones «espejo» viscerales y somáticas entre madre y bebé proporciona al bebé, de maneras que no comprendemos por completo, un medio de expresión y acceso a otras «imágenes motoras» y «sensaciones» anticipatorias y permite una interacción directa motivo a motivo con un compañero así como un interés en el entorno compartido y en lo que se está haciendo en él. *Por lo tanto, emerge el fenómeno psicológico de la intersubjetividad, que une los cerebros humanos en un afecto y una cognición conjuntos, y media en todo el aprendizaje cultural* (Trevarthen, 1998; Trevarthen y Aitken, 2001). El niño debe aprender lo que la otra gente sabe y hace mediante la afinidad intersubjetiva hacia sus acciones y sus cualidades emocionales. El modo en que se comparten los estados del cuerpo y de la mente se ha convertido en un nuevo campo de estudio activo en la psicología fenomenológica y la filosofía (Zlatev y col., 2008).

### *Cómo los cambios de desarrollo en los motivos determinan el aprendizaje cultural*

Los cambios basados en la edad generados internamente con respecto a lo que los bebés prefieren hacer y a lo que les interesa están evidentemente adaptados para regular las atenciones de los adultos, así como para regular la conciencia de desarrollo y la experiencia de los propios bebés (Trevarthen y Aitken, 2003). Algunas expresiones y reacciones emocionales de los bebés están evidentemente relacionadas con la solicitud del cuidado materno y de la protección corporal. A éstas se les puede llamar *emociones de apego*. Pero otras emociones innatas más complejas están adaptadas para promover el compartir acciones y experiencias, y para expresar evaluaciones de objetos situados e identificados por las intenciones o los deseos del bebé (es decir, por la *mente* del bebé). Éstas son *emociones de compañía* que controlan la calidad cooperativa de las actividades

e intereses en la amistad con personas identificadas (Trevvarthen, 2001a, 2005b). Estas emociones muestran unos cambios frecuentes relacionados con la edad a lo largo de la infancia. Definen los intereses cooperativos en el mundo compartido y permiten al niño ser educado en los significados, el conocimiento y las destrezas compartidos socialmente. Son las emociones humanas del aprendizaje cultural.

John Bowlby (1988) formuló la teoría del apego basándose en la evidencia etológica de los efectos que tiene la carencia materna en los monos rhesus. El contacto corporal temprano desempeña un papel crítico en el desarrollo de una conducta social adecuada, y la alteración del contacto temprano resulta en estrés y más adelante en una conducta patológica. La investigación en roedores, gatos y primates recién nacidos muestra que sus cerebros, de rápido desarrollo, dependen del apoyo de sus progenitores. La calidad del apoyo parental determina cómo crecerá el cerebro, y el abandono o el estrés pueden dañar el cerebro (Schore, 1994).

Nacemos siendo más inmaduros que otros primates, con sensibilidad hacia las emociones de las personas que nos ofrecen una atención íntima con todo su cuerpo (Brazelton, 1979; Brazelton y Nugent, 1995). Los adultos en estados de aflicción, que sufren enfermedades o que están envejeciendo tienen una necesidad comparable de respuestas afectivas y sensibles.

Los niños pequeños responden con una exquisita sensibilidad al tacto, movimiento, olor, temperatura, etc., de su madre. Los recién nacidos logran regularse con los ritmos de la respiración y el latido cardíaco de su madre, y los fetos son sensibles a los patrones vocales maternos (Fifer y Moon, 1995). La activación y las expresiones de aflicción de los bebés responden inmediatamente a la estimulación de la lactancia materna. Estas interacciones no son meramente fisiológicas. Por ejemplo, la respuesta a la leche materna se ve facilitada si el recién nacido mantiene contacto visual con la madre. El recién nacido está listo para percibir y responder al interés de sus ojos y a responder a sus expresiones verbales de emoción. La precocidad comunicativa de los seres humanos recién nacidos indica que las respuestas emocionales hacia los cuidadores deben jugar un papel crucial en el desarrollo temprano del cerebro (Schore, 1994). Así, el estado endocrino, la neuroquímica y el crecimiento cerebral del bebé responden a la estimulación materna, que no se puede sustituir del todo con procedimientos clínicos artificiales. Esta respuesta se puede compartir con madres y padres recientes para que proporcionen a su bebé una atención afín y afectuosa que ayude al «cerebro social» del bebé a crecer (Panksepp, 2007).

Las pruebas notorias de que esta sensibilidad interpersonal precoz incluye el interés por *compartir nuevas ideas* proceden de la investigación que nos muestra cómo, y con qué propósito, imitan los recién nacidos (Nagy y Molnar, 2004). Si los procedimientos que utiliza el investigador no se realizan meramente para obtener respuestas, sino que se administran en intervalos de manera *atenta* y «*respetuosa*», resulta evidente que los recién nacidos no sólo son capaces de *imitar* gestos arbitrarios únicos, como la protrusión de la lengua, la extensión del dedo índice o de dos dedos, o cerrar fuerte los ojos (ver figura 3.2). Si se les da la oportunidad con otra persona que está a la espera, el

bebé muestra interés en *solicitar* o en *iniciar* una imitación repitiendo ese movimiento como una *provocación*, buscando una respuesta. Además, estas acciones complementarias van acompañadas por diferentes estados autónomos o emocionales de autorregulación. Simultáneamente a la imitación, el recién nacido presenta una aceleración del ritmo cardíaco, y cuando el bebé realiza un movimiento provocador atendiendo a la otra persona para recibir su respuesta, el corazón le late menos deprisa. Esta reciprocidad de la regulación emocional hace posible la intensa cooperación en la experiencia de la que depende toda la iniciativa cultural humana (Trevarthen, 2005a).

Las «neuronas espejo» prefrontales se han considerado posibles facilitadoras del mecanismo que permite a los bebés imitar, asociar la emoción con la imitación de los movimientos de los demás y desarrollar el lenguaje (Rizzolatti y Arbib, 1998; Gallese, 2005). Sin embargo, dada la relativa inmadurez de la corteza frontal en los bebés, es más probable que algunos componentes *subcorticales* no identificados de un «sistema espejo» estén implicados en muchas de las imitaciones que realizan los recién nacidos. La imitación de acciones implica el reconocimiento sensorial multimodal o transmodal de las intenciones de los movimientos por parte de varias regiones de la corteza; además, existen varias poblaciones neurales multimodales reguladoras de afectos en el tronco encefálico. Están integradas en los extensos sistemas que formulan las imágenes motoras para la acción y la expresión (Damasio, 1999; Holstege y col., 1996; Panksepp, 1998). La distribución de la actividad en el cerebro de un bebé de pocas semanas de vida cuando presta atención a la imagen del rostro de una mujer indica que el «sistema de afinidad» de la comunicación intersubjetiva (Decety y Chaminade, 2003) está bien formado cuando el bebé nace (Tzourio-Mazoyer y col., 2002).

## Mapa de tres usos complementarios de los motivos humanos y las emociones, y dos tipos de rituales para la acción colectiva con los demás

### *Formas de actuar con un cuerpo humano y pasos para compartir significado antes del lenguaje*

Podemos diferenciar tres maneras en que las expectativas de la mente se vuelven efectivas al servicio de la vida como seres sociales (tres mundos en los que el yo animal o psique intenta moverse bien), es decir, realizar una acción que sea efectiva y que tenga un control prospectivo eficiente (Trevarthen, 2001a; Trevarthen y col., 2006): (1) El *bienestar del cuerpo del yo* depende del cerebro en cooperación con los sistemas hormonales que controlan la distribución de los recursos vitales y la economía de la energía que, a su vez, mantienen todo el organismo sano. (2) Las *interacciones del yo con el mundo físico* deben dirigirse *subjetivamente*, mediante intenciones que perciban los objetos y los acontecimientos y cómo se pueden utilizar sus sustancias y otras propiedades y sucesos. (3) *En la comunicación con el otro*, o con un sujeto consciente, existe la necesidad complementaria de poder detectar las reacciones probables de este otro *intersubjetivamente*. La comunicación de las emociones es necesaria para negociar cualquier cooperación en los propósitos y las experiencias con otra persona (ver figura 3.3).



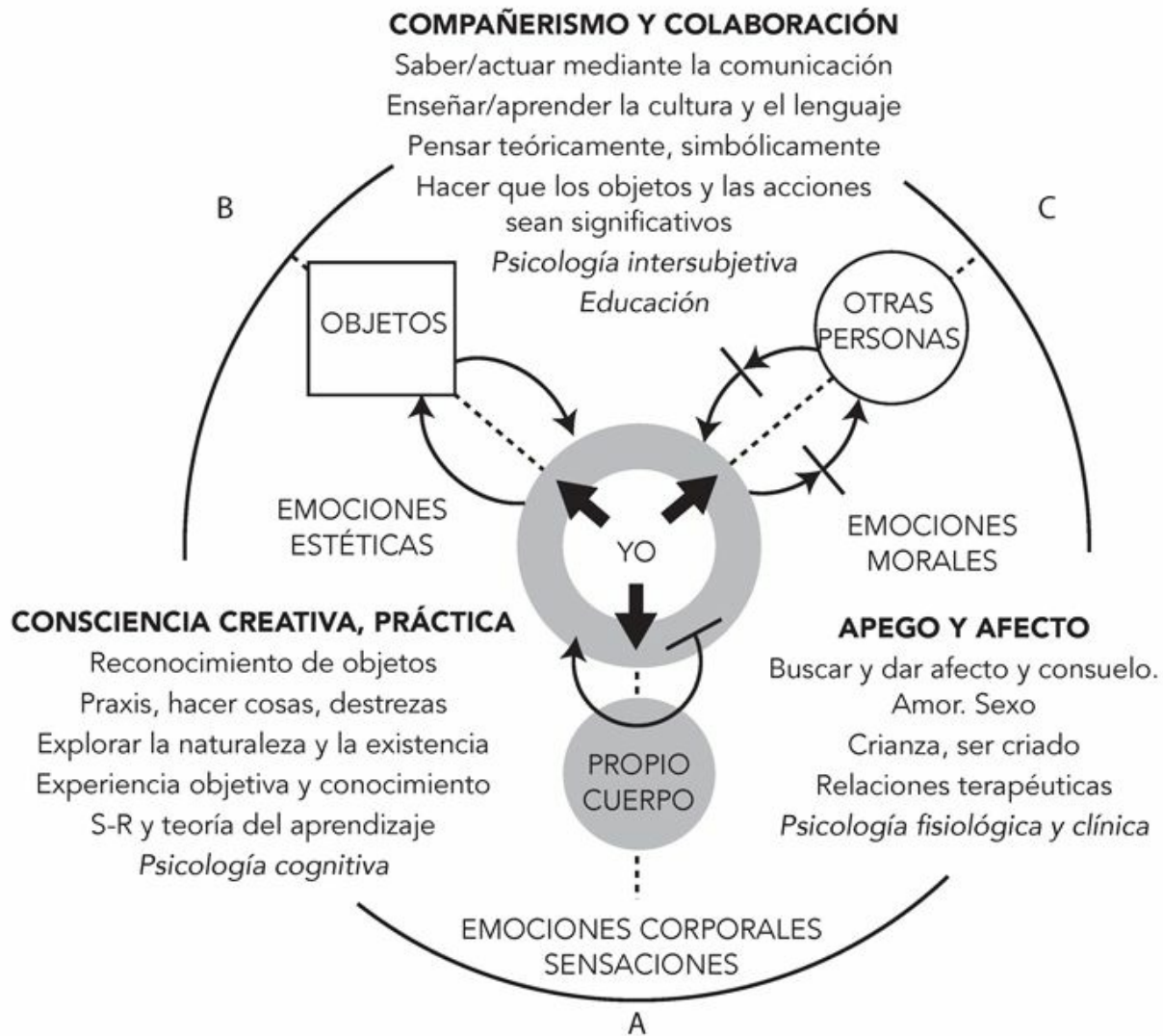


FIGURA 3.3

Los bebés nacen con estas tres regulaciones, pero los motivos que integran el control de las acciones y las experiencias cambian mucho a medida que el cuerpo y la mente del niño crecen, transformando la forma en que el yo funciona en el cuerpo, con los objetos y en el mundo de las personas. Podemos distinguir dos caminos de los que dispone el niño que, si todo va bien, conducen a una vida entusiasta y práctica en sociedad. Corresponden a los dos tipos de rituales mediante los cuales se celebraba y se regulaba la vida en comunidad en la antigua Grecia: los ritos que honraban a los dioses Apolo y Dionisos. Cada uno da al cuerpo y a la mente tareas distintas, y cada uno tiene sus propias emociones. La razonada regulación apolínea de tener un dominio del mundo físico práctico, técnico y científico difiere del amor y la exuberancia del cuerpo dionisiacos en compañía de otros seres humanos, que libera una agradable energía de acción y de imaginación, como se cultiva en las artes.

*El entusiasmo*, que literalmente significa un estado de «tener a los dioses dentro»,

motiva la acción intrépida de todo tipo. Sus propósitos se pueden ordenar *prácticamente*, con una estudiada referencia a la realidad física que establece límites al movimiento y ofrece maneras de desarrollar proyectos en un mundo que puede ordenarse mediante estructuras y procedimientos creados por el hombre o rituales. El entusiasmo en la acción también se puede guiar de formas más *conscientes y apasionadas* a través del respeto afín de los deseos y los sentimientos de los demás, y del respeto por los placeres que obtienen con el movimiento y con el hecho de compartir el movimiento de formas artísticas creativas. Todos los rituales culturales, prácticas y creaciones pueden beneficiarse de estas dos maneras de estar «inspirados por los dioses», pero las motivaciones de cada individuo difieren. Existe una tendencia en la sociedad orientada hacia la ciencia, la tecnología y el comercio, por una parte, y la creatividad artística y la búsqueda de la belleza y el placer del movimiento en la intimidad espontánea, por la otra, de tener primacía, distorsionando así la iniciativa social.

### *Cómo las narrativas emocionales se convierten en el discurso del lenguaje*

Las interacciones protoconversacionales tempranas con los bebés, en los primeros 4 meses de vida, manifiestan las regulaciones emocionales directas de persona a persona de la «intersubjetividad primaria» (Trevarthen, 1979). Las protoconversaciones van seguidas de juegos «musicales» estructurados rítmicamente: primero, juegos de persona a persona con la propia comunicación manifestando claramente las ganas de jugar entre los mamíferos jóvenes (ver la figura 3.4), y luego «juegos de persona-persona-objeto», que atraen el interés del niño que está empezando a explorar con la ayuda de las manos y de la boca. A los 9 meses, se produce un cambio que inicia la «intersubjetividad secundaria» (Trevarthen y Hubley, 1978). Ahora, el bebé empieza a interesarse en compartir el modo en que sus compañeros usan los objetos, y realiza los movimientos practicados para interactuar con el mundo de las cosas. La disposición del bebé por colaborar en una tarea y realizar «actos protolingüísticos de significado» (Halliday, 1975) transforma el modo en que los padres hablan al bebé. Las preguntas y los comentarios retóricos son rápidamente sustituidos por instrucciones, órdenes y comentarios informativos a los que el bebé ahora presta atención e intenta seguir. Éste es el inicio de la transferencia de información cultural entre generaciones.

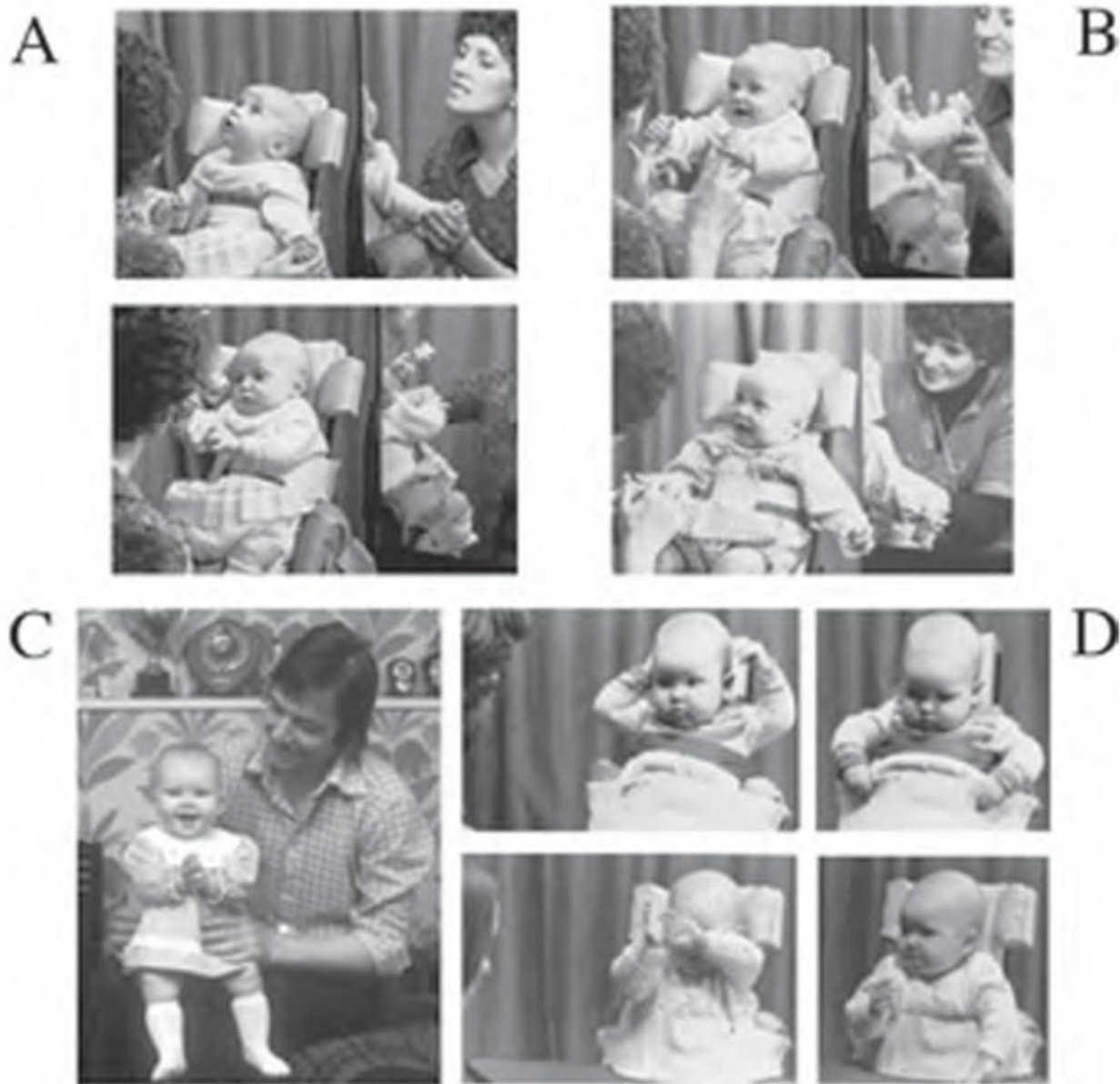


FIGURA 3.4

Al cabo de 3 meses, el cuerpo de los bebés se hace más fuerte y su conciencia es más compleja. A: Una niña de 4 meses muestra curiosidad por la habitación y centra su atención en un objeto presentado por su madre. B: Cuando su madre inicia un juego corporal rítmico, el bebé se muestra intensamente interesado y encantado. A los 5 meses, está atenta y participa en un juego de acción «ritual», Round and round the garden (canción infantil), formada por estrofas rítmicas de cuatro líneas con un animado pulso yámbico. El bebé ha aprendido la canción y vocaliza al final en sincronía con la madre, imitando su tono. C: Un bebé de 6 meses sentado en las rodillas de su padre sonríe con orgullo al responder a la petición de su madre de aplaudir. D: La misma niña de 6 meses muestra su incomodidad y retraimiento delante de dos extraños, un hombre y una mujer, que intentan comunicarse con ella de un modo cordial pero nada familiar. El bebé parece experimentar remordimiento y aflicción.

La investigación sobre la comunicación con bebés ha aclarado los fundamentos innatos y relacionados con el desarrollo de estos comportamientos de juego y, por

consiguiente, de la memoria y el significado (Trevarthen y Aitken, 2001; Reddy, 2008). Ha demostrado cómo se comparten las acciones a tiempo real con personas de todas las edades, lo cual les permite colaborar en acciones intersubjetivas y colectivas, recordando y rememorando. La naturaleza del aprendizaje cultural y las «comunidades de significado» diseñadas históricamente y sus lenguajes dependen de estas interacciones vitales entre mentes y cuerpos (Donald, 2001).

Los factores clave en el desarrollo del lenguaje son intersubjetivos o comunes, no racionales con uno mismo. El niño acaba comprendiendo y usando las palabras de forma natural en relaciones intersubjetivas con otra persona mayor y habladora, luego con amigos de la misma edad, compartiendo viajes y proyectos imaginarios. Los motivos psicológicos que hacen que un cuerpo humano se mueva con gracia inventiva son contagiosos. Percibimos los estados psíquicos de los demás mediante transferencia directa: de mente a cuerpo y de cuerpo a mente. Los ritmos y el alfabeto expresivo de esta comunicación, su música y su baile, son sacados a la luz por los estudios sobre las posturas inconscientes, los gestos, las entonaciones y las expresiones faciales de la conversación (Fonagy, 2001), y especialmente por el análisis detallado sobre cómo se comunican los niños y cómo los adultos ajustan su comunicación para dirigirse a unas mentes jóvenes y poco sofisticadas (Reddy, 2008).

Observaciones realizadas a partir de vídeos caseros de niños menores de 1 año que a los dos o tres años fueron diagnosticados con un trastorno del espectro autista indican que la primera o principal disfunción tiene que ver con estos ritmos de atención y de movimiento, y que esto a su vez causa problemas con las respuestas parentales que pueden exacerbar las dificultades de desarrollo del niño, debilitando aún más su intersubjetividad (Trevarthen y Daniel, 2004; St. Clair y col., 2007; Aitken, 2008).

## Ritmos del yo integrado y de la cooperación: sincronía y afinidad

Todas las acciones de los animales adoptan la forma de secuencias medidas rítmicas o pulsantes de movimiento, reguladas en el tiempo y en una gran variedad de tiempos, desde intervalos mínimamente perceptibles a días, estaciones y vidas (Osborne, 2008; Trevarthen, 2008a). Los cerebros son redes de sistemas dinámicos que obedecen a ritmos que fluyen al unísono (Buzsaki, 2006), orquestando sus acciones efectivas para cumplir los deseos sensibles futuros (motivados) y para poder recordar experiencias pasadas del ser. Sin la regulación coordinada de la actividad neuronal espontánea a lo largo del tiempo, no hay otra forma de que estos músculos del cuerpo puedan funcionar de un modo eficiente colaborativamente – reflejando y ejecutando sus fuerzas en sincronía y sucesión en el momento presente, con respeto hacia los logros y dificultades del *pasado* y con una valoración realista de las posibilidades *futuras*–, modificando las inclinaciones y los deseos del futuro que están basados en experiencias del pasado. Esto requiere una percepción coherente del tiempo. Además, uno no tendría otra forma de simpatizar con las intenciones y las sensaciones de otra persona si no pudiéramos compartir los ritmos de esta autosincronía para establecer una intersincronía (Condon y Ogston, 1966).

Las representaciones cerebrales del movimiento en el tiempo, anticipando la estimulación reaférente, la estimulación retroalimentada desde el cuerpo en movimiento y sus partes (cuyas preparaciones se establecen en el cerebro del feto), pueden explicar las habilidades de los bebés, incluso de los recién nacidos, de producir formas rítmicas y melódicas de movimiento que encajan con el ritmo de los movimientos de los adultos, y de participar en un «baile» de interacciones sincronizadas, imitativas o complementarias con el adulto (Beebe y col., 1985; Stern, 1971, 1999). Estas representaciones cerebrales explican la sensibilidad que tienen los niños pequeños ante los efectos de los estímulos contingentes controlados con precisión de sus propios actos, la coordinación que logran entre los movimientos de los demás y los propios, y la aflicción que se causa cuando los movimientos de la pareja (es decir, sus acciones y reacciones) son incontinentes (Murray y Trevarthen, 1985; Nadel y col., 1999).

### *El arte comunicativo y la técnica práctica de las emociones humanas*

Los pájaros, las ballenas y los gibones tienen la motivación de comunicarse vocalmente mediante unas muestras expresivas específicas de su especie que se conforman de manera innata, o genética. Pero también aprenden las canciones de su grupo, reforzando la comunidad y manteniendo las «tradiciones» vivas en una composición transgeneracional de canciones (Brown, 2000; Payne, 2000; Merker, 2008). Los sonidos de la voz humana tienen unas funciones comparables y también se organizan en narrativas de percepciones estéticas y morales en el relato de las canciones, cuya musicalidad puede ser imitada por la música instrumental (Malloch y Trevarthen, 2008).

El «tono de voz» (Fonagy, 2001) y los «afectos de vitalidad» de la voz y los gestos (Stern, 1993, 1999) determinan el efecto interpersonal del habla, incluso en la comunicación mediada por signos convencionales o texto de cualquier tipo (Brandt, 2008). Los principios estéticos o poéticos influyen en el mensaje factual, aportando a su historia una coherencia «literaria» de motivación (Bruner, 1990; Turner, 1996; Fonagy, 2001; Köhl, 2007).

Las dinámicas de la emoción humana y sus adaptaciones especiales para transmitir los productos de la invención entre personas se muestran profusamente en las artes temporales o dramáticas, especialmente en las canciones, la música y el baile (Smith, 1777/1982). Éstas cultivan la base motivacional o el contexto subjetivo interior que está vivo en todo el pensamiento racional y en todas las prácticas, técnicas y explicaciones elaboradas culturalmente. Los significados humanos y las creencias se hacen fuertes y adoptan una forma significativa y memorable con el apasionado apoyo de las formas musicales, poéticas y prosódicas de expresión; es decir, con la «semántica musical» (Köhl, 2007). Los cerebros sociales de los niños se alientan con la musicalidad de la comunicación con compañeros, adultos y semejantes.

## Cómo la regulación primaria entre uno mismo y los demás conduce a la creación de significado

*Hay [...] dos lados de la maquinaria implicados en el desarrollo de la naturaleza. Por un lado, hay un entorno determinado con organismos que se adaptan a él [...]. El otro lado de la maquinaria de la evolución, el lado olvidado, se expresa mediante la palabra creatividad. Los organismos pueden crear su propio entorno. Pero los organismos individuales son prácticamente incapaces de hacerlo. Las fuerzas adecuadas requieren sociedades de organismos que cooperen. Pero con esta cooperación y de forma proporcional al esfuerzo realizado, el entorno tiene una plasticidad que altera todo el aspecto ético de la evolución.*

–Whitehead, 1929)

En una comunidad humana, las personas transforman su relación con el entorno, su adaptación a sus beneficios y peligros, mediante la creación cooperativa de una cultura con sus rituales y creencias creados históricamente, sus técnicas y sus artes y su lenguaje. Los fundamentos de esta transmisión de conocimiento y habilidades entre generaciones y a lo largo de siglos y siglos, que otorga a los seres humanos un poder colectivo sobre la naturaleza que Alfred North Whitehead afirma que ha cambiado «todo el aspecto ético de la evolución», están establecidos en el desarrollo de cada cuerpo y cerebro humano. Los bebés nacen motivados por el aprendizaje cultural (Trevvarthen y Aitken, 2003). Estos cambios se asocian con transformaciones de los poderes y necesidades emocionales del niño a los que los padres deben adaptarse mediante cambios en su «crianza intuitiva» (Papoušek y Papoušek, 1987).

### *Cómo se desarrollan las emociones de los bebés con un apoyo parental receptivo*

En los últimos diez años, varios hallazgos han confirmado el nuevo concepto de «intersubjetividad innata» de los bebés (Trevvarthen, 1998; Trevvarthen y Aitken, 2001), aceptada como la construcción de una coconsciencia que permite al niño lograr un dominio del aprendizaje cultural, lo cual constituye la base fundamental para la comprensión y el uso del lenguaje (Bråten y Trevvarthen, 2007).

Basándonos en la idea de que los bebés tienen motivos innatos para guiar su vida con los demás, hemos identificado cuatro períodos en el primer año de vida marcados por los cambios basados en la edad en las capacidades del bebé de regular las acciones y la conciencia, unos períodos en los que las bases de la experiencia y las relaciones con el cuidado parental se establecen y se transforman (Trevvarthen y Aitken, 2001, 2003). Paso a paso, las expectativas del bebé son guiadas por nuevos motivos de adentrarse en

nuevos mundos. Estos pasos hacia el significado en la vida con los demás están separados por cortos períodos de cambio rápido, durante los cuales los motivos del niño se transforman desde dentro, aparentemente generados por transformaciones en el cerebro, algunas de las cuales han sido identificadas (Trevvarthen y Aitken, 2003). Estos períodos de cambio corresponden a los «puntos de contacto» que Brazelton (1993) observó que dan a los padres la oportunidad de descubrir nuevas formas de compartir íntimamente la vida con sus bebés y fomentar su desarrollo.

El destino de cada paso en el desarrollo depende de la capacidad de la «crianza intuitiva» de responder a las necesidades cambiantes del bebé (Papoušek y Papoušek, 1987, 1997; Gomes-Pedro y col., 2002). Si una madre tiene una depresión y es incapaz de responder felizmente al deseo de afecto y comunicación de su bebé, esto puede causar problemas en el desarrollo de la seguridad del bebé en sí mismo y de su comprensión (Murray y Cooper, 1997; Robb, 1999; Marwick y Murray, 2008). Tanto las emociones positivas en la comunicación sensible y de apoyo mutuo como las emociones negativas que alteran la comunicación en las relaciones no seguras o defectuosas se pueden relacionar con sus efectos en el desarrollo del niño (ver la figura 3.4). También indican varias maneras en las que la terapia puede ayudar cuando la persona no puede hacer frente a la situación, ya sea por dificultades con ella misma o con los demás.

A medida que el bebé se vuelve más activo socialmente a los 3 o 4 meses, puede mantener encuentros lúdicos con sus hermanos o hermanas. Es especialmente significativo que hacia los 6 meses de edad aparezcan las emociones sociales de *orgullo* y de *remordimiento*. La emoción del orgullo en la realización de un ritual aprendido que forma parte de una acción, una canción o un juego compartido de forma rutinaria con un progenitor contrasta con las manifestaciones de recelo, evitación y remordimiento en la interacción con un extraño que no sólo no parece ni suena como algo familiar, sino que además no «conoce el juego» (Trevvarthen, 2002). Esta sensibilidad social, regulada por las «emociones morales» interpersonales del *orgullo* y el *remordimiento*, se hace más evidente justo antes de una importante transformación en los intereses y las emociones del bebé, por ejemplo, en la transición hacia la intersubjetividad secundaria a los 9 meses, cada una de las cuales tiene efectos en el comportamiento de un progenitor atento. Si el progenitor está «sincronizado» con la voluntad del bebé de actuar de forma demostrativa y de que estas actuaciones tímidas se reconozcan y se responda a ellas con signos de placer y atenta admiración, y si las acciones del progenitor le dan un lugar en el juego, el niño está manifiestamente feliz y motivado a repetir la acción o, alternativamente, a crear otro comportamiento divertido (Reddy, 2008). Los padres que responden con afecto provocan amablemente al bebé y responden rápidamente con humor a los intentos del bebé de provocarlos a ellos (Reddy y Trevvarthen, 2004). Este comportamiento hace que surjan las emociones del juego y centra la atención en rituales que se pueden aprender como destrezas (Eckerdal y Merker, 2009).

Una madre triste y desapegada no es una buena compañera para la invención lúdica de juegos. Además, puede que estimule insensiblemente o sea coercitiva, provocando la evitación o la protesta (Gratier y Apter-Danon, 2008). *Los bebés están equipados con*



*emociones defensivas que repelen la comunicación no afín.* Estas emociones defensivas pueden alterar más la relación y pueden ir acompañadas de un estrés perjudicial para las motivaciones del niño y el aprendizaje de los límites. Las formas de terapia que ayudan a la madre a proporcionar una respuesta más afín y lúdica a su bebé, por ejemplo la *Video Interaction Guidance* (regulación de la interacción por vídeo, VIG por sus siglas en inglés), que identifica selectivamente y refuerza los momentos de contacto positivo, pueden evocar el placer de la madre en su hijo y en la alegría y el orgullo que el niño expresa (Schechter, 2004; Fukkink, 2008).

Si los padres están disponibles y de buen humor, encuentran en el niño a un encantador y provocador compañero de juego, y comparten juegos de acción y canciones de cuna, que el niño rápidamente aprende. Por lo tanto, muchos meses antes de ser consciente del propósito del lenguaje o de tener la capacidad de hablar, el bebé, si recibe el tipo de apoyo afectivo que surge naturalmente en padres felices, va formando parte de la musicalidad y de las actividades rituales de una cultura particular y disfruta del aprecio de los orgullosos miembros de su familia.

### *Comprobación de la percepción temporal y de la calidad emocional de la interacción*

Se han usado dos tipos de alteración o separación para comprobar la regulación emocional mutua del contacto intersubjetivo entre una madre y su hijo pequeño. Este tipo de estudios eran necesarios porque en los años setenta había una fuerte negación teórica de la idea de que un bebé de uno o dos meses de vida pudiera ser consciente de sí mismo, por no decir de los demás, y capaz de interactuar receptiva y adecuadamente motivado por los propósitos y las emociones.

La primera técnica, implantada independientemente a principios de los años setenta por Ed Tronick y col. (1978) y Lynne Murray (Trevvarthen, 1974, 1977; Trevvarthen y col., 1981; Murray y Trevvarthen, 1985), consistía en hacer que una madre (que está disfrutando de una protoconversación con un bebé de 2 meses) deje de ser expresiva y mantenga el rostro inmóvil, con una expresión neutra, delante del bebé durante un minuto. Este procedimiento de «rostro en blanco» o «rostro inmóvil» provocaba una respuesta inmediata del bebé. Primero, el niño se quedaba atento y en ocasiones hacía intentos mediante sonrisas, vocalizaciones o gestos de atraer o estimular una respuesta de la madre; luego el bebé se quedaba retraído, evitando la mirada de la madre, con signos de aflicción y confusión. El bebé parecía deprimido. Este hallazgo concordaba con los de otros estudios que mostraban que los bebés de madres que sufrían depresión posparto podían parecer retraídos y deprimidos y expresarse con una musicalidad vocal deprimida (Field y col., 1988; Field, 1992; Murray y Cooper, 1997). Observaciones subsiguientes de bebés con madres que manifestaban una psicosis bipolar indicaron además que un bebé confrontado con comportamientos de estimulación insensible y repetitiva hace esfuerzos por compensarlos permaneciendo alerta, hiperactivo y mostrando una «falsa alegría» (Gratier y Apter-Danon, 2009).

La segunda prueba, desarrollada por Lynne Murray (Murray y Trevarthen, 1985) tras unos experimentos sobre la mediación de la comunicación con bebés mediante imágenes por televisión por parte de los Papoušek (Papoušek y Papoušek, 1977), consistía en hacer que una madre y un bebé de 2 meses entablaran comunicación estando en habitaciones separadas mediante una conexión de vídeo y sonido bidireccional, lo cual no parecía costarles demasiado (ver la figura 3.5). Luego, se volvió a mostrar un breve fragmento de la comunicación feliz con la madre al bebé. En este contexto, el bebé mostró expresiones de sorpresa, confusión, retraimiento y tristeza, como ocurre en gran medida en el procedimiento cara a cara. Esta respuesta demostró que el bebé era inmediatamente sensible a la «contingencia» o al ritmo animado y afín de las expresiones de la madre. La comunicación contenía las expresiones adecuadas en la secuencia adecuada, pero no estaban sincronizadas con el comportamiento del bebé. Este experimento se repitió (Nadel y col., 1999). Además, se realizó una prueba complementaria en la que, sin previo aviso, se volvía a mostrar a la madre el comportamiento del bebé en un período de comunicación en directo (Murray y Trevarthen, 1986). La madre nota que «algo va mal», pero no sabe qué es, y puede culparse a sí misma por la aparente falta de respuesta del bebé. La comunicación humana debe producirse a tiempo real, en toda su creatividad y espontaneidad, como sucede en la improvisación de un dúo de *jazz* (Gratier y Trevarthen, 2008).

## Conclusiones: cómo se pueden restaurar las raíces de la comunicación emocional

El estudio empírico detallado de los comportamientos emocionales de los bebés y niños pequeños en situaciones de la vida real en las que sus motivos están activamente involucrados con las acciones y las expresiones de otras personas nos permite valorar el papel positivo de las emociones en el desarrollo y del bienestar en las relaciones (Donaldson, 1992; Nadel y Muir, 2005; Reddy, 2008). Las emociones son procesos orgánicos o «en directo» que son «creativos», que afirman su vibrante influencia sobre las intenciones emergentes, las experiencias, los pensamientos, las expectativas y los recuerdos desde el nacimiento e incluso antes. No deberían, como afirmó A. N. Whitehead (1929), formularse como «productos de discernimiento lógico». La experimentación científica sobre la naturaleza de las emociones, sin embargo, se ha basado en las explicaciones *objetivas* y *causales* racionales sobre las maneras en que los animales y las personas reaccionan ante los estímulos. Ha adoptado la postura de «tercera persona», que mide los acontecimientos conductuales de las personas desde el punto de vista de un observador externo. Ha reforzado la creencia de las culturas occidentales industrializadas de que las emociones negativas o defensivas de los niños deben «regularse» para mantener su equilibrio y para que sus sensaciones prosociales se «desarrollen» mediante un plan de formación para inculcarles unas normas aprobadas culturalmente (Bierhoff, 2002). En las últimas décadas (Panksepp, 1998, 2002, capítulo 2 de este libro), la neurociencia ha mostrado su apoyo a una ciencia natural de todas las emociones relacionales, una ciencia que siga un método de observación del que Charles Darwin (1872) fue pionero. Las emociones son principios intrínsecos que regulan la vida adaptativa en el fenomenal mundo del movimiento (en las relaciones y las comunidades, en el comercio y en la política y, especialmente, en el arte).

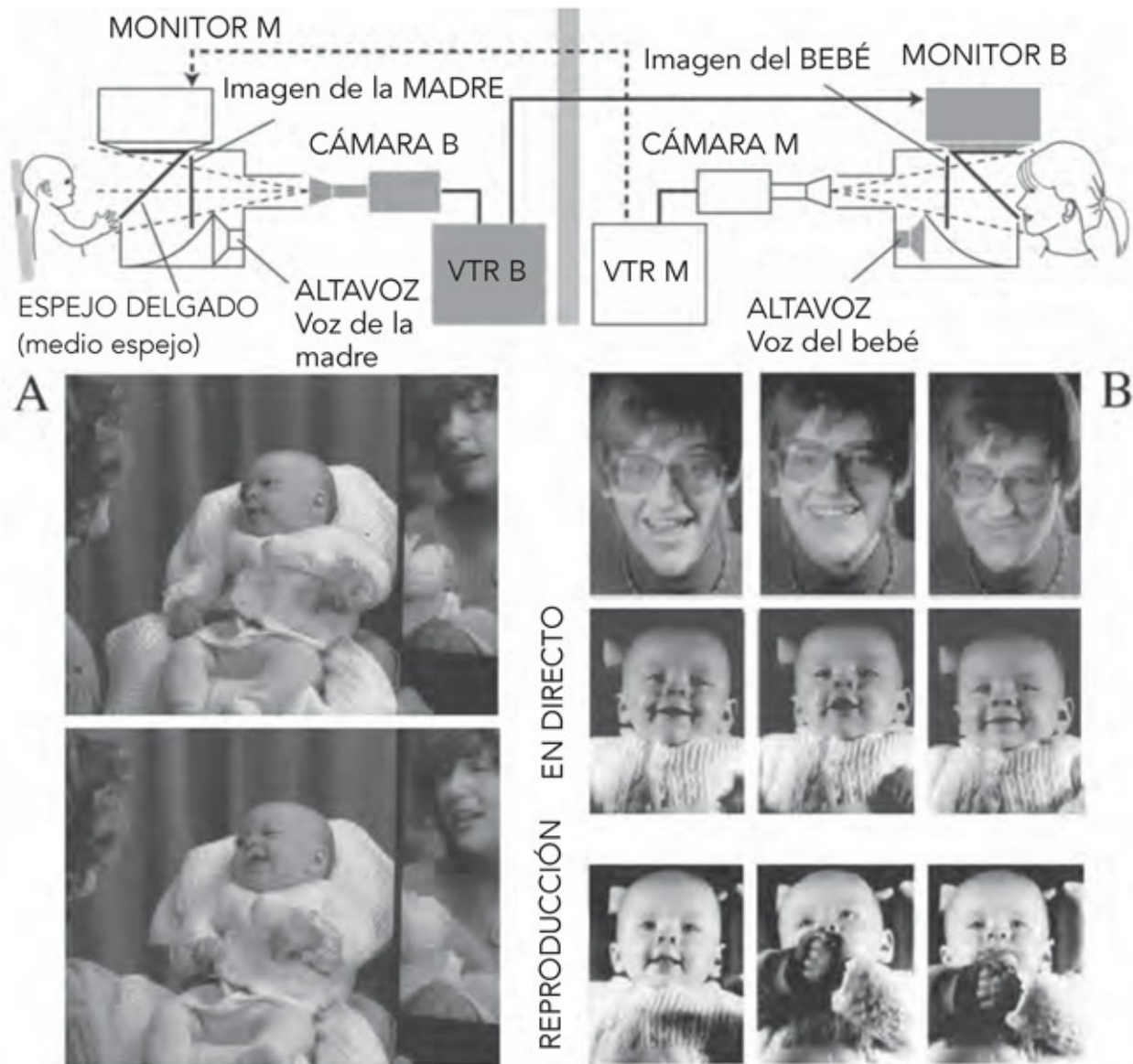


FIGURA 3.5

Expresiones complejas de interacción social en coconsciencia entre niños pequeños y sus madres. A: Una niña de 6 semanas mira atentamente mientras su madre (reflejada en el espejo) habla, luego sonríe cuando la madre deja de hablar. B: Imágenes de una interacción entre un bebé de 8 semanas y su madre mediante una doble televisión en un experimento de Lynne Murray. En la situación «en directo», madre e hija disfrutaban de una «protoconversación» en la que el bebé expresa intensamente muchas emociones felices, muy coordinadas en el tiempo con las expresiones y las palabras de la madre. Cuando el mismo minuto del comportamiento de la madre se muestra en diferido al bebé, éste se altera inmediatamente y se queda retraído y deprimido. Los bebés son muy sensibles a la contingencia del comportamiento de otra persona con respecto al suyo.

Las actividades expresivas/comunicativas y las costumbres sociales que representan más directamente la fluidez y la creatividad de las emociones humanas son las del teatro, la música y la danza (formas de disfrute natural de articular y coordinar las extremidades y los órganos autorreguladores del cuerpo, uniendo sus tensiones y sus impulsos de

forma rítmica buscando preservar la energía y canalizarla de la forma más efectiva obedeciendo a un PMI). El hecho de que la comunicación entre una madre y su hijo pequeño se pueda describir con precisión mediante la teoría de la «musicalidad comunicativa» es una clara muestra de la fuente de la conciencia colaborativa humana en las expresiones creativas íntimas o en la creación poética de historias. Las notas, frases y episodios de las narraciones emocionales crean y transmiten significado, sosteniendo los rituales de la cultura (Gratier y Trevarthen, 2006; Malloch y Trevarthen, 2009).

### *Mensaje para la terapia y la educación*

Actuar directamente como respuesta ante las fuerzas morales de la relación evidentes en los niños pequeños, tomar nota del placer experimentado en ambas direcciones (de la madre hacia el hijo y del hijo hacia la madre) tiene una importancia que va más allá de lo que entiende la razón o de lo que la formación conductual o cognitiva pueden lograr. Una vez que una historia compartida se inscribe en la diversión de sus valiosos rituales, se pueden descubrir y pensar en muchos significados con seguridad en uno mismo y en las relaciones de confianza. Los rituales de enseñanza/aprendizaje y las «prácticas sanadoras» para fomentar el bienestar en aquellos que sufren ira, miedo, ansiedad y confusión no dependen principalmente de estructuras de información o «instrucción» ni de «entrenar» los comportamientos, sino del fomento empático de las tendencias innatas de todos los seres humanos (incluso los más jóvenes o más debilitados) de compartir los placeres y de aprender nuevos mecanismos en una compañía afectiva.

El terapeuta que trabaja con una persona que está confundida por la ansiedad y el miedo y cuya energía entusiasta ha desaparecido tiene una posibilidad: intentar comprender las razones y las causas de su pérdida emocional, o intentar buscar, mediante una provocación sensible y una creencia positiva, una forma de apreciación que evoque algunos signos de alegría y esperanza en el disfrute de compartir las sorpresas de una interacción humana en la que no exista la aversión ni la rivalidad.

La investigación infantil refuerza el uso de terapias intersubjetivas no verbales, como la terapia musical y la psicoterapia corporal, porque estos enfoques aceptan que todos estamos equipados con cierta sensibilidad hacia el movimiento y cualidades en el movimiento, no sólo en nuestros propios cuerpos, sino en los cuerpos de las personas que tocamos, vemos y escuchamos. Además, las «terapias artísticas» tienen el beneficio de aceptar la hipótesis de que somos criaturas creadoras de historias, y de que nuestra propia autobiografía, y sus principales personajes, es la historia que nos afecta más profundamente.

El trabajo con niños víctimas de malos tratos y con alteraciones emocionales, o con algún trastorno constitutivo como el autismo o el trastorno de Rett, demuestra la necesidad en la terapia o en la educación especial de una comunicación a un nivel emocional íntimo (Malloch y Trevarthen, 2008), sean cuales sean los procedimientos utilizados en la rutina de la experiencia o la capa de provisiones o contingencias de los programas de formación. Aprender a regular la vida para uno mismo y con otras personas tiene efectos positivos sólo si la comunicación (el proceso de intersubjetividad

afín mediante el cual se implementa) es buena.

A partir de su propia práctica y de la observación de los beneficios del hábil trabajo terapéutico de otros, Dan Hughes (2006) ha identificado los principios primarios de la interacción y la reconstrucción en su psicoterapia diádica de desarrollo como sigue. Aquí, Katie es una niña víctima de malos tratos (ahora de 8 años), Jackie es su principal madre adoptiva, y Alison es la terapeuta. Todos estos personajes son ficticios, basados en la experiencia de Hughes con muchos casos.

El tratamiento psicológico de Katie [...] incluía proporcionarle una serie de experiencias reflexivas y afectivas integradoras complejas. Las características principales de su tratamiento incluían experiencias afectivas intersubjetivas de sincronización y de reducción del remordimiento. [...] En un ambiente de confianza, Alison y Jackie emplearon la empatía y la curiosidad, siempre basadas en la aceptación, para explorar con Katie varias experiencias de remordimiento desde su vida pasada y presente. La reducción del remordimiento se lograba haciendo que Katie fuera consciente del incidente, comunicando activamente empatía por su aflicción, y luego mediante la cocreación del significado de los nuevos estados afectivo y reflexivo de Katie. Esto le permitía integrar su yo fragmentado, aumentar su sensación de valía personal y mejorar su capacidad de desarrollar seguridad en el apego con Jackie. Cuando Alison percibía y respondía a los estados afectivos de Katie, le proporcionaba experiencias intersubjetivas primarias y secundarias. La experiencia era más terapéutica cuando implicaba el contacto visual, la expresividad del rostro, modificaciones ricas y variadas de la voz y una amplia gama de gestos y movimientos. La voz de Alison pasaba fácilmente de alta a suave, de rápida a lenta, con largas latencias periódicas en las que ella y Katie reflexionaban sobre un problema y su solución. Alison se reía, acercando y alejando su rostro y demostrando una tristeza empática, miedo o ira, sincronizándose con el estado afectivo de Katie casi inmediatamente en sus expresiones faciales y vocales. Mientras exploraba la interacción inmediata y los acontecimientos recientes o distantes, estaba sentada cerca de Katie y con frecuencia la tocaba. Este contacto físico facilitaba mucho la comunicación y el afecto compartido. El contacto físico era igual de afectivo que el tono de voz y los gestos faciales en la correulación de los diferentes temas emocionales de la alegría, el entusiasmo, el remordimiento, la ira, la tristeza y la ansiedad (p. 279).

Los mismos principios de mayor cercanía y atención sostenida hacia el otro son importantes para ayudar a los niños con autismo u otros trastornos del desarrollo. Además, estar en contacto con las fuentes más profundas de expresión emocional es necesario para abrir la comunicación con personas muy seniles y con aquéllas con graves discapacidades mentales (Zeedyk, 2008).

Los terapeutas intentan cambiar las sensaciones que alteran las experiencias de sus pacientes para hacerles sentirse más seguros, ser más capaces de adaptarse a las situaciones de la vida y a las relaciones, y para que sean más felices. Para ello, deben encontrar maneras de conectar con los motivos que iluminan el cuerpo y la mente con emociones. Por lo tanto, deben moverse con el paciente hacia el desempeño de proyectos y tareas deseados y reales, no sólo tareas que existan como historias habladas.

La base expresiva rítmica de las dinámicas emocionales es la misma para todas las «danzas» habladas y sin hablar de la mente. Las emociones son el modo en que bailamos juntos, y hacerlo forma parte del centro de la iniciativa del ser humano.

4



# Creación de significado a varios niveles y expansión diádica de la teoría de la conciencia

*Flujo de significado polisémico emocional y polimórfico*

*Ed Tronick*

**LA PSICOTERAPIA CONSISTE EN** cambiar el significado que las personas asocian consigo mismas en el mundo. Así, el significado (el significado privado) es un concepto clave en enfoques tan variados y polémicos como el psicoanálisis, la psicodinámica, la psicoterapia, la terapia cognitiva conductual (TCC), las terapias cognitivas dialécticas, las terapias diádicas, las terapias del apego y relacionales e incluso las psicoterapias corporales «alternativas» (Tronick, 2007; Harrison y Tronick, 2007; Ogden, Minton y Pain, 2006; Modell, 1993). Sin embargo, creo que hemos malinterpretado la naturaleza del significado de un modo profundo que limita nuestro conocimiento sobre el funcionamiento de los seres humanos, sobre qué «es» el significado y cómo las personas cambian sus significados. En esencia, hemos tendido a limitar y categorizar el significado en el ámbito de lo explícito, básicamente en los ámbitos del lenguaje, los símbolos y las representaciones. Esta limitación se produce en parte porque nuestros procesos cognitivos tienden a dividir la realidad en categorías, de manera que para los seres humanos es difícil hacerlo de otra manera. También lo hacemos porque nuestro pensamiento está colonizado por el lenguaje, que a su vez realimenta y reifica aún más las categorizaciones. Además, la cultura de la ciencia y su demanda de lo explícito también influyen. Finalmente, nos impresiona mucho nuestra capacidad de nombrar las cosas porque nos da la sensación de que conocemos y controlamos todo aquello que nombramos. Esta forma de pensar tiene mucho de verdad sobre el significado que nos damos a nosotros mismos en el mundo. Pero no toda la verdad.

## El significado es biopsicológico

El significado es biopsicológico. Está compuesto por sistemas polimórficos que funcionan en múltiples niveles de la persona. Estos sistemas polimórficos crean formas de significado cualitativamente diferentes, a las que Freeman (2000) se refiere como *actualizaciones de significado*, que en el mejor de los casos encajan con algunas complicaciones. Además, el significado no es una cosa-un significado. El significado es el flujo en capas de los diferentes significados que emergen de los múltiples niveles y procesos que forman el significado. El significado es un flujo o manojito polisémico laminado (A. Harrison, comunicación personal, 2008) que influye en sí mismo a medida que fluye hacia el futuro. Sin embargo, las personas deben reunir este flujo de significados en una visión coherente de sí mismas en el mundo, en lo que yo llamo un *estado de conciencia*. Una tarea nada fácil.

Bruner (1990) afirmó que los seres humanos son creadores de significado. Crean significado para comprenderse a sí mismos en relación con su propio yo y en relación con el mundo de las cosas y con las otras personas. Estos significados se conservan en el estado de conciencia de la persona. Un estado de conciencia son los significados polisémicos conscientes o mayoritariamente inconscientes creados por la totalidad de los procesos biopsicológicos de una persona. Algunos significados son conocidos y simbolizables, otros son desconocidos, implícitos, pero con «trabajo» pueden llegar a conocerse, y otros pueden ser imposibles de conocer. Más adelante daré más detalles.

Los significados contenidos en un estado de conciencia organizan la presencia de las personas, su forma de estar en el mundo. Por ejemplo, es la reconfortante e inexplicable sensación que sentimos en el hogar querido de nuestra infancia o la desconocida incomodidad que nos atraviesa el cuerpo, la sensación de necesitar estirarnos y movernos, cuando estamos en una casa en la que hemos vivido un trauma desconocido. Los significados se autoorganizan, se regulan internamente, se organizan privada y diádicamente, se regulan con los demás y se comparten. Cuando la creación de significado autoorganizado sale bien, se crean nuevos significados que forman parte del estado de conciencia del individuo. Cuando los significados se organizan diádicamente, emerge un estado *diádico* de conciencia entre las personas que contiene nuevos significados *cocreados*, de los que a su vez puede adueñarse cada persona en su estado de conciencia.

La creación satisfactoria de nuevos significados por parte de uno mismo o de uno mismo con los demás lleva a una expansión de la complejidad y la coherencia del estado de conciencia de la persona. Y la creación satisfactoria de estados de conciencia de uno mismo o diádicos tiene consecuencias experienciales y funcionales. Esto también es aplicable a la creación de significado no satisfactoria. La creación satisfactoria de significado lleva consigo una sensación de expansión y afectos positivos; estas sensaciones caen en cascada e influyen en sí mismas, quizás generando una sensación de exuberancia y de estar vivo, o una sensación oceánica de bienestar. Cuando se crea significado satisfactorio con otra persona, emerge una sensación de conexión y de

sincronía, una sensación mutua de estar juntos en un espacio especial. La incapacidad de evocar significado genera afectos negativos, miedo, ansiedad, una contracción y un estrechamiento. Éstos también se influyen en sí mismos, lo cual lleva a cambios cualitativos radicales de estado. Vemos estos cambios en nuestros pacientes durante los momentos de nuevas percepciones o cuando se produce la catástrofe (la incapacidad de crear significado; Modell, 1993) y también debemos reconocer que nosotros somos participantes de estos procesos.

¿A qué me refiero con que los significados son biopsicológicamente polimórficos? Los significados incluyen todo lo relativo a los ámbitos lingüístico, simbólico y abstracto, que podemos considerar fácilmente como formas de significado, hasta las estructuras y procesos corporales, fisiológicos, conductuales y emocionales que nos cuesta un poco más conceptualizar como formas, actos o actualizaciones de significado. La dificultad surge porque estos significados polimórficos se crean a todos los niveles del organismo, desde el fisiológico hasta la conciencia, y también porque nos vemos obligados a utilizar el lenguaje para describir unos significados que son inherentemente no lingüísticos y que están fuera de la conciencia explícita. Sin embargo, es posible integrar cómodamente estas ideas sobre el significado bajo un principio de singularidad. Los conceptos de mente, cuerpo y cerebro pueden ser conceptos útiles o no, pero reflejan cómo nuestros procesos cognitivos dividen el mundo. Como tales, no reflejan ni incluyen necesariamente el modo en que opera el individuo. Más bien, existe una singularidad, un concepto relacionado con cómo todos los subprocesos de un sistema no sólo operan con un propósito a nivel local, sino cómo funcionan en el contexto de la operación y los objetivos de todo el sistema. Los sistemas que conforman todo el individuo (la totalidad de los procesos biopsicológicos del ser humano incluyendo, sin limitarse a ellos, lo que llamamos mente, cerebro y comportamiento) operan para obtener información sobre el mundo para actuar *en* el mundo o *sobre* él de acuerdo con sus intenciones y objetivos así como para crear los propósitos, intenciones, significados y percepciones del yo únicos y singulares del individuo en el mundo.

Un ámbito del significado que solemos encontrar difícil de conceptualizar como un elemento útil significativo de nuestro estado de conciencia es el de las emociones. Freud hablaba sobre los procesos primario y secundario, y aunque no tenía del todo claro si servían como formas de significado, suponía, y así se ha aceptado, que los procesos secundarios son los que se ejemplifican como significados. Cabe notar que la percepción (una forma explícita, simbolizada, lingüística de significado) fue coronada como la reina de los procesos de cambio, mientras que los significados del proceso primario serían más bien equivalentes a los campesinos de la plebe. Las emociones desorganizaban, alteraban, inquietaban e incluso carecían de organización. Eran infantiles, inmaduras y debían dejarse atrás si uno quería poder conocer el mundo y a uno mismo.

Hay otras perspectivas menos negativas sobre las emociones. Las emociones se han considerado como elementos intensificadores del significado o catalizadores de las acciones significativas, una especie de proceso unidimensional que amplifica los beneficios, de un modo similar a cómo Philip Roth amplifica la realidad en sus novelas.

Alternativamente, se han conceptualizado como elementos que aportan valor a la experiencia, de un modo tardío, a través de un proceso de valoración que compara el objetivo del individuo con el resultado (Izard, 1977). Las emociones también se ven casi siempre como algo que existe en un pequeño conjunto fundamental en el individuo, y aunque el núcleo de ese conjunto puede dar lugar a mezclas más complejas, no presenta cambios cualitativos de desarrollo (Ekman y Oster, 1979). Además, los procesos emocionales se ven como separados de los procesos cognitivos, aunque según algunos puntos de vista estén relacionados con los procesos corporales.

En estas y otras conceptualizaciones, creo que hemos malinterpretado, o al menos pasado por alto, las características quizás más cruciales de las emociones. Para mí, *las emociones tienen significado*. Las emociones son elementos del significado, y quizás son incluso los primeros y principales elementos unidos en el estado de conciencia de los seres humanos. Y aunque las emociones son elementos dentro de la persona (punto de vista de la psicología esencialista o individual), creo que se crean internamente en nuevas formas emergentes, y también se cocrean diádicamente en nuevas formas emergentes con los otros externalizados y con los objetos internalizados. Por lo tanto, las emociones no son elementos fijos. Evolucionan con los momentos. Los antiguos cambian, los nuevos emergen, las formas matizadas abundan. Cambian y se desarrollan a través de procesos de organización de las emociones y mediante la interacción de estos procesos con otros procesos (por ejemplo, los procesos cognitivos). Además, cuando los significados emocionales se crean o se cocrean en un estado de conciencia, su creación tiene consecuencias para la formación de relaciones, de la experiencia emocional constante y para el crecimiento de la persona; es decir, el modo en que el individuo confía en sí mismo en el mundo (Freeman, 1994).

## Los bebés y la creación de significado

Mi visión sobre las emociones resulta de mi trabajo con bebés (Tronick, 2007). Desde Freud en adelante, los bebés se habían considerado seres desorganizados o que sólo respondían a los procesos internos o sin intención o contacto con la realidad. Freud compartía esta visión con William James, pero en absoluto con Charles Darwin o Melanie Klein. Esta visión perduró hasta bien entrados los años ochenta y todavía persiste actualmente, con las ideas relativas a que los bebés carecen de lenguaje y de procesos de memoria o cognitivos explícitos. Piaget (1952) veía a los bebés de un modo diferente. Aunque no le interesaban especialmente las emociones, le preocupaban profundamente el significado y la adaptación. Consideraba que el bebé construye un significado *sensorimotor* del mundo. Las cosas del mundo eran aquello que el bebé podía hacer con ellas. Objetos tan diferentes como biberones, pechos y sonajeros eran lo mismo para el bebé porque el bebé los succionaba. El significado de estos objetos era la acción que se podía realizar con ellos (eran caracterizados como succionables). El significado cambiaría a medida que el bebé desarrollara nuevas capacidades motoras, de manera que los sonajeros y las llaves se pueden agitar pero los biberones o los pechos no. Más adelante en el desarrollo, otros procesos desbancan a los procesos motores y, a la larga, en la edad adulta, aparece el lenguaje, la simbolización y la abstracción. Sin embargo, teniendo en cuenta nuestra visión adulta del mundo como simbólica, abstracta y basada en el lenguaje y en la narrativa (por ejemplo, este capítulo), tenemos que hacer un esfuerzo especial para pensar que una cosa no es una cosa, sino que *es* la acción realizada con ella; la percepción de la cosa para el niño es, parafraseando a Bruner, un *acto de significado* literal.

De este punto de vista emergía la noción de que el bebé era competente, pero su competencia residía básicamente en los ámbitos perceptual y cognitivo. Como parte de este esfuerzo, y basándome en la teoría de las posibilidades de Gibson (1988), llevé a cabo un estudio sobre las reacciones de los bebés ante la inminente colisión con un objeto virtual (Ball y Tronick, 1971). El estímulo era una matriz óptica oscura que se expandía (una sombra amenazante). Bebés de tan sólo 11 semanas reaccionaban a este dispositivo poniéndose las manos delante del rostro y girando la cabeza (una postura defensiva). Según indicaban estas acciones, la sombra era algo que *experimentaban* como amenazante y pretendían eludirla. Aunque también habría podido ser considerado como nuevo o interesante, tenía un significado sobre su relación con el acontecimiento (les resultaba peligroso). Con esto no quiero decir que los niños percibieran su propio yo ni el objeto *qua* objeto, y estoy seguro de que no podían reflexionar sobre el acontecimiento ni sobre su reacción. Y aunque no conocemos realmente la experiencia de los bebés, no obstante dieron muestras de un estado de conciencia organizado en el que la sombra amenazante tenía significado, y básicamente este significado se construía sin lenguaje ni símbolos. Es difícil adentrarse en la experiencia de un bebé, pero intentemos pensar en otros ejemplos crípticos, como el de las personas con agnosia visual aperceptiva que se mueven entre objetos y los manejan en el mundo visual pero no los

*ven*. Sin embargo, por su evitación de los objetos y por el modo en que los manejan, sabemos que estas personas tienen un estado de conciencia en el que el mundo «visual» tiene significado para ellos, pero es tan radicalmente distinto del estado de conciencia del adulto normal como el estado de conciencia de un bebé. Es decir, ambas maneras de conocer el mundo van más allá de nuestra capacidad de ponerles palabras.



FIGURA 4.1

En un ejemplo parecido, hemos visto a un bebé reaccionar ante una muestra facial de ira de su madre al intentar hacer que el bebé le suelte el pelo (figura 4.1). La expresión facial de enojo de la madre y la vocalización duran menos de medio segundo, pero el bebé las detecta e inmediatamente levanta las manos para taparse la cara, se gira parcialmente en la silla y la mira por debajo de las manos levantadas. Su rostro enojado, quizás el primero que el bebé ha visto, no es sólo interesante o novedoso. El bebé lo considera amenazante; algo peligroso está a punto de suceder y organiza una reacción defensiva para protegerse de lo que parece que está a punto de pasar. Y la madre se da cuenta de ello también casi inmediatamente. Cambia lo que está haciendo y mediante acciones de camelo intenta superar la ruptura y cambiar la experiencia. Primero, el bebé se tapa con las manos, pero al cabo de 30-40 segundos empieza a sonreír, luego le sonrío y la mira.

La reacción defensiva del bebé ante el rostro enojado es un estado de conciencia obvio, que organiza la forma del bebé de estar en el mundo, igual que el cambio en su estado de conciencia cuando empieza a sonreír y a mirar a la madre. Sin embargo, como en el caso de los significados sensorimotores o la agnosia visual aperceptiva, debemos ser prudentes con lo que pensamos que el niño *sabe*. En este caso, no creo que el bebé sepa cuál puede ser el peligro, como sería el caso con un niño algo mayor, pero el rostro enojado le hace sentirse amenazado por lo que está sucediendo. Experimenta lo que podríamos llamar una «amenaza», pero no sabemos qué puede saber, si es que sabe algo, sobre qué es la amenaza o dónde está. Quizás la experiencia del bebé es similar a la sensación de fatalidad que experimenta la gente cuando no hay ninguna fatalidad evidente; simplemente es así. Y cuando la madre sonrío, el bebé le devuelve la sonrisa, sabiendo que su mundo vuelve a estar seguro, pero no sabe qué le aporta esa sensación. Es importante destacar que el bebé reacciona como un sistema global. Los brazos, la postura, la expresión facial, la mirada y su fisiología (la estábamos midiendo) cambiaron al reaccionar ante la amenaza, y luego siguieron cambiando al repararse la alteración y al transformarse la amenaza en seguridad y placer. Las reacciones no fueron sólo reacciones de la mente, el cuerpo y el cerebro, sino de muchos procesos a niveles múltiples de creación de significado, organizados en coherentes reacciones de todo el sistema. Además, aunque no pudimos hablar con la madre sobre su reacción ante la reacción del bebé, sabemos, basándonos en sus acciones, que entendió lo que estaba pasando, cambió lo que estaba haciendo y trabajó para cambiar su estado de conciencia y el de su bebé. En concreto, no sabemos si ella era consciente de que había puesto cara de enfadada. De hecho, cuando vimos por primera vez que el bebé la eludía, tuvimos que mirar varias veces la cinta para darnos cuenta de su cara de enojo.

Las emociones, como las acciones sensorimotoras del bebé sobre las cosas, son uno de los sistemas de creación de significado polimórficos del bebé. Además, teniendo en cuenta la precoz sofisticación de los bebés al responder y expresar emociones, en comparación con su capacidad de actuar con destreza en el mundo, *las emociones pueden ser su forma básica de construir significado* (Tronick, 1980). Quizás de forma



demasiado mecánica, los bebés pueden considerarse dispositivos de creación de emoción-significado. No diferencian simplemente una emoción de otra, ni responden a la novedad de una emoción. En lugar de eso, lo que tiene significado es el *input* emocional. El significado es inherente al procesamiento de la emoción y no necesita ser traducido por el bebé en ninguna otra forma. No es necesario que sea valorado o evaluado por otros procesos (por ejemplo, cognitivos), aunque probablemente forme parte de esos procesos. Una analogía podría ser que el sistema digestivo (el sistema de emoción-significado) ingiere nutrientes (emociones) que transforma en energía útil y en elementos (significados) y las cosas que no nutren (chasquidos con los labios) no se pueden digerir (carecen de significado, no tienen sentido). Como adultos, intentamos captar el mundo con el lenguaje, lo cual hace difícil que exploremos cómo sería tener estados de conciencia que fueran básicamente emocionales. Pensemos simplemente en la emoción de la alegría representada por el maravilloso significado de un nieto acercándose a nosotros con los brazos abiertos, saltando en nuestros brazos.

Esto puede ayudarnos a considerar las emociones como una forma de significado de nuestra relación con el mundo considerando en qué se parecen y cómo difieren de las cogniciones. El significado que tiene para los adultos estar solos en una ciudad oscura, llena de sombras y desconocida es miedo, ansiedad y repulsa. Este significado coexiste con otras formas de significado transmitidas en palabras y símbolos por parte del yo, de amigos y de guías que pueden decir que la ciudad es totalmente segura. Sin embargo, los adultos a menudo nos quedamos atascados en el significado emocional; determina nuestra percepción del mundo (peligro). Las cosas y las personas ya no son lo que sabemos explícitamente (cognitivamente) de ellas; ahora son aterradoras, tanto si son cubos de basura como personas. De hecho, incluso cuando la persona sabe que lo que hay en la esquina son cubos de basura, a menudo sólo significan (y sólo *son*) terror. El significado es inherente al estado de conciencia asustado de la persona.

Las emociones no transmiten significado sobre el tiempo episódico, sobre categorías digitales de sí/no, o sobre límites, como hacen las cogniciones. Aunque se producen secuencialmente, carecen de una estructura narrativa y de gramática. También motivan al individuo a actuar, mientras que la cognición puede suceder sin acción. Las emociones también pueden motivar actos, aunque el objetivo siga sin concretarse. El miedo sin saber qué provoca miedo puede llevarnos a la huida. La ira cuando no sabemos qué causa ira sigue siendo ira. Paradójicamente, es casi como si las emociones no estuvieran conectadas con el mundo exterior, aunque nos trasladen al mundo. En este sentido, son como la visión del proceso primario de Freud, y comparten la atemporalidad del inconsciente, pero no son procesos primarios en el sentido en el que Freud y James se referían a ellos.

## El significado como un flujo polisémico, polimórfico

Las emociones son sólo uno de los muchos elementos en un estado de conciencia que forman parte de la organización jerárquica en múltiples niveles de la forma de las personas de estar en el mundo. Un estado de conciencia es un estado biopsicológico que cambia dinámicamente y que integra significado biológico y psicológico, propósitos e intenciones creados en cada nivel y en cada lugar de funcionamiento del organismo, desde la fisiología al conocimiento. Como afirma Freeman (2000), todos los procesos del organismo tienen propósitos. Los significados de diferentes lugares en diferentes niveles emergen en diferentes períodos de tiempo (de milisegundos a minutos o incluso más tiempo), de manera que existe un flujo de significados laminado temporalmente sobre el mismo acontecimiento, y estas actualizaciones de significado se convierten en parte del flujo de significado a medida que avanza en el tiempo.

Permítanme poner un ejemplo sumamente concreto (Dan Siegel, comunicación personal, marzo de 2006) de diferentes elementos de significado que creo que deja claro que los elementos del significado son distintos entre sí y no son transmutables mutuamente. Un padre está andando por la maleza en el desierto con su hijo cuando de repente siente una sensación de terror y aleja a su hijo de un matorral justo antes de que una serpiente se cruce en su camino. ¿Cuál es el significado de este acontecimiento? Probablemente, el padre detectó un movimiento en su campo visual periférico que le provocó la reacción defensiva automática, a nivel de los reflejos espinales y procesos visuales precoces, de apartarse. Se aleja sin ninguna conciencia, plan o intención, aunque la acción tiene un propósito biológico. No existe un objeto identificado, sólo la reacción. A medida que la secuencia de creación de significado avanza, la amígdala se activa debido a su papel de evaluación del *input* visual. El sistema nervioso simpático también está activado. La atención se centra en el entorno en busca de otros elementos peligrosos.

Todas estas reacciones y procesos ocurren antes de que seamos conscientes del acontecimiento. Pero, claramente, el acontecimiento tiene un significado mostrado en el comportamiento del padre, aunque el acontecimiento aún no se ha identificado como lo que es, y el significado en ese momento podría ser incorrecto. El hijo es apartado simultáneamente. Con la activación de este circuito, el significado adopta una forma emocional (miedo, terror) pero el significado todavía no se asocia a un objetivo nombrado. Después de pasar a una posición más segura, tanto el padre como el hijo experimentan (fuera de la conciencia) una respuesta simpática que empieza a desconectar el miedo y la activación. Luego, se activan los procesos cognitivos y ejecutivos corticales que evalúan la situación, detectan un objetivo y reducen más la reacción de miedo. Mientras que los procesos subcorticales ocurren en milisegundos, estos procesos corticales tardan segundos o incluso más tiempo en desplegarse. Se ha producido una cascada polisémica.

Lo que quiero destacar es la importancia de reconocer que no existe un único significado, sino más bien un flujo laminado de significados que emergen con el tiempo a

partir de sistemas de creación de significado a múltiples niveles, lo que Harrison (comunicación personal, abril de 2008) llama «fardo» o «flujo» polisémico. Puede que se haya producido la reacción automática, pero si el objetivo hubiera sido un pájaro, la cascada de significados se habría desplegado de un modo distinto. Esto parece fluir lógicamente, pero empíricamente también sucede que los procesos corporales y cerebrales implicados no son equivalentes al desplegarse los diferentes significados. La respuesta automática activa el circuito espinal reflexivo y quizás otros circuitos visuales, unos circuitos completamente distintos de los del sistema nervioso autónomo, o el circuito del sistema del miedo de la amígdala o los circuitos corticales. Y aunque cada forma de significado influye en las otras, cada significado es cualitativamente diferente del que crean los demás. Pensemos simplemente en un «padre» que no tuviera nada más complejo que la amígdala y el reflejo espinal de alejarse, un padre con sólo el cerebro reptiliano de McLean. El padre mcleaniano habría experimentado un significado totalmente reflexivo y fuera de la conciencia, seguido por un significado emocional de terror. Puede que no haya objetivo, ni evaluación cognitiva. También podemos preguntarnos si este padre de cerebro reptiliano habría alejado a su hijo del peligro.

Estos diferentes significados emergen con el tiempo y se incorporan en un estado de conciencia con el tiempo. Por lo tanto, el significado que se crea difícilmente es instantáneo. En este ejemplo, el objetivo y la localización, el tiempo y el contexto no están en absoluto en el significado reflexivo o en el significado de la amígdala, sino en el significado hipocámpico y cortical, y a la larga se pueden incorporar en el relato del acontecimiento («era medianoche, íbamos caminando por un sendero cuando...»). Pero recuerde que aunque el significado narrativo colonice la experiencia, nunca es equivalente al flujo de los significados *experimentados*. Viene después de la experiencia de otros significados y se incorpora en el flujo de significado más adelante.

En otro sentido, estos acontecimientos laminados no constituyen una secuencia lineal de creación de significado. Más bien forman parte del funcionamiento de todo el cerebro y todo el cuerpo: los pasos de la secuencia son tanto el contenido (productos) de los procesos como los constituyentes de significado. Estos procesos de todo el cerebro contextualizan el significado. Una razón por la que el padre está atento es porque sabe que están en el desierto. Si hubieran estado en su casa, la reacción ante un ruido similar habría sido distinta. Por lo tanto, los procesos de creación de significado que están en continuo funcionamiento en el trasfondo «preparan» otros procesos de creación de significado. Otro ejemplo: la reacción de proteger al hijo, tanto si es aprendida como innata, también es un activador de los sistemas de creación de significado del padre. En otras palabras, el estado de conciencia del padre *siempre* incluye a su hijo en su propia percepción del yo y en sus reacciones. Es su forma de ser. Y los significados creados con el tiempo constituyen los significados que seguirán creándose. Si el objetivo hubiera sido un pájaro, o si el padre o el hijo hubieran tropezado, habrían fluido otros significados que habrían constituido el proceso de creación de significado continuo. Por lo tanto, un estado de conciencia integra la percepción actual del individuo de su lugar en el mundo con la sensación pasada del yo y con el flujo temporal continuo de significados

emergiendo en cada momento. Y siempre cambia dinámicamente.

## El desorden y la creación de lo nuevo

Debería ser obvio que una característica crucial de un flujo laminado temporalmente con múltiples niveles de creación de significado es que el proceso de regular y crear significado es inherentemente desordenado. Con *desordenado* me refiero a que, dentro del individuo, los procesos de múltiples niveles que constituyen el significado operan en diferentes escalas temporales: una décima de segundo para los procesos perceptuales, reflejos, tiempos de reacción, el tronco cerebral y las respuestas parasimpáticas, pero unidades más largas de tiempo para la integración de los *inputs* perceptuales y los procesos de memoria, y el funcionamiento de las redes de las neuronas espejo, e incluso segundos enteros para procesos corticales complejos. Estas diferentes escalas temporales hacen que sea difícil coordinarlas. Su coordinación se complica aún más por los continuos efectos de retroalimentación que cada una de las actualizaciones de estos sistemas tienen sobre sí mismos y sobre los otros sistemas (por ejemplo, la inhibición de los procesos corticales con la activación límbica). Asimismo, los sistemas cumplen diferentes propósitos y, en ocasiones, propósitos transversales. Por ejemplo, el sistema parasimpático sirve, de un modo complicado, para regular a la baja o al alza el sistema simpático, que funciona para regular a la baja o al alza la activación, y ambos influyen en la amígdala que sirve para generar reacciones emocionales. No hay motivo para suponer que todos estén completamente coordinados.

En un estudio reciente sobre lo que llamamos *psicofisiología relacional*, hemos analizado la interacción entre los procesos de significado de múltiples niveles y la creación de significado, y hemos encontrado un gran desorden entre los diferentes sistemas (Ham, 2008). Por ejemplo: las expresiones emocionales de los bebés, su reactividad cardíaca (ritmo cardíaco, reactividad parasimpática, arritmia sinusal respiratoria) y su reactividad simpática (conductancia de la piel) se evaluaron durante el paradigma cara a cara-cara inmóvil (FFSF, por sus siglas en inglés). En un sistema claro (es decir, no desordenado), podríamos esperar relaciones recíprocas entre estos diferentes sistemas: altos niveles de activación con intensas expresiones emocionales, baja reactividad simpática y ritmo cardíaco elevado. Ciertamente, encontramos algunas de estas relaciones, pero lo más impresionante fue el desorden en las relaciones. Como cabía esperar, la protesta enojada del bebé estaba positivamente relacionada con la reactividad cardíaca en los episodios de situación de rostro inmóvil, y negativamente relacionada con la reactividad parasimpática, pero no sólo en el episodio de juego ni sorprendentemente en el de rostro inmóvil. Asimismo, también de forma inesperada, no hubo relación entre la protesta enojada y la reactividad simpática en ninguno de los episodios. Otras relaciones entre otras medidas conductuales y fisiológicas presentaban más o menos la misma mezcla. Además de la complejidad (desorden) en los hallazgos, hubo lo que parecían ser sorprendentes diferencias individuales en las relaciones conductuales y fisiológicas entre los bebés. Puede haber varias razones que expliquen estos hallazgos, pero van más allá del alcance de este libro. Simplemente, el desorden es preocupante porque refleja la complejidad de la interacción entre los elementos del

significado que componen un estado de conciencia.

En este estudio, también quisimos evaluar las relaciones y la coordinación de estos sistemas de creación de significado entre el bebé y la madre, para codificar simultáneamente las emociones y el comportamiento materno, registrando la reactividad cardíaca, la reactividad parasimpática y la reactividad simpática. Igual que el desorden que descubrimos en los diferentes sistemas de creación de significado de los bebés, encontramos un desorden diádico entre los sistemas de creación de significado de los bebés y las madres. Cuando los bebés protestaban durante el episodio de juego, la reactividad parasimpática materna estaba negativamente relacionada con la protesta, mientras que durante el episodio del reencuentro la reactividad parasimpática materna estaba relacionada positivamente, la reactividad cardíaca estaba relacionada negativamente, y la simpática estaba relacionada positivamente. La reactividad simpática y cardíaca de la madre y del bebé no estuvieron relacionadas durante los episodios de rostro inmóvil y de reencuentro, pero estuvieron relacionadas positivamente durante los episodios de juego. En este caso, en cierto modo, un sistema, la reactividad simpática, está diciendo «actírate más y sigue con lo que estamos haciendo juntos»; mientras que el otro sistema, el parasimpático, está diciendo «disminuye, tenemos que parar». Una conclusión primaria de estos hallazgos es que los diferentes sistemas intencionales de los bebés y de las madres se relacionaban y se influían mutuamente, pero la coherencia entre los sistemas era, en el mejor de los casos, imperfecta: era desordenada.

El desorden tanto entre el bebé y la madre<sup>1</sup> como en su relación diádica sería de esperar por dos razones. En primer lugar, estos sistemas operan a diferentes niveles dentro de las personas y funcionan en escalas temporales distintas. Además, tienen diferentes propósitos y aportan diferentes significados a los estados de conciencia de los bebés y de las madres, respectivamente. El sistema parasimpático, en parte, funciona para regular la activación del sistema simpático, y para regular más la actividad de generación de emociones de la amígdala. O, para «desgranar» esta explicación, el propósito de un sistema es reducir la intensidad de las reacciones del individuo, mientras que otro sistema está intentando aumentar esta activación, y ambos están interactuando con un sistema emocional que está generando significados emocionales cualitativamente distintos con el tiempo. La totalidad de estos propósitos psicobiológicos diferentes contribuye (es decir, proporciona los elementos y las actualizaciones) al significado en el estado de conciencia de los bebés y las madres.

La segunda razón tiene otro orden de magnitud. El desorden es la fuente del cambio y aquello a partir de lo cual emergen nuevos significados. Los sistemas que son fijos, estáticos y estrechamente controlados no cambian. Permanecen igual aunque sean complicados. Por ejemplo, las naves espaciales tienen unos sistemas de control sumamente complicados, pero no se desarrollan, no emerge nada nuevo en ellos. Tienen un propósito singular, la variabilidad es limitada, y si la variabilidad aumenta demasiado, la nave espacial simplemente falla. En cambio, los sistemas autoorganizados y organizados diádicamente generan nuevos significados. La creación de significado privada y autoorganizada, como la autorreflexión o la mentalización (Fonagy y Target,

1998), puede llevar a nuevas ideas. Lo mismo puede pasar si interactuamos con otra persona. Y también puede generar un nuevo estado de conciencia.

Las emociones no son ninguna excepción. Las personas autoorganizan sus emociones en un estado desordenado de conciencia junto con otros elementos polimórficos de significado. Por consiguiente, el significado emocional cambia y, en ocasiones, emergen nuevas emociones. Por ejemplo, no vemos la emoción del remordimiento en los bebés, pero emerge más adelante en su desarrollo a medida que el proceso emocional, cognitivo y cultural se integra en un significado emergente. Puede parecer extraño pensar que las emociones son cambiantes, y que pueden ser cualitativamente diferentes con el tiempo, porque solemos considerarlas un conjunto fijo de entidades primarias y secundarias (mezcladas) encapsuladas que son comunes universalmente (Ekman, 1980; Izard, 1977). En este tipo de razonamiento, hasta el punto en que las emociones cambian, se interpreta que el cambio está bajo el control de la maduración; cuando maduran, ya no se desarrollan.

Pero yo creo que las emociones cambian. Se matizan y se vuelven más sutiles, más ricas y con más texturas. Emergen otras nuevas, como la culpa y el amor íntimo. También cambian y se modifican debido a otros procesos, como los procesos corporales (pubertad) o los procesos cognitivos (pensamiento abstracto). Los procesos diádicos cambian las emociones y generan otras nuevas, como las *emociones relacionales* (sentirse en sincronía con otra persona, Fosha, 2001). Estos procesos diádicos también pueden ser más desordenados que los significados emocionales autoorganizados porque cada persona aporta sus propios significados en un intercambio de creación de significado, permitiendo una posible cocreación de nuevo significado emocional entre los dos. De hecho, creo que es probable que ciertas emociones no sólo se cocreen entre dos personas, sino que también existan solamente y sean específicas de su relación (por ejemplo, la burbuja fugaz de amor reconfortante que se produce al cruzar unas miradas y que es única en una relación).

Por lo tanto, las emociones se cocrean mediante la interacción de los significados emocionales autoorganizados en la persona y los significados emocionales actualizados de la otra persona al afectar mutuamente los significados emocionales autoorganizados entre sí. La interacción mutua es un proceso continuo y permanente de intercambio que conduce a unos estados de significado compartido (estados diádicos de conciencia) con elementos significativos y «acordados» de significado emocional entre las personas que interactúan. Estos significados diádicos son adecuados para los significados del estado de conciencia de cada persona. La posibilidad de cocrear significados compartidos (significados diádicos) reduce la visión solipsística del significado privado.

## Consecuencias emergentes de los estados de conciencia

Para algunas personas, la creación de estados diádicos de conciencia o estados intersubjetivos (estados de significados compartidos) es una especie de estado final de los procesos de creación de significado interactivos (Trevarthen, 1985, 1998; Stern y col., 1998; Stern, 1977). Pero nada podría estar más lejos de la realidad. La creación autoorganizada de nuevos significados en un estado de conciencia, y especialmente la cocreación de un estado diádico de conciencia, tiene potentes consecuencias que siguen desplegándose. ¿Cuáles son algunas de ellas? En primer lugar, hay una consecuencia objetiva. Cuando se crea nuevo significado en un estado de conciencia, cumple «objetivamente» el primer principio de la teoría de los sistemas: un sistema biológico debe obtener recursos para mantener y expandir su complejidad y coherencia o de lo contrario se disipa. Así, cuando se forma un estado diádico de conciencia, se produce una expansión de la complejidad del estado de conciencia de cada persona a medida que cada una incorpora los nuevos significados del estado diádico en su propio estado de conciencia.

Más allá de la consecuencia objetiva, están las consecuencias subjetivas experiencial y de desarrollo. La autocreación o cocreación de nuevos significados lleva a una *experiencia emocional* de expansión, completitud y crecimiento, marcada por un afecto positivo. Una consecuencia crítica experiencial, así como objetiva, que se produce con la cocreación de un estado diádico de conciencia es sentirse conectado, es decir, estar en relación con la otra persona. De hecho, creo que la creación de nuevos significados con otra persona es el proceso que lleva a la formación y el crecimiento de las relaciones. Creamos algo nuevo juntos y, por consiguiente, nos sentimos conectados con el otro, en lugar de sentirnos conectados debido a alguna química misteriosa.



## Creación de significado, apego y formación de relaciones

Priorizar el proceso de creación de significado conduce a una visión diferente de cómo se forman los apegos. Cuando se cocrean nuevos significados, generan diversas emociones y cualidades (intimidad, amor, juego, entusiasmo). Puede sonar como que estoy hablando de la calidad del apego, pero no es así. Las relaciones de apego tienen cualidades diferentes, y nos hemos confundido con el uso demasiado extenso de los constructos del apego. Las diferentes clasificaciones del apego (A, B, C o D) tienen que ver básicamente con cómo manejan las personas la seguridad, la confianza y la reducción del miedo en el contexto de las relaciones. Pero éstas no son en absoluto las únicas sensaciones y cualidades en las relaciones. Hace años, Hinde (1979) destacaba que las relaciones tienen diversas cualidades e intensidades, y que existen muchas formas de estar juntos en las relaciones. Además, las relaciones con una persona se diferencian cada vez más de las relaciones con otras personas que tienen otras cualidades y otras formas de estar en una relación (Tronick, 2003). Simplemente, no hacemos las mismas cosas con todo el mundo, tenemos diferentes maneras de estar con las personas que van más allá de cuatro, cinco o incluso diez categorías. Las relaciones entre los niños y sus madres, por ejemplo, es probable que sean las más diferenciadas porque las madres y sus hijos hacen muchas cosas juntos y crean muchos nuevos significados juntos. Además, este proceso de diferenciación sigue a lo largo de la infancia hasta la edad adulta, cuando la seguridad casi nunca es un problema. Generalmente, la relación dura toda la vida, lo cual hace improbable que quede fija en las primeras etapas de desarrollo. Además, su diferenciación, especificidad y cualidades cambiantes hacen difícil ver cómo la relación madre-hijo podría servir como un prototipo para otras relaciones, es demasiado diferenciada, demasiado específica. Incluso si la relación madre-hijo fuera el modelo para otras relaciones íntimas, se cocrearían nuevos significados y nuevas maneras de estar juntos en estas relaciones, y la relación se iría diferenciando cada vez más de su punto de partida inicial.

Cabe notar que la seguridad y otras cualidades relacionales apuntadas por Hinde se pueden disociar conceptual y empíricamente. Para empezar, las relaciones íntimas pueden ser o no ser seguras. Un niño o un adulto maltratado puede querer al maltratador, pero no sentirse seguro con él. Un niño puede tener un buen apego, sentirse seguro con muchas personas, pero querer sólo a una de ellas. En el ámbito de la psicopatología, pensar que las formas infinitas y las variedades de neurosis y la psicopatología emergen de la imposibilidad de sentirse seguro es ingenuamente restrictivo. ¿Acaso no hay personas con trastorno de personalidad o depresión que crecieron en relaciones seguras en su infancia? Y, según Hinde, ¿la calidad de las relaciones «normales», su enorme variedad entre las personas, podría rastrearse atrás en el tiempo hasta encontrar sensaciones de seguridad? Estas y otras anomalías no permiten que la calidad del apego (A, B, C, D) sea equivalente a las relaciones.

Dicho de otro modo, los procesos de formar relaciones y las cualidades de la personalidad y los procesos de creación de seguridad pueden superponerse y

normalmente lo hacen, pero no son iguales, y debemos empezar a valorar cómo difieren. Una persona puede fomentar la seguridad y tener una relación limitada, o tener una relación sumamente diferenciada que no proporcione suficiente sensación de seguridad. Por ejemplo, la convivencia única de un niño con sus abuelos puede que no le aporte suficiente seguridad para quedarse a dormir con ellos, pero ¿acaso su relación no tiene algo de especial diferente de la seguridad o las cualidades de la relación que tiene el niño con sus padres? Entonces, ¿qué es lo que hacen los abuelos u otras personas en una relación que hace que las relaciones sean distintas?

La teoría del apego señala que proporcionar unos cuidados sensibles es el proceso subyacente tras el desarrollo de las relaciones, pero para mí esto no explica las variedades de lo normal y lo anómalo, el carácter único y especial de las relaciones. La sensibilidad es un proceso consistente en responder adecuadamente a las necesidades e intenciones del niño. Una necesidad básica del niño es sentirse seguro; a nivel básico, la sensibilidad es una forma de estar con el niño que reduce sus miedos y sus ansiedades. Por consiguiente, la sensibilidad puede ser adecuada para generar las cualidades categóricas de las relaciones. Pero aun suponiendo la función de refuerzo de la seguridad de la sensibilidad, sigue sin permitir justificar las cualidades de la relaciones porque es unilateral y no reconoce completamente el papel autoorganizado y activo del bebé en la relación (es decir, lo que el *bebé* aporta a la formación de la relación). Además, la sensibilidad no es suficientemente rica, según se ha conceptualizado o estudiado, para generar nada nuevo o tan variado como las cualidades y diferentes intensidades de las relaciones. Así, en la revisión de Van Ijzendoorn (1995) sobre el cuidado sensible, según se ha estudiado empíricamente, tampoco parece adecuado para explicar el desarrollo de las diferentes categorías del apego: es el hueco de sensibilidad de Van Ijzendoorn. Así, pienso que es necesario un proceso más variado y más matizado, y creo que el proceso de creación de significado, de crear algo juntos, es posiblemente este proceso.

Los significados presentan formas polisémicas en múltiples niveles e infinitas, con el propósito todas ellas de aumentar la complejidad o la coherencia. Cuando el significado se crea con éxito, se cocrean nuevos significados, se crean nuevas formas de estar juntos, y estas cualidades se incorporan en los estados de conciencia, las formas de ser del individuo. Pensemos en todas las veces que hablamos de una persona a la que queremos y empezamos diciendo: «Solíamos hacer \_\_\_ juntos». Este espacio en blanco es infinito y distinto para cada persona y cada relación. Y lleva a diferentes y sutiles sensaciones en cada persona y entre ellas, y más diferenciación en el modo de estar juntos.

En cambio, cuando la creación de significado no logra aumentar la complejidad, generalmente se debe a que los procesos de creación de significado se han realizado con el objetivo de mantener los niveles actuales de complejidad y prevenir la disipación. Las consecuencias experienciales de no crear nuevos significados para uno mismo o los demás son perjudiciales y siempre van acompañadas de afectos negativos (Tronick, 1989, 2003). El fracaso viene acompañado por una sensación de constricción y de inmovilización. Incluso puede haber una sensación de miedo por falta de apropiación de

nuevos recursos y la sensación de organización de la persona resulta amenazada. En los casos extremos, se puede llegar a experimentar una sensación de aniquilación. «No sé qué está pasando. ¡Me estoy desmoronando!». Puede haber un fallo en la relación, una constricción y una limitación en las formas de estar juntos. Estos fallos llevan a unos procesos de creación de significado de cualquier tipo que mantendrán el nivel actual de complejidad y coherencia del individuo. Y, fundamentalmente, los significados creados pueden ser desesperados o no estar en contacto con la realidad o con el yo, aunque tengan una variedad infinita y estén relacionados con la forma única en que el yo individual se organiza. Estos significados desesperados conducen a una creación de significado problemática en las relaciones diádicas, especialmente las que suelen ser fuente de insensibilidad. Esta desesperación puede generar diferentes organizaciones de la personalidad y psicopatologías. Pensemos en los niños con traumas crónicos que autoorganizan estados disociados y una sensación extraña del yo y de los demás para mantener cierto tipo de coherencia, o los hijos de padres con alguna patología o drogodependientes que no pueden entender su modo de estar con sus padres, pero que *deben* entenderlo de un modo u otro para seguir funcionando; o los hijos de padres narcisistas que, al intentar comprender cómo estar con su progenitor, deben dejar a un lado sus propias sensaciones e intenciones o de lo contrario hacer frente a un rechazo emocional devastador.

## Implicaciones para la terapia

Esta visión biopsicológica de la creación de significado en múltiples niveles tiene varias implicaciones para los procesos terapéuticos. Para mí, la terapia es un proceso de cambio del estado biopsicológico de conciencia de las personas, de su percepción de sí mismas en relación con el mundo. Para empezar, nos podemos preguntar en qué ámbitos biopsicológicos trabaja el terapeuta; es decir, qué nivel de significado debe considerarse para inducir un cambio en el estado de conciencia de un paciente. En el Boston Process of Change Group (BPCG; Stern y col., 1998; Tronick, 1998) defendíamos que el proceso de cambio se puede encontrar en el «algo más», más que en la percepción. Este «algo más» era el ámbito de lo implícito. Este argumento era en cierto modo correcto y en cierto modo incorrecto por varias razones. Los adultos y los niños crean significado explícitamente con el uso del lenguaje. Las palabras, las ideas y las cogniciones conscientes son elementos del estado de conciencia de la persona. Trabajar para cambiar la percepción explícita de un paciente sobre su lugar en el mundo *puede* producir cambio. Pensemos en las diversas terapias cognitivas y terapias basadas en las percepciones. Los procesos de creación de significado también nos afectan mutuamente, así que aunque un significado problemático se situara fuera del ámbito explícito del lenguaje o de la narrativa (por ejemplo, el recuerdo de un trauma, un estado emocional separado de un recuerdo episódico), cambiar el significado de la narrativa (lo explícito) tendrá efectos causales «aguas abajo» sobre otros niveles de significado. Obviamente, lo contrario también es cierto. Trabajar en niveles de significado como el significado emocional o los significados corporales puede llevar a cambios en el estado de conciencia de un paciente y tener efectos en su percepción explícita sobre sí mismo. Esta perspectiva sugiere que todos los niveles de significado afectan a todos los otros niveles de significado, y es probable que sea así. También podemos preguntarnos si, en ocasiones, se debe priorizar un ámbito u otro en beneficio del enfoque terapéutico.

La respuesta no es nada simple, y probablemente todavía está por saber, pero quizás podemos encontrar cierta orientación en un enfoque biopsicológico multinivel. Con cualquier paciente, parece necesario evaluar el nivel de lo que es problemático en su estado de conciencia. ¿Está, como podría afirmar un terapeuta cognitivo, en los pensamientos automáticos del paciente? ¿O se trata, como sugeriría un terapeuta relacional, de un problema de la persona en su forma de estar con los demás? ¿O es un problema emocional? El trauma se suele tratar con terapia conversacional, aunque Van der Kolk (1994; Van der Kolk, McFarlane y Waisaeth, 1994) afirma que necesariamente el problema está «situado» en los procesos corporales y que la terapia conversacional o relacional no basta para inducir el cambio. Va incluso más lejos (y creo que con cierta hipérbole) para afirmar que la relación no es importante para los procesos de cambio corporal en la sanación de traumas.

Pensar en nosotros mismos en el ámbito de la creación de significado multinivel sugiere que la terapia deberá adaptarse específicamente (o, como mínimo, mejor) al nivel del problema. Los problemas emocionales puede que deban resolverse usando un

enfoque terapéutico experiencial basado en las emociones; los problemas traumáticos que alteran el funcionamiento corporal (por ejemplo, el autónomo) pueden modificarse mejor usando técnicas centradas en el cuerpo o somáticas; y los autorrelatos distorsionados que afectan a otros sistemas de creación de significado pueden requerir trabajar en el ámbito explícito de la psicoterapia conversacional.

Obviamente, los problemas no aparecen de forma compartimentada porque, con el tiempo, las causas iniciales afectan a otros niveles. Por lo tanto, lo más probable es no sólo que el trabajo terapéutico deba producirse en varios ámbitos, sino que los ámbitos abordados inicialmente puede que deban cambiar durante la terapia. El trabajo inicial puede centrarse en las sensaciones de seguridad y de regulación de la ansiedad, mientras que el trabajo posterior puede centrarse más en los procesos y asociaciones de la memoria. El enfoque de Pat Ogden con los pacientes de traumas se centra en los procesos corporales, aunque no exclusivamente, y me parece que su enfoque cambia a medida que cambia el paciente (Ogden y col., 2006). El principio puede ser que, sea cual sea el ámbito en el que se trabaje, el *input* terapéutico puede tener que adaptarse a este nivel (Sander, 1977). En particular, puede ser que el *input* terapéutico que encaje con lo que el nivel esté «diseñado» para procesar sea el más efectivo para inducir el cambio. Las emociones pueden cambiar más efectivamente las emociones, los procesos corporales pueden cambiar los procesos corporales. Pero, de nuevo, la «adaptabilidad» no puede ser exclusiva de otros *inputs*.

Otra implicación del hecho de que las limitaciones de un ámbito de creación de significado excluyan otros ámbitos es que el terapeuta y el paciente deben estar en el mismo estado de creación de significado para ser receptivos a los significados creados por el otro y cocrear nuevos significados. Limitar los diversos estados receptivos a sólo un estado u otro puede impedir un intercambio de significados y provocar la sensación de no ser escuchado por parte del paciente y de confusión por parte del terapeuta. Por ejemplo, se puede facilitar un enfoque explícito orientado a las percepciones cuando el terapeuta y el paciente están en estados cognitivos enfocados, mientras que trabajar en un problema emocional puede verse facilitado si el terapeuta empieza en un estado que permite la resonancia emocional. De manera más general, como sugiere el trabajo de T. Ogden (1994) y Bion (1972), el rango de estados del terapeuta por un lado y del paciente y el terapeuta trabajando juntos por el otro puede que deba ampliarse.

La visión multinivel del significado tiene una implicación que puede ser inquietante (al menos lo es para mí): no sólo puede haber significados que estén fuera de la conciencia, sino que puede haber significados que no sea posible llevar a la conciencia. Bollas (1987) escribe sobre lo *conocido no pensado*, que implica que lo desconocido puede ser nombrado, y que una emoción o un evento que está profundamente oculto puede ser llevado a la conciencia. La segunda posibilidad es más extrema: puede haber significados que estén en nuestro estado de conciencia y que afecten a nuestra manera de estar en el mundo, pero que *no puedan* ser sabidos. Un proceso de creación de significado como un proceso emocional afectado por las experiencias tempranas que *determina la forma* que pueden tener las emociones es incognoscible. Aunque tuviéramos que extraer un relato

explícito sobre cómo la experiencia temprana distorsiona un sistema de creación de significado plástico, la experiencia de esculpirlo sería incognoscible. Por ejemplo, las experiencias tempranas de pérdida que sesgan la reactividad del sistema parasimpático, dejándonos temerosos e hipervigilantes, están fuera de la conciencia. Sin embargo, que algunos significados sean incognoscibles no significa que no se pueda trabajar en el significado; al contrario, se puede hacer de varias maneras. Los procesos corporales pueden resintonizarse con terapias de orientación corporal, y la regulación emocional y de las experiencias puede modificarse a través de experiencias emocionales y relacionales, y mediante la interacción de otras formas de significado.

Hay unos efectos recíprocos o paralelos para los terapeutas y en el modo de considerar la terapia. Uno es obvio: para el terapeuta, hay cosas *incognoscibles*. Estas cosas incognoscibles afectan a cómo interactúa el terapeuta con el paciente y afecta a la contratransferencia del terapeuta. Los terapeutas pueden tener que hacer lo que hacen sin entender necesariamente por qué lo hacen, porque las razones de lo que hacen (históricas, dinámicas o de otro tipo) puede que no sean conocibles, pero este trabajo incognoscible podría ser una parte fundamental del proceso de cambio. Considero que esta idea resulta especialmente inquietante.

¿Cuáles son las razones por las que un significado es incognoscible? Nuestro uso del lenguaje, en parte, representa lo incognoscible. El lenguaje domina la experiencia terapéutica en varios sentidos. Las narraciones, por ejemplo, son relatos posteriores a la sesión que no pueden captar el flujo de una sesión terapéutica por varias razones. Se impone una estructura narrativa sobre la sesión sin reconocer que la sesión *no tenía que desarrollarse del modo en que lo hizo*. Podría haber ido de otro modo. Las narraciones pierden la realidad de la impredecibilidad intentando mantener una forma canónica con un inicio, una parte central y un final. Además, el terapeuta, al narrar la sesión, se posiciona presentando la sesión como si hubiera funcionado, en términos de su efectividad. Otra forma de colonización por parte del lenguaje es la demanda de lo explícito: roba a las emociones, y a las otras formas de significado, su riqueza. No podemos afirmar que palabras como *tristeza, ira o alegría*, asociadas a un paciente, puedan capturar el flujo de la experiencia, ni tampoco su densidad y sus resonancias. Menos reconocido como un problema, pero sin embargo importante, es el argumento de que como el lenguaje es lo mejor para captar lo explícito, prioriza la recepción de lo explícito y pierde, o al menos minimiza, los significados creados en otros ámbitos. Aunque solemos decir «naturalmente, a este relato de la sesión le faltan muchas cosas» avanzamos rápidamente y casi nunca intentamos tener en cuenta el significado que falta.

También hay razones más profundas de por qué algunos significados incognoscibles no están relacionados con el lenguaje ni lo explícito, sino con el proceso multinivel de creación de significado. Como expongo aquí, el significado tiene múltiples niveles, de forma que la mayor parte del significado no se intercambia en lo explícito: gran parte de este intercambio ya está fuera de la conciencia y, para empeorar las cosas, algunos de estos significados no son conocibles. Sin embargo, estas formas de significado tienen un efecto poderoso en los estados de conciencia del paciente y del terapeuta y en su

cocreación de significado. La totalidad del flujo polimórfico y polisémico forma parte del proceso de cambio, porque todas las formas de significado forman parte del proceso de creación de significado. Por lo tanto, estamos inevitablemente implicados en procesos terapéuticos, algunos de los cuales son desconocidos, pero quizás conocibles, y algunos de los cuales puede que sean incognoscibles. Parece que al menos parte del proceso de cambio es inherentemente crítico debido a las limitaciones de lo que nosotros, como seres biopsicológicos, somos capaces de conocer y de traer a la conciencia.

Emergen muchas preguntas y cuestiones si aceptamos esta idea de procesos críticos y significados multinivel de la creación de significado. Una sería: ¿cómo es que los procesos terapéuticos, ya sean emocionales, relacionales, dinámicos, cognitivos o lo que sea, parecen demostrar que sus mecanismos de cambio putativos funcionan cuando se estudian? Una respuesta actual es que la calidad de la relación (*terapéutica*) es el agente de cambio, sea cual sea el modelo terapéutico en cuestión. Sin embargo, esto no nos dice mucho porque las cualidades de la relación no están especificadas y casi nunca hay ninguna alternativa evaluada contra la hipótesis relacional; es una explicación por defecto. Dejando a un lado la a menudo horrible calidad de la investigación y su naturaleza interesada, lo más probable es que, sea cual sea el proceso que se considere hipotéticamente el proceso de cambio bajo estudio (por ejemplo, la percepción, el cambio de esquemas) en la sesión real, momento a momento y a lo largo de las sesiones, el proceso de cambio implica, se entrelaza y coocurre con otros niveles de significado que no entran en el autorrelato explícito de la teoría. Un investigador de la TCC puede afirmar que el cambio observado en un caso está relacionado con el abandono de pensamientos automáticos, pero es poco probable que este abandono se haya producido independientemente de otros procesos de creación de significado, como los intercambios emocionales o los procesos reguladores. La tiranía de las teorías es tal que dejan de lado otros posibles procesos de cambio. Una manera simple de expresarlo (y lo sabemos desde hace tiempo) es decir que los vínculos entre las teorías y la práctica real son débiles, flojos e incluso inexistentes.

## Más allá del momento a momento

¿Qué puede ser el proceso de cambio y cómo es en el momento a momento y a lo largo del tiempo? En el BPCG, defendimos la importancia de considerar el «algo más» de la terapia, refiriéndonos con ello a los procesos implícitos de cambio del significado. Creo que esta idea es muy potente. Sin embargo, debemos reconocer que la creación de significado tiene múltiples niveles y es mucho más rica que la dicotomía entre lo implícito y lo explícito. Por lo tanto, creo que debemos ver que lo que cambia son unos estados de conciencia que son uniones de múltiples niveles de significado y que los procesos de cambio deben funcionar en todos esos niveles. El modelo de la psicoterapia dinámica experiencial acelerada (AEDP, por sus siglas en inglés) de Fosha (2000, 2001, 2002; ver capítulo 7 de este libro) y el trabajo de Bion (1972) destacan la necesidad de trabajar a muchos niveles para generar coherencia en los estados de conciencia autoorganizados y organizados diádicamente. Pero, ¿cómo sería este trabajo?

En el BPCG usamos los estudios sobre madres e hijos como guía y modelo de regulación mutua (Tronick, 2007) y los estados diádicos de conciencia para organizar nuestro razonamiento sobre el proceso terapéutico. Lo hicimos en parte porque los bebés carecen de lo explícito y porque sus intercambios momento a momento han sido estudiados detenidamente. Sin embargo, cuando examinamos los intercambios terapéuticos analíticos, en realidad actuamos en el ámbito de lo explícito. Hicimos informes y relatos de casos y análisis de textos, aunque hablábamos como si estuviéramos *dentro* del ámbito de lo implícito y *analizándolo*. Además, aunque no hubiéramos estado sólo en el ámbito de lo explícito y hubiéramos trabajado en lo implícito (a veces se superponen), lo cierto es que no estábamos en los ámbitos multinivel de significado que están presentes simultáneamente en el intercambio analítico, o en cualquier otro intercambio terapéutico, en este sentido. El problema de estar en el ámbito de lo explícito y de usar el lenguaje y los relatos influía en gran parte de nuestro trabajo, aunque parece que el problema siga sin reconocerse (Boston Process of Change Group, 2002). Por consiguiente, reclamamos una vinculación con la evidencia teórica, pero como mucho fue una metáfora tentadora. Una posible respuesta a este dilema es medir otros ámbitos de creación de significado, como la psicofisiología relacional durante las sesiones terapéuticas (Ham y Tronick, 2009) y observar realmente qué sucede en el momento en diferentes terapias (Safran y Muran, 2003). Las teorías de orientación experiencial de Ogden y col. (2006), Fosha (2000), Johnson (2004) y Hughes (2007) usan vídeos para supervisar el proceso de intercambio momento a momento. Este método debería ser clarificador, aunque debemos ser prudentes y preguntarnos cuánto de lo desconocido puede captar la cámara o cuánto seremos realmente capaces de ver.

Pero también sucede algo más allá del momento que se convierte en una limitación en la forma de crear el significado. Es cómo se forma el pasado y se convierte en una limitación en el presente. De nuevo, a partir de los análisis microanalíticos de las interacciones entre madres e hijos, el BPCG se centró en el momento a momento como si fuera la única unidad temporal del proceso de cambio. Pero no sólo está el momento



presente; además, otros significados limitan el momento presente. Desde el punto de vista de la teoría dinámica de los sistemas, hay cambios que se producen a tiempo real que pueden ser sumamente inestables, pero con reiteración se vuelven cada vez más estables. Se convierten en las limitaciones que operan en el rango de las posibilidades en tiempo real y en las direcciones futuras. Una analogía sería pensar en cómo las gotas de lluvia (momento a momento) acaban dando forma al paisaje, y con ello, los caminos del paisaje (limitaciones del pasado) por los que la lluvia puede fluir se hacen cada vez más limitados; sin embargo, al mismo tiempo y con el tiempo, estos caminos siguen siendo conformados por la lluvia (Granic, 2006).

La terapia funciona momento a momento, limitada por el modo en que los momentos reiterados han conformado el paisaje de los estados de conciencia, y por los efectos recíprocos continuos de los momentos y las limitaciones. Constructos como las «representaciones de interacciones que han sido generalizadas» (RIGS; Stern; 1977), las escenas de los modelos (Lachmann y Beebe, 1999), la transferencia, los modelos de funcionamiento interno (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), las configuraciones yo-objeto-emoción (Fosha, 2000), entre otros, cuando no se ven como fijos o reificados, sino como limitaciones que operan en el presente, son sumamente valiosos. Es importante recordar que siguen siendo modificadas por lo que está sucediendo en el presente (Lachmann y Beebe, 1999; Stern, 1977).

El trabajo de Freeman (1994) nos guía en el uso de estas ideas para manejar las relaciones entre el momento presente y las limitaciones del pasado. Freeman ha demostrado que el patrón de activación en electroencefalograma (EEG) de un olor en la corteza olfativa del conejo es diferente cada vez que se experimenta. En segundo lugar, los diferentes olores producen, no obstante, patrones de activación y respuestas diferentes de unos a otros. En tercer lugar, cuando se introduce un nuevo olor, la organización de todos los patrones EEG individuales de los olores previamente experimentados y el patrón cortical olfativo global cambian. Los patrones específicos y los patrones globales operan como limitaciones, aunque cambian de manera constante, de modo que no hay patrones o arquetipos fijos. No obstante, la respuesta a un olor es verídica; es decir, el conejo encuentra la comida o (habitualmente) evita al depredador. La interpretación de Freeman es que existe una serie dinámica de patrones de activación olfativos que influyen recíprocamente entre sí. Esta serie de patrones se contextualiza en una *gestalt* global cambiante del espacio cortical olfativo que permite el reconocimiento de diferentes olores. Aunque no forma parte del discurso de Freeman, se podría considerar el conjunto de patrones de activación en respuesta a un conjunto de olores de un terreno particular como el conocimiento integrado del conejo de su lugar en el mundo; es decir, como un estado de conciencia que reflejaría la creación de significado del conejo.

He aplicado el razonamiento de Freeman a las relaciones y a lo que he llamado «patrones de activación relacional» (RAPS; ver Tronick, 2003), y aquí me gustaría aplicarlo a una forma polimórfica particular de significado, concretamente, a las emociones. Aplicar el modelo de Freeman a las emociones es más fácil que aplicarlo a las

relaciones porque el trabajo de Freeman se basa en el sistema olfativo, que tiene muchas consecuencias emocionales significativas (Panksepp, 1998a). Las emociones, y lo que se podrían considerar patrones de activación emocionales (EMAP, por sus siglas en inglés) en el cerebro son activados por una variedad de acontecimientos internos y externos. Los EMAP se ensamblan dinámicamente en una red multifoco y multinivel de creación de significado emocional funcional (por ejemplo, el sistema nervioso autónomo, el sistema límbico, las áreas corticales, las redes espejo; Schore, 2001, 2003a, 2003b; Freeman, 2000) que crea significados emocionales. Como con la unión de muchos patrones de activación de olores para un terreno concreto, un EMAP no es una forma fija, sino una forma que cambia en relación con otros EMAP, con su propia reiteración, y con la *gestalt* global de EMAP en la red de creación de significado emocional. Es decir, según el punto de vista de Freeman, en el proceso de creación de significado emocional, la mayor parte del cerebro opera como un todo con el tiempo e influye en sí mismo recíprocamente.

Esta conceptualización de los EMAP es tanto dinámica como específica. Dinámicamente, cada vez que los bebés experimentan un acontecimiento particular, sus EMAP y su unión cambian de manera similar al cambio en el patrón de activación del olor reexperimentado. Como consecuencia, «todos» los significados emocionales de los bebés cambian. Además, cuando un acontecimiento vuelve a evocar un EMAP, el cambio no se separa del pasado. En lugar de eso, se ve incluido por el ensamblaje integrado del significado de las emociones de los EMAP existentes y de su *gestalt*; es decir, las gotas de lluvia del significado emocional son influidas por el personaje emocional sobre el que caen e influyen en él. Por lo tanto, los EMAP están sujetos a una serie de cambios que convierten cada experiencia emocional en dinámicamente singular (única, pero no fija ni estática para siempre) y capaz de influir en otros significados emocionales y otros niveles de significado de un modo único.

## Dinámicas emocionales de los bebés

Una última implicación del significado con múltiples niveles para el estudio de la emoción es que los niños tienen psicodinámicas emocionales. En un nivel básico, existen múltiples emociones y otros muchos elementos de significado en los estados de conciencia que pueden tener propósitos y significados opuestos en un momento dado y con el tiempo. Las emociones de ira entran en conflicto con los procesos reguladores inhibitorios. Además, los significados emocionales en el momento puede que no encajen bien con la *gestalt* del paisaje emocional del individuo. Un paisaje emocional deprimido canaliza el agradable significado de la alegría en un paisaje abonado de retraimiento y tristeza o de afecto neutro. Estos significados opuestos contribuyen al desorden de los estados de conciencia, y su resolución puede generar algo nuevo, aunque el conflicto puede permanecer. Pero, de nuevo, el paisaje no es fijo, y la exposición crónica a la alegría, con reiteración, es probable que varíe y cambie el paisaje emocional con el tiempo. O como Main ha demostrado, una «buena» relación puede trasladar la inseguridad de las relaciones traumáticas del pasado hacia un ámbito de mayor seguridad (Main, 2000).

Una posibilidad más intrigante es la presencia de un conflicto dinámico entre los significados en los bebés. Para evitar los conflictos teóricos aquí, me gustaría considerar los conflictos dinámicos de un modo psicodinámico más general y típico. En el inconsciente, existen pensamientos o representaciones que son intolerables y que deben mantenerse fuera de la conciencia. Dado que el significado tiene varios niveles, cualquiera de todos estos niveles puede contener significados que choquen con otros significados en el mismo nivel o en otros niveles. El conflicto dinámico al que me refiero sería un conflicto entre elementos polimorfos del significado; estos elementos polimorfos pueden estar sujetos a algunos de los mecanismos analíticos clásicos para mantenerlos fuera de la conciencia (por ejemplo, negación) o a mecanismos experienciales que son únicos para cada persona, o a mecanismos que todavía no comprendemos. La consideración de los significados incognoscibles y sus efectos sobre otras formas de significados hace que este hipotético conflicto dinámico entre elementos polimorfos de significado sea aún más complicado y probablemente más potente. El bebé que experimenta un conflicto de acercamiento-evitación se paraliza, no puede moverse en una dirección organizada y experimenta terror. Una consecuencia de esta hipótesis es el reconocimiento de que, aunque los bebés no dispongan del conjunto habitual de procesos explícitos y representacionales que se supone que generan los conflictos dinámicos, tienen significados que pueden entrar en conflicto. Pensemos en el amor y el odio sobre el que escribió Melanie Klein o en los conflictos de separación-individualización identificados por Mahler (Mahler, Pine y Bergman, 1975). Uno no puede dejar de preguntarse qué mecanismos reguladores o de «defensa» poseen realmente los bebés y los niños pequeños para manejar sus conflictos intolerables.

Mi hipótesis es que estos conflictos son formativos y contribuyen a problemas psicológicos en la infancia que, quizás, afecten durante toda la vida. El modo en que se manejan estos conflictos constituye uno de los procesos fundamentales que da forma al

paisaje emocional. Además, diría que los padres también se ven afectados por los conflictos dinámicos de sus hijos, y que los bebés son capaces de asumir y participar en los conflictos dinámicos de sus padres. Es probable que estos efectos recíprocos durante la infancia tengan unas consecuencias duraderas porque forman parte de cómo el bebé *qua* niño y sus padres interactúan con el tiempo, de modo que se reiteran crónicamente y conforman profundamente el «paisaje».

## Conclusión

Considerar los significados y la creación de significados de un modo temporal y con multiniveles biopsicológicos difiere claramente del modo en que solemos pensar en el significado como algo simbolizado, explícito y categórico. Al hacerlo, creo que superamos algunas cuestiones importantes, incluyendo los enigmas sobre mente y cuerpo, mente y cerebro, y cerebro y cuerpo. Ver esta miríada de procesos biopsicológicos que conforman a todo el individuo (todo el sistema junto con sus componentes) como sistemas de creación de significado representa una conceptualización unificadora que ayuda a comprender el lugar del individuo en el mundo.

En especial, podemos comprender mejor las emociones como un sistema de significado, junto con la cognición y otros niveles de significado, sin tener que hacer que uno predomine sobre otro. También podemos centrarnos en qué tipos de significados es capaz de constituir cada uno de ellos. Al mismo tiempo, no quedamos atrapados en modelos de creación de significado localizados secuencialmente, sino que podemos trabajar en la interrelación aparentemente paradójica de las funciones localizadas y la *gestalt* de contextos. En una visión a múltiples niveles, las funciones locales siempre están contextualizadas por el todo, y el todo se ve afectado por lo local. La misma visión ayuda a explicar la experiencia momento a momento y la integración de los momentos en unidades mayores de significado que, a su vez, afectan a la creación de significado en el momento. Finalmente, abre una forma mucho más amplia de comprender los procesos terapéuticos y requiere la inclusión de intervenciones multinivel con un reconocimiento completo de los significados conocidos y desconocidos y de los procesos que están en juego.



## Notas al pie

1 No es necesario indicar los hallazgos sobre las madres, más allá de observar que sus sistemas de creación de significado también estaban desordenados (ver Ham y Tronick, 2009).

5



# Regulación del afecto en el hemisferio derecho

*Un mecanismo esencial de desarrollo, trauma, disociación y psicoterapia*

*Allan N. Schore*

**ACTUALMENTE, SOMOS** cada vez más conscientes y tenemos una percepción más palpable de que varias disciplinas clínicas están experimentando una importante transformación, un cambio de paradigma. Un potente motor de energía creciente y de crecimiento en el campo de la salud mental es nuestro diálogo continuo con otras disciplinas vecinas, especialmente la ciencia del desarrollo, la biología y la neurociencia. Esta comunicación interdisciplinaria mutuamente enriquecedora se centra en un interés común por la primacía del afecto en la condición humana. Varios estudios psicológicos sobre el papel crucial del contacto emocional entre seres humanos se están integrando en estudios biológicos sobre el impacto de estas interacciones relacionales sobre los sistemas cerebrales que regulan las funciones de supervivencia emocionales basadas en el cuerpo. Por definición, un cambio de paradigma se produce simultáneamente en varios campos diferentes, e incluye un diálogo creciente entre las ciencias clínicas y las aplicadas. Este cambio transdisciplinario ha sido articulado por Richard Ryan en un reciente editorial en la publicación *Motivation and Emotion*:

Tras tres décadas del dominio de los enfoques cognitivos, los procesos motivacionales y emocionales han vuelto de forma espectacular al foco de atención. [...] Más prácticamente, se está demostrando cada vez más que las intervenciones cognitivas que no abordan la motivación y la emoción tienen una eficacia de corta duración, y que se pueden aplicar a pocos problemas (2007, p. 1).

En este mismo sentido, el neurocientífico Jaak Panksepp afirma ahora rotundamente:

La revolución cognitiva, como el neuroconductualismo radical, ha pretendido intencionadamente dejar las emociones fuera de la vista y de la mente. Ahora, la ciencia cognitiva debe reaprender que los sistemas emocionales antiguos tienen un poder que es bastante independiente de los procesos cognitivos neocorticales. [...] Estos sustratos emocionales promueven las relaciones cognitivas-objeto óptimamente mediante experiencias emocionales ricas (2008c, p. 51).

Y en la literatura sobre psicoterapia, Karen Maroda plantea este reto:

Según mi experiencia, hay más terapeutas que se han basado dolorosamente en sus

emociones, creyendo erróneamente que estaban haciendo lo correcto. Para esos terapeutas, la idea de usar sus respuestas emocionales constructivamente para el paciente es una experiencia potencialmente gratificante y mutuamente saludable [...] quizás podamos explorar la naturaleza terapéutica del afecto, liberando tanto a nuestros pacientes como a nosotros mismos (2005, p. 140).

A diferencia del privilegiado estado prevalente de la cognición verbal y consciente, he sugerido que las comunicaciones emocionales entre terapeuta y paciente residen en el núcleo psicobiológico de la alianza terapéutica, y que los procesos emocionales del hemisferio izquierdo al hemisferio derecho son fundamentales para el desarrollo, la psicopatología y la psicoterapia (Schore, 1994). De hecho, la investigación clínica reciente muestra que cuanto más facilitan los terapeutas la experiencia/expresión afectiva de los pacientes en la psicoterapia, más cambios positivos presentan los pacientes; además, la facilitación del afecto del terapeuta es un potente elemento predictivo del éxito del tratamiento (Diener y col., 2007).

En este capítulo, tras una breve introducción, describo la neurobiología interpersonal del proceso esencial de regulación no consciente de los afectos por parte del hemisferio izquierdo en el desarrollo, la psicopatogénesis y la disociación del trauma, y finalmente en el proceso de cambio de la psicoterapia.

## Teoría de la regulación y primacía de las estructuras y funciones afectivas

Un tema central que discurre en todo mi trabajo es la exploración de la primacía de los procesos afectivos en varios aspectos críticos de la experiencia humana. Lane destaca las funciones evolutivas de los afectos implícitos y explícitos:

Las respuestas emocionales primarias se han preservado a través de la filogénesis porque son adaptativas. Proporcionan una evaluación inmediata de hasta qué punto los objetivos o las necesidades se satisfacen en interacción con el entorno y reajustan el organismo conductual, fisiológica, cognitiva y experiencialmente para ajustarse a esas circunstancias cambiantes (2008, p. 225).

El yo implícito del hemisferio derecho representa el sustrato biológico de la mente inconsciente humana y está íntimamente implicado en el procesamiento de la información afectiva basada en el cuerpo asociada con varios estados motivacionales (Schore, 1994, 2003a, 2003b). Las funciones de supervivencia del hemisferio derecho, el centro del cerebro emocional, son dominantes en los contextos relacionales en todas las fases de la vida, incluyendo el contexto íntimo de la psicoterapia.

Lichtenberg observa un foco central en el encuentro psicoterapéutico:

Para valorar la motivación del paciente, debemos discernir la experiencia emocional que busca. En ocasiones, el objetivo buscado será evidente para el paciente y el [terapeuta]. En otras ocasiones, el objetivo estará *fuera de su conocimiento* y será difícil de determinar. [...] El hilo conductor a la hora de valorar la motivación reside en el descubrimiento del afecto buscado junto con el comportamiento que está siendo investigado (2001, p. 440, cursiva añadida).

Con respecto al renovado interés por la emoción en los modelos del proceso de cambio tanto en el desarrollo como en la psicoterapia, cada vez tenemos más pruebas de que «en la mayoría de las personas, el procesamiento de información verbal, consciente y en serie se produce en el hemisferio izquierdo, mientras que el procesamiento de la información inconsciente, no verbal y emocional básicamente se produce en el hemisferio derecho» (Larsen y col., 2003, p. 534). El hemisferio derecho es el dominante para el reconocimiento de las emociones, la expresión de las emociones espontáneas e intensas y la comunicación no verbal de las emociones (ver Schore, 2003a, 2003b para más referencias). Schutz describe el papel central de este hemisferio en las funciones de supervivencia:

El hemisferio derecho maneja una red distribuida para responder rápidamente al peligro y a otros problemas urgentes. Preferentemente, procesa el reto ambiental, el estrés y el dolor, y gestiona respuestas autoprotectoras como la evitación y la huida. [...] La emocionalidad es por lo tanto el «teléfono rojo» del hemisferio derecho, forzando a la mente a manejar los asuntos urgentes sin retraso (2005, p.

15).

Además, una importante tendencia constante en los estudios interdisciplinarios es el enfoque no sólo en la emoción, sino en la emoción *inconsciente, implícita*. Al principio del siglo pasado, Freud especuló: «Las ideas inconscientes siguen existiendo tras la represión como estructuras reales en el sistema inconsciente, mientras que todo lo que corresponde en ese sistema a los afectos inconscientes es un potencial inicio que se evita que se desarrolle» (1915/1957, p. 178). En mi propio trabajo sobre el afecto inconsciente, he sugerido que los afectos basados en el cuerpo son el centro de la comunicación empática, y que la regulación de *las sensaciones conscientes e inconscientes* se sitúa en el centro de la fase clínica (Schore, 1994, cursiva añadida). Maroda (2005) reta a los terapeutas a considerar un problema clínico esencial: «¿Cómo relacionarse empáticamente con una emoción no expresada?» (p. 136). Yo afirmo aquí que los afectos inconscientes se pueden comprender mejor no como afectos reprimidos, sino como disociados. La represión que se forma posteriormente se asocia con la inhibición del hemisferio izquierdo de los afectos generados por el hemisferio derecho, mientras que la disociación de formación temprana refleja una desregulación de los afectos resultante de la desintegración del propio hemisferio derecho.

Aunque este tema ha sido controvertido, la neurociencia demuestra ahora un dominio del hemisferio derecho en el procesamiento de la *emoción negativa inconsciente* (Sato y Aoki, 2006). Otros estudios documentan una respuesta cortical ante un *peligro subjetivamente inconsciente* (Carretie, 2005). Por ejemplo, estudios básicos sobre la neurobiología de los mecanismos de supervivencia muestran claramente que la emoción del miedo «no es necesariamente consciente, se puede evocar una respuesta de miedo aunque uno no sea plenamente consciente de tener “miedo”. [...] Como con la propia emoción, la memoria mejorada para las experiencias emocionales puede producirse a un nivel relativamente subconsciente, sin ser claramente consciente» (Price, 2005, p. 135).

Los estudios neurobiológicos también demuestran que el hemisferio cortical derecho está implicado de manera central en «el procesamiento de las autoimágenes, al menos cuando las autoimágenes no se han percibido conscientemente» (Theoret y col., 2004, p. 57). Los cambios psicoterapéuticos profundos alteran no sólo la autoimagen consciente, sino la inconsciente asociada con los modelos de apego de funcionamiento interno no conscientes. Tanto las emociones negativas inconscientes como las autoimágenes inconscientes son elementos importantes del proceso psicoterapéutico, especialmente en las patologías del yo más severas.

Por consiguiente, los papeles fundamentales del hemisferio derecho en el procesamiento inconsciente de los estímulos emocionales y en la comunicación emocional son directamente relevantes en los modelos clínicos recientes de un inconsciente afectivo y un inconsciente relacional, donde una mente inconsciente se comunica con otra mente inconsciente (Schore, 2003a). En varios escritos he descrito con cierto detalle el papel fundamental de las comunicaciones del hemisferio derecho al hemisferio derecho en un campo intersubjetivo incluido en la alianza terapéutica (Schore, 1994, 2002a, 2005b, 2007). Este diálogo de comunicaciones afectivas ultrarrápidas

basadas corporalmente en las transacciones de apego paciente-terapeuta (y bebé-madre) ocurre por debajo de los niveles de conocimiento consciente en ambos miembros de la díada.

Otra área de intenso interés interdisciplinario común es la autorregulación de la emoción. La regulación del afecto suele definirse como el conjunto de procesos de control mediante el cual influimos, conscientemente y voluntariamente, en nuestras emociones y en cómo las experimentamos y las expresamos conductualmente. Sin embargo, «la mayoría de la vida psicológica momento a momento ocurre a través de medios no conscientes. [...] Varios sistemas mentales no conscientes cumplen con la parte del león en la carga de la autorregulación, manteniendo positivamente a la persona arraigada en su entorno» (Bargh y Chartrand, 1999, p. 462). Greenberg afirma ahora: «El campo debe prestar adecuada atención a los procesos implícitos y relacionales de la regulación» (2008, p. 414). Aplicando este principio a la psicoterapia, Ryan observa: «Tanto los investigadores como los profesionales han acabado apreciando los límites de los enfoques exclusivamente cognitivos para comprender la iniciación y la regulación del comportamiento humano» (2007, p. 1).

Así, un gran cuerpo de datos sugiere que la regulación del afecto inconsciente es más fundamental que la regulación de la emoción consciente en las funciones de supervivencia humana (Schoore, 1994, 2003a, 2003b, 2007). Los científicos y los clínicos están de acuerdo en decir que esta capacidad adaptativa esencial evoluciona en las experiencias de apego precoz.

Lograr desarrollar una sensación del yo que sea simultáneamente fluida y robusta depende de la buena capacidad de regular los afectos y la competencia afectiva. [...] Cuando estos patrones tempranos de interacción interpersonal son relativamente exitosos, crean una base estable para la regulación de los afectos relacionales que está internalizada como no verbal e inconsciente. Por lo tanto, se permite la negociación satisfactoria de las transacciones interpersonales a niveles cada vez mayores de autodesarrollo y madurez interpersonal (Bromberg, 2006, p. 32).

## Procesos del hemisferio derecho en el desarrollo: la neurobiología interpersonal del apego seguro

Como se resume en una reciente contribución sobre la teoría del apego moderna (Schore y Schore, 2008), la tarea esencial en el primer año de vida humana es la creación de un vínculo de apego seguro entre el bebé y su principal cuidador. El apego seguro depende de la sintonización psicobiológica sensible de la madre con los estados internos de activación dinámicamente cambiantes del bebé. Mediante la comunicación visual-facial, auditiva-prosódica y táctil-gestual, el cuidador y el bebé aprenden la estructura rítmica del otro y modifican su comportamiento para que encaje en esta estructura, cocreando así una interacción específicamente adaptada. Los investigadores del desarrollo describen ahora esta comunicación intersubjetiva no verbal de un modo congruente con los modelos de comunicación no consciente descritos anteriormente.

La comunicación preverbal es el ámbito del comportamiento intuitivo regulado inconscientemente y del conocimiento relacional implícito. Si la información se transfiere o se comparte, qué información se transmite y a qué nivel se «comprende» no depende necesariamente de la intención o del conocimiento consciente del remitente (Papoušek, 2007, p. 258).

Durante estas comunicaciones afectivas basadas en el cuerpo, la madre sintonizada sincroniza los patrones espaciotemporales de su estimulación sensorial exógena con las expresiones espontáneas de los ritmos endógenos del organismo del bebé. A través de estas reacciones contingentes, la madre valora las expresiones no verbales de la activación interna del bebé y sus estados afectivos, los regula y se los vuelve a comunicar al bebé. Para realizar esta regulación, la madre debe modular con éxito los niveles de estimulación elevados poco óptimos o los niveles bajos poco óptimos que inducirían unos niveles de activación extremadamente altos o extremadamente bajos en el niño.

En los episodios de juego de sincronía afectiva, las dos personas experimentan un estado de resonancia y, en tal estado, se produce una amplificación de los afectos de vitalidad y un estado positivo. En momentos de reparación interactiva, el cuidador «suficientemente bueno» que se ha desintonizado puede regular el estado negativo del bebé resintonizándose de manera adecuada. Los procesos reguladores de sincronía afectiva que crean estados de activación positiva y de reparación interactiva moduladora de la activación negativa son elementos fundamentales en el apego y en sus emociones asociadas. La resiliencia ante el estrés y la novedad es un indicador definitivo de la seguridad en el apego (Schore, 2005a).

Estas capacidades adaptativas son cruciales para los procesos duales de autorregulación: la *regulación interactiva* (la capacidad de regular flexiblemente los estados psicobiológicos de las emociones con otros seres humanos en contextos interconectados) y la *autorregulación* (que ocurre aparte de los otros seres humanos en contextos autónomos). Según Pipp y Harmon, «es posible que [...] estemos conectados biológicamente con aquéllos con los que mantenemos relaciones estrechas. [...] La

regulación homeostática entre los miembros de una díada es un aspecto estable en todas las relaciones íntimas a lo largo de la vida» (1987, p. 651). El mecanismo evolutivo del apego (la regulación interactiva de la emoción) por lo tanto representa la regulación de la sincronización biológica *entre* los organismos y *dentro* de ellos (Bradshaw y Schore, 2007).

En línea con las propuestas anteriores que afirman que las experiencias de apego emocional durante los períodos tempranos de desarrollo críticos facilitan la maduración de los circuitos cerebrales reguladores de la emoción que dependen de la experiencia (Schore, 1994), los neurocientíficos afirman ahora que:

La madre funciona como un regulador del entorno socioemocional durante las primeras fases del desarrollo posnatal. [...] las interacciones regulatorias emocionales sutiles, que obviamente pueden alterar transitoria o permanentemente los niveles de actividad cerebral, pueden jugar un papel crucial durante el establecimiento y el mantenimiento de los circuitos del sistema límbico (Ziabreva y col., 2003, p. 5, 334).

Está bien establecido que el sistema límbico del sistema nervioso central de los seres humanos se mieliniza ampliamente durante el primer año y medio de vida y que el hemisferio derecho de maduración temprana (que está muy conectado con el sistema límbico) experimenta un gran crecimiento durante este tiempo (Gupta y col., 2005; Howard y Reggia, 2007; Moskal y col., 2006; Schore, 2003a; Sun y col., 2005).

El hemisferio derecho también tiene estrechas conexiones con el sistema nervioso autónomo (SNA) involuntario que controla los órganos viscerales, los efectores de la piel y el sistema cardiovascular, y es responsable de la generación de los afectos de vitalidad. A través de un circuito vagal lateralizado derecho de regulación de la emoción, «el hemisferio derecho (incluyendo las estructuras corticales y subcorticales derechas) promovería la regulación eficiente de la función autónoma a través de la fuente de los núcleos del tronco encefálico» (Porges, Doussard-Roosevelt y Maiti, 1994, p. 175). Las experiencias de apego reguladoras de los afectos influyen específicamente en los circuitos cortical y límbico-autónomo del hemisferio cerebral derecho en desarrollo (Cozolino, 2002; Henry, 1993; Schore, 1994, 2005a; Siegel, 1999). Durante el resto de la vida, los modelos de funcionamiento interno de la relación de apego con el cuidador principal, almacenados en el hemisferio derecho, codifican las estrategias de regulación de los afectos que guían al individuo de modo no consciente a través de los contextos interpersonales.

Las primeras especulaciones (Schore, 1994) están siendo ahora corroboradas por estudios actuales que observan que las áreas límbicas lateralizadas derechas responsables de la regulación de las funciones autónomas y los procesos cognitivos superiores están implicados en la «formación de vínculos sociales» y forman parte «de los circuitos en los que se basan las redes sociales humanas», y que «el predominio fuerte y consistente del hemisferio derecho emerge de forma posnatal» (Allman y col., 2005, p. 367). En un trabajo muy reciente sobre la comunicación emocional madre-bebé, Lenzi y col. (en

prensa) ofrecen datos de un estudio realizado mediante resonancia magnética funcional «que corrobora la teoría de que el hemisferio derecho está más implicado que el hemisferio izquierdo en el procesamiento emocional y, por lo tanto, en la maternidad». Confirmando también este modelo, Minagawa-Kawai y col. (2009, p. 289) describen un estudio realizado mediante espectroscopia del infrarrojo cercano sobre el apego madre-bebé a los 12 meses y concluyen que «nuestros resultados concuerdan con los de Schore (2000), que analizó la importancia del hemisferio derecho en el sistema de apego». Resumiendo estos datos, Rotenberg afirma:

Las principales funciones del hemisferio derecho [...] la habilidad de captar la realidad como un todo; el apego emocional con la madre (Schore, 2003a); la regulación del comportamiento de retraimiento en las condiciones adecuadas (Davidson y col., 1990); la integración del afecto, el comportamiento y la actividad autónoma (Schore, 2003a) son las funciones básicas de supervivencia (Saugstad, 1998) y por este motivo son las primeras en aparecer (2004, p. 864).

### *Neurobiología interpersonal del trauma en el apego*

Durante el crecimiento acelerado del cerebro (último trimestre del embarazo hasta el segundo año), la desregulación de la activación relacional inducida por un trauma impide las comunicaciones de apego visual-facial, auditiva-prosódica y táctil-gestual citadas anteriormente y altera el desarrollo de funciones esenciales del hemisferio derecho. A diferencia de un escenario de apego óptimo, en un escenario temprano de inhibición del crecimiento relacional, el cuidador principal induce estados traumáticos de afectos negativos duraderos en el niño. Este cuidador es inaccesible y reacciona a las expresiones emocionales y de estrés del bebé de forma inadecuada o con rechazo, y por lo tanto muestra una participación mínima o impredecible en los diferentes tipos de procesos de regulación de la activación. En lugar de modular la estimulación, el cuidador induce niveles de activación extremos, muy elevados en los malos tratos o muy bajos en el abandono. Y como el cuidador no proporciona ninguna reparación interactiva, los estados afectivos negativos intensos del bebé duran mucho tiempo. Estos déficits en la función materna reflejan externamente los propios estados estresados internos de activación desregulada de la madre.

Los estudios psicofisiológicos sobre el comportamiento materno humano dirigido hacia los bebés indican claramente que:

El estrés es un importante factor que puede afectar en las interacciones sociales, especialmente en la interacción madre-hijo. Las madres, durante los episodios estresantes de su vida, estaban menos sensibles, más irritables, críticas y punitivas. [...] Además, las madres estresadas tenían unas interacciones de menor calidad y menor flexibles con sus hijos. [...] En general, el estrés parece ser un factor capaz de alterar gravemente las prácticas de crianza, lo cual resulta en una menor calidad de la interacción madre-hijo (Suter y col., p. 46).



Estos autores demuestran que el estrés influye en el sistema nervioso autónomo femenino y que altera específicamente su hemisferio derecho.

En el otro lado de la díada madre-hijo, la evidencia interdisciplinaria indica que la reacción psicobiológica del bebé ante el estrés traumático se basa en dos patrones de respuesta diferentes: la *hiperactivación* y la *disociación*. En la fase inicial de hiperactivación, el refugio materno de seguridad de repente se convierte en una fuente de amenaza, desencadenando una reacción de alarma o de alerta en el hemisferio derecho del bebé, el centro tanto del sistema de apego como del sistema motivacional del miedo. Este estresor materno activa el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA) del estrés, provocando así un aumento repentino del componente simpático que consume energía del SNA del bebé, lo cual da como resultado un ritmo cardíaco, una presión sanguínea y una respiración significativamente elevados, las expresiones somáticas de un estado psicobiológico hipermetabólico desregulado de miedo/terror.

Una segunda reacción que se forma más tarde ante el trauma relacional es la disociación, en la que el niño se desconecta de los estímulos del mundo externo (con frecuencia se puede observar a los niños traumatizados mirando al vacío, con la mirada inmóvil). Este estado parasimpático dominante de conservación/retraimiento ocurre en situaciones estresantes de indefensión y desesperación en las que el individuo se inhibe e intenta evitar llamar la atención para «no ser visto» (Schore, 1994, 2001).

El estado de desconexión metabólica disociativa es un proceso regulatorio primario, usado a lo largo de toda la vida, en el que la persona estresada pasivamente se desconecta para conservar las energías, centrarse en su supervivencia mediante la arriesgada postura de la muerte fingida y permitir la recuperación de los recursos agotados mediante la inmovilidad. En este estado hipometabólico pasivo, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea y la respiración se reducen, mientras que aumentan los opiáceos endógenos de insensibilización y mitigación del dolor. Este mecanismo (vagal) parasimpático de conservación de la energía es el que media en la separación profunda de la disociación.

De hecho, existen dos sistemas vagales parasimpáticos en la médula del tronco cerebral. El complejo vagal ventral rápidamente regula el gasto cardíaco para promover la activación de los fluidos y la separación del entorno social, y presenta unos patrones rápidos y transitorios asociados con el dolor perceptivo y las situaciones desagradables (todos los aspectos de un vínculo de apego seguro de comunicación emocional). Por otro lado, la actividad del complejo vagal dorsal se asocia con los estados emocionales intensos y con la inmovilización, y es la responsable de la hipoactivación severa y de la insensibilización ante el dolor de la disociación (ver figura 5.1). El estado del niño traumatizado que pasa de repente de la hiperactivación simpática a la disociación parasimpática es descrito por Porges como «la transición repentina y rápida de una estrategia insatisfactoria de lucha que requiere una enorme activación del sistema simpático a un estado inmovilizado metabólicamente conservador de fingir la muerte asociado con el complejo vagal dorsal» (1997, p. 75).

## Activación del sistema nervioso autónomo



FIGURA 5.1

Patrones dinámicos de activación autónoma regulada y desregulada (J. Wheatley-Crosbie, basado en Porges, 1997)

Porges (1997) describe el patrón característico voluntario y a menudo prolongado del flujo vagal desde el núcleo vagal dorsal. Este estado de activación parasimpática vagal dorsal de larga duración explica la extensa duración de los estados de «vacío» asociados con el desapego disociativo patológico (Allen, Console y Lewis, 1999) y lo que Bromberg (2006) llama «huecos» disociativos en la realidad subjetiva («espacios» que rodean los estados del yo y, por consiguiente, alteran la coherencia entre los estados muy cargados afectivamente). Estos huecos también se describen en la literatura psicoanalítica sobre el desarrollo. Winnicott (1958) observa que un fallo concreto en el entorno de influencia de la madre causa una discontinuidad en la necesidad del bebé de «seguir siendo» y Kestenberg (1985) se refiere a los «puntos muertos» en la experiencia subjetiva del bebé, una definición operativa de la limitación de la conciencia de la disociación. En todos los momentos de la vida, la disociación se conceptualiza como una «parte básica de la psicobiología de la respuesta humana ante el trauma: una activación protectora de los estados alterados de conciencia como reacción ante el trauma psicológico abrumador» (Loewenstein, 1996, p. 312).

La disociación se ha estudiado en los niños con el procedimiento del rostro inmóvil, un paradigma experimental del abandono traumático. En el rostro inmóvil, el bebé está

expuesto a un estresor relacional severo: la madre mantiene el contacto visual con el bebé, pero de repente ella inhibe completamente cualquier vocalización y suspende todas las expresiones y gestos emocionalmente expresivos. Este intenso estresor relacional desencadena un aumento inicial del comportamiento interactivo y de la activación en el bebé. Según Tronick (2004), la confusión y el miedo del bebé por la interrupción de la conexión va acompañado de la respuesta subjetiva: «esto es amenazante». Esta respuesta de estrés va seguida después por un colapso corporal, pérdida del control postural, retraimiento, aversión a la mirada, expresión facial de tristeza y comportamiento autoconfortante.

Cabe notar que este comportamiento va acompañado por una disipación del estado de conciencia del bebé y una reducción de sus habilidades de autoorganización que reflejan la desorganización de muchos de los estados psicobiológicos de nivel inferior, como los sistemas metabólicos. Tronick (2004) sugiere que los bebés que tienen un historial crónico de interrupción de la conexión presentan un «estado extremadamente patológico» de apatía emocional. Compara este estado con los casos de hospitalismo de Spitz, los monos aislados de Harlow, los niños retraídos de Bowlby y los huérfanos rumanos que no crecen ni se desarrollan. Estos niños, a la larga, adoptan un estilo de comunicación de «alejamiento, de falta de conexión». Esta postura defensiva se forma muy rápidamente, pero ya constituye una disociación crónica y patológica que se asocia con la ausencia de activación vagal ventral y el dominio de los estados parasimpáticos vagales dorsales.

Paralelamente a los estudios de rostro inmóvil, la investigación en curso sobre el apego señala la relación entre el comportamiento materno aterrador, la disociación y el apego desorganizado del bebé (Schuengel, Bakersmans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 1999). Hesse y Main (1999) destacan que la desorganización y la desorientación de tipo D asociadas con los malos tratos y el abandono se parecen fenotípicamente a los estados disociativos. En un trabajo reciente, Hesse y Main observan que cuando la madre entra en un estado disociativo, se desencadena el estado de alarma de miedo en el bebé. La entrada del cuidador en el estado disociativo se expresa así: «el progenitor de repente queda completamente “paralizado” sin mover los ojos, medio ido, a pesar del movimiento alrededor; el progenitor se dirige al bebé en un tono “alterado” con habla y sin habla simultáneamente» (2006, p. 320). Al describir a la madre refiriéndose a su estado de paralización, observan:

Aquí el progenitor parece no responder en absoluto, ni ser consciente de lo que le rodea, incluyendo el comportamiento físico y verbal del bebé. [...] Observamos a una madre que permanece sentada en una postura inmóvil e incómoda con la mano levantada, mirando al vacío con la mirada perdida durante 50 segundos (p. 321).

En un estudio mediante electroencefalograma (EEG) realizado en bebés de 5 meses mientras miraban rostros «en blanco», Bazhenova, Stroganova, Doussard-Roosevelt y col. (2007) muestran incrementos de la actividad vagal «en la zona temporal posterior

derecha del cuero cabelludo y en las áreas anteriores de éste. [...] Esta observación sugiere una mayor implicación del hemisferio derecho en el procesamiento de los rostros durante la fase en la que se quedan en blanco» (p. 73).

Durante estos episodios de la transmisión intergeneracional del trauma en el apego, el bebé está igualando las estructuras rítmicas de los estados de activación desregulados de la madre. Esta sincronización se registra en los patrones de encendido de las regiones corticolímbicas sensibles al estrés del hemisferio derecho, dominantes en la supervivencia y la respuesta humana ante el estrés (Schoore, 1994; Wittling, 1995). Adamec, Blundell y Burton (2003) muestran unos hallazgos que «relacionan la neuroplasticidad de los circuitos límbicos del hemisferio derecho con la mediación de los cambios de larga duración en los afectos negativos tras un estrés breve pero severo (p. 1.264). Gadeat y col. concluyen que una experiencia intensa «puede interferir en el procesamiento del hemisferio derecho, con un posible daño si se alcanza algún punto crítico» (2005, p. 136). Recuerde que las áreas corticales derechas y sus conexiones con las estructuras subcorticales derechas se encuentran en un período crítico de crecimiento durante las primeras fases del desarrollo humano. El enorme estrés psicobiológico continuo asociado con el trauma de apego desregulado sienta las bases para el uso característico de la disociación patológica inconsciente del hemisferio derecho en todos los períodos subsiguientes del desarrollo humano.

## Procesos del hemisferio derecho en la psicopatogénesis: neurobiología de la disociación patológica

En la literatura neuropsicoanalítica, Watt sostiene: «Si los niños crecen con experiencias dominantes de separación, aflicción, miedo y rabia, emprenden un mal camino de desarrollo patogénico, y no es sólo un mal camino psicológico, sino un mal camino neurológico» (2003, p. 109). La investigación neurobiológica en pacientes con un historial de trauma relacional también muestra cierta continuidad durante la vida en la expresión de esta defensa de autorregulación primitiva. Está comúnmente aceptado que los malos tratos infantiles tempranos alteran específicamente la maduración del sistema límbico, produciendo unas alteraciones neurobiológicas que actúan como sustrato biológico para una serie de consecuencias psiquiátricas, incluyendo la inestabilidad afectiva, la ineficiente tolerancia al estrés, déficits de memoria, trastornos psicósomáticos y alteraciones disociativas (Schore, 2001, 2002b).

En un estudio mediante simulación magnética transcraneal en adultos, Spitzer y col. afirman: «En los individuos propensos a la disociación, un trauma percibido y procesado por el hemisferio derecho llevará a una “disrupción en las funciones normalmente integradas de la conciencia”» (2004, p. 168). Y en estudios con RMf, Lanius y col. (2005) muestran la activación predominantemente del hemisferio derecho en los pacientes con trastorno por estrés postraumático (TEPT) durante su disociación.

Estos y otros estudios están explorando actualmente la evolución de los sistemas regulatorios con déficits de desarrollo en todas las fases de la vida. Demuestran que las áreas cortical (ventromedial) orbitofrontal y límbica (cingulado anterior, ínsula, sustancia gris periacueductal, amígdala) especialmente del hemisferio derecho están implicadas de manera central en los déficits de mente y cuerpo asociados con una respuesta disociativa patológica (Schore, 2003a, 2003b, en prensa). Este hemisferio, mucho más que el izquierdo, está densamente interconectado recíprocamente con las regiones límbicas que procesan las emociones, así como con las áreas subcorticales que generan el aspecto de activación y autónomo (simpático y parasimpático) de base corporal de las emociones (ver figura 5.2). La actividad del sistema nervioso simpático se manifiesta en la estrecha implicación con el entorno externo y en los elevados niveles de movilización y uso de la energía, mientras que el componente parasimpático promueve la desvinculación del entorno externo y usa bajos niveles de energía interna (Recordati, 2003). Estos componentes del SNA están separados en los estados traumáticos de disociación patológica.

En línea con el cambio actual de la «cognición fría» a la primacía de los «afectos cálidos» de base corporal, la investigación clínica sobre la disociación se centra en la «disociación somatoforme» resultante de la traumatización de inicio temprano, expresada como una falta de integración de las experiencias, reacciones y funciones sensorimotoras de la persona y de su propia autorrepresentación (Nijenhuis, 2000). Por lo tanto, «las personas desconectadas disociativamente no sólo están desconectadas del entorno, sino también de sí mismas, de su cuerpo, sus acciones y su sentido de identidad» (Allen y

col., 1999, p. 165). Esta observación describe las funciones deficientes del hemisferio derecho, el centro del «yo emocional» o «corporal». Crucian y col. describen «una disociación entre la evaluación emocional de un acontecimiento y la reacción fisiológica ante ese acontecimiento, donde este proceso depende del funcionamiento intacto del hemisferio derecho» (2000, p. 643).

He ofrecido evidencias interdisciplinarias que indican que el yo implícito, la mente inconsciente humana, está situado en el hemisferio derecho (Schoore, 1994, 2003b, 2005b). Los niveles subcorticales inferiores del hemisferio derecho (el inconsciente profundo) contienen los principales sistemas motivacionales (incluidos el apego, el miedo, la sexualidad, la agresividad, la repugnancia, etc.) y generan las expresiones autónomas somáticas y las intensidades de la activación de todos los estados emocionales. Cuando funcionan óptimamente, los niveles límbicos orbitofrontales superiores del hemisferio derecho generan un estado emocional consciente que expresa la producción en forma de afectos de estos sistemas motivacionales (Schoore, 1994). Este sistema prefrontal jerárquico lateralizado derecho realiza una función motivacional adaptativa esencial: el cambio relativamente fluido entre los estados de base corporal internos en respuesta a los cambios en el entorno externo considerados inconscientemente como significativos personalmente (Schoore, 1994).

Por otro lado, la disociación patológica, resultado duradero de un trauma relacional temprano, se manifiesta en un sistema inadaptado, muy defensivo, rígido y cerrado, que responde a niveles incluso bajos de estrés intersubjetivo con una hipoactivación vagal dorsal parasimpática y una deceleración del ritmo cardíaco. Este frágil sistema inconsciente es susceptible a un colapso metabólico mente-cuerpo y, por lo tanto, a una pérdida de conectividad sináptica dependiente de energía dentro del hemisferio derecho, expresada en forma de implosión repentina del yo implícito y una ruptura de la autocontinuidad. Esta desintegración del hemisferio derecho y colapso del yo implícito se señalan mediante la amplificación de los afectos parasimpáticos del remordimiento y la repugnancia, y mediante las cogniciones de desesperanza e impotencia. Como el hemisferio derecho media en la comunicación y la regulación de los estados emocionales, la ruptura de la intersubjetividad va acompañada de una disipación instantánea de la seguridad y la confianza.

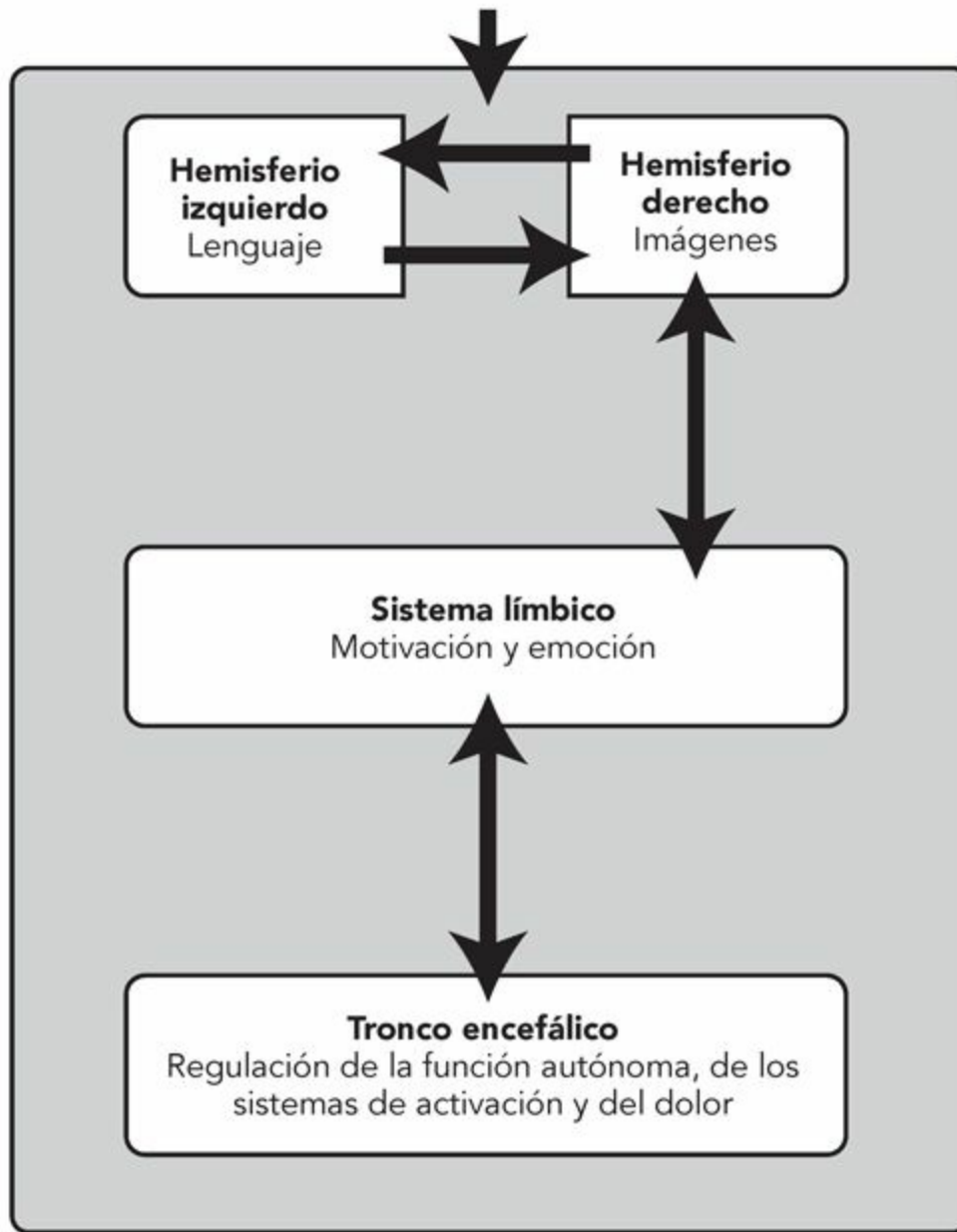


FIGURA 5.2

Eje vertical de los circuitos límbicos-autónomos corticales-subcorticales del hemisferio derecho y conexiones subsiguientes con el hemisferio izquierdo. Adaptado de Kirmayer (2004).

La disociación, por consiguiente, refleja la incapacidad del eje vertical del sistema del yo implícito cortical-subcortical del hemisferio derecho (ver el lado derecho de la figura 5.2) para reconocer y procesar los estímulos externos (información exteroceptiva procedente del entorno relacional) y momento a momento integrarlos con los estímulos internos (información interoceptiva procedente del cuerpo, de los marcadores somáticos, la «experiencia sentida»). Este fallo de integración del hemisferio derecho superior con el

hemisferio derecho inferior induce un colapso constante de la subjetividad y de la intersubjetividad. Los estados emocionales de estrés y dolor asociados con unos niveles intensamente elevados o bajos de activación no se experimentan en la conciencia, sino que permanecen implícitos en la memoria como afectos inconscientes disociados y desregulados (Schore, en la prensa).

Este modelo de desarrollo del trauma relacional describe los mecanismos psiconeurobiológicos que subyacen tras la conceptualización de la disociación de Janet. Como describen Van der Kolk y col.:

Janet sugería que cuando las personas experimentan «*emociones vehementes*», su mente puede volverse incapaz de hacer encajar sus *experiencias aterradoras* con sus esquemas cognitivos existentes. Como resultado de ello, los recuerdos de la experiencia no se pueden integrar en la conciencia personal, y en lugar de eso se separan [se disocian] de la conciencia y del control voluntario. [...] La *activación emocional* extrema da como resultado la incapacidad de *integrar* los recuerdos traumáticos. Los rastros del trauma permanecen en la memoria como «ideas fijas» inconscientes que no se pueden «liquidar». [...] Siguen entrometiéndose como percepciones aterradoras, preocupaciones obsesivas y *reexperimentaciones somáticas* (1996, p. 52, cursivas añadidas).

Actualmente, existe cierto acuerdo en torno a que «el estrés traumático en la infancia podría conducir a una automodulación del afecto doloroso alejando la atención de los estados emocionales internos (Lane y col., 1997, p. 840). Teniendo en cuenta que el hemisferio derecho es el dominante no sólo para regular los afectos, sino también para la atención (Raz, 2004), el afecto negativo (Davidson y Cacioppo, 1992) y el procesamiento del dolor (Symonds y col., 2006), la estrategia de disociación del hemisferio derecho representa la defensa definitiva para bloquear el conocimiento consciente del dolor emocional. Si el trauma temprano se experimenta como una «catástrofe psíquica», la estrategia autorreguladora de la disociación se expresa como una «separación de una situación insoportable», «una sumisión y resignación ante la inevitabilidad de un peligro abrumador, incluso físicamente reductor», y «una estrategia defensiva de último recurso» (Schore, en prensa).



## Los procesos del hemisferio derecho en la psicoterapia: afecto inconsciente, transferencia y proceso primario

Al principio de este capítulo, he sugerido que la regulación de los afectos no sólo conscientes sino también inconscientes es un mecanismo esencial del proceso de cambio psicoterapéutico. Todas las formas de terapia ven actualmente la desregulación de los afectos como una condición fundamental de todos los trastornos psiquiátricos (Taylor y col., 1997), incluyendo los trastornos de personalidad (Sarkar y Adshead, 2006) y por consiguiente comparten el objetivo común de mejorar la efectividad de los procesos autorreguladores emocionales (Beauregard, Levesque y Bourguin, 2001). En términos de la teoría de la regulación, los mecanismos de defensa son formas de estrategias de regulación emocional para evitar, minimizar o convertir los afectos que son demasiado difíciles de tolerar. El tratamiento, especialmente de las psicopatologías graves de aparición temprana, debe cubrir no sólo los afectos desregulados conscientes, sino también la defensa de supervivencia de aparición temprana que protege a los pacientes de experimentar conscientemente unos afectos negativos dolorosos y abrumadores (disociación). Esta defensa básica representa por lo tanto la principal contrafuerza ante los aspectos emocionales-motivacionales del proceso de cambio en la psicoterapia (Schore, 2007). Este principio clínico está corroborado por unos estudios que demuestran que los pacientes disociativos con un apego inseguro se disocian como respuesta a las emociones negativas que emergen en la psicoterapia psicodinámica, llevando a un resultado menos favorable del tratamiento (Spitzer y col., 2007).

La investigación básica sugiere que «mientras que el hemisferio izquierdo media en la mayoría de los comportamientos lingüísticos, el hemisferio derecho es importante para los aspectos más amplios de la comunicación» (van Lancker y Cummings, 1999, p. 95). Incorporando estos datos en el modelo de la teoría de la regulación del proceso psicoterapéutico, he descrito el papel central de las comunicaciones no verbales implícitas de hemisferio derecho a hemisferio derecho (expresión facial, prosodia, gestos) en las transacciones afectivas de transferencia-contratransferencia inconscientes (un elemento esencial en el tratamiento de psicopatologías graves y un mecanismo común de todas las formas de psicoterapia). Los datos interdisciplinarios y los modelos clínicos actualizados me han llevado a concluir que el hemisferio derecho es dominante en el tratamiento, y que la psicoterapia no es la «cura conversacional», sino que es una cura de la comunicación y la regulación de los afectos (Schore, 2005b).

Los profesionales clínicos describen ahora la transferencia como «un patrón establecido de relación y de respuesta emocional inducido por algo en el presente, pero que a menudo evoca un estado afectivo y unos pensamientos que pueden tener más que ver con las experiencias del pasado que con las actuales» (Maroda, 2005, p. 134). En una formulación paralela, la neurociencia documenta actualmente que el hemisferio derecho está básicamente implicado en el procesamiento inconsciente de los estímulos emocionales (Mlot, 1998), y que

el hemisferio derecho contiene representaciones de los estados emocionales asociados con los acontecimientos experimentados por la persona. Cuando esta persona encuentra un escenario que le resulta familiar, el hemisferio derecho recupera las representaciones de las experiencias emocionales del pasado y se incorporan en el proceso de razonamiento (Shuren y Grafman, 2002, p. 918).

Además, «el hemisferio derecho funciona de un modo más de asociación libre, más de proceso primario, típicamente observado en estados como la ensoñación o el ensimismamiento (Grabner, Fink y Neubauer, 2007, p. 228). En línea con los modelos actuales de desarrollo y relacionales, he afirmado que las comunicaciones de hemisferio derecho a hemisferio derecho representan interacciones del sistema del proceso primario inconsciente del paciente y del sistema del proceso primario del terapeuta (Schore, 1994), y que la cognición del proceso primario es el principal mecanismo comunicativo del inconsciente relacional.

### *Representaciones, desregulación de la activación autónoma y disociación*

Las comunicaciones no verbales de hemisferio derecho a hemisferio derecho del proceso primario predominan especialmente en los contextos de transferencia-contratransferencia estresantes de las representaciones clínicas. En una importante contribución en la que integraba modelos clínicos y datos neurobiológicos, Ginot (2007, p. 317) afirma convincentemente: «Cada vez más, las representaciones se entienden como potentes manifestaciones del proceso intersubjetivo y como expresiones inevitables de los *estados del yo y de patrones relacionales complejos aunque mayoritariamente inconscientes*» (cursivas añadidas).

En línea con las especulaciones neuropsicoanalíticas anteriores (Schore, 1997) y en apoyo de la tesis central de este capítulo, Ginot observa:

Esta visión de las representaciones como elementos comunicadores de los componentes afectivos refleja la noción creciente de que el contenido explícito, las interpretaciones verbales y el mero acto de poner al descubierto recuerdos son vías insuficientes para lograr cambios curativos. [...] Como manifestaciones intensas de las implicaciones de transferencia-contratransferencia, las representaciones parecen generar procesos interpersonales e internos capaces de promover a la larga la integración y el crecimiento (2007, p. 317-318).

Ginot concluye que estas «interacciones afectivas inconscientes» «sacan a la luz y, por consiguiente, alteran los recuerdos implícitos y los estilos de apego» (p. 318).

Recordemos la hipótesis de Stern y col. (1998) de que «el conocimiento relacional implícito» almacenado en el ámbito no verbal está en el centro del cambio terapéutico.

En un trabajo neuropsicoanalítico anterior, ofrecí pruebas interdisciplinarias que demostraban que el hemisferio derecho es el centro de la memoria implícita (Schore, 1999). Al considerar el hemisferio derecho como el «centro de la memoria implícita», Mancia destaca: «El descubrimiento de la memoria implícita ha ampliado el concepto del

inconsciente y refuerza la hipótesis de que es aquí donde se almacenan las experiencias presimbólicas y preverbales (en ocasiones traumáticas) emocionales y afectivas de las relaciones primarias entre madre e hijo (2006, p. 83). Los recuerdos implícitos de las experiencias de activación desreguladoras sumamente elevadas se almacenan y se expresan en forma de aumentos extremos, rápidos, dominantes y simpáticos de activación autónoma asociados con la aceleración del ritmo cardíaco. En cambio, los recuerdos implícitos de las experiencias de activación desreguladoras sumamente bajas se almacenan y se expresan en forma de reducciones extremas, rápidas, dominantes y parasimpáticas de la activación asociadas con la deceleración rápida del ritmo cardíaco. El principio de la rememoración de los recuerdos implícitos dependiente del estado se aplica por tanto a cada uno de estos dos ámbitos: lograr un estado corporal concreto que es necesario para acceder a ciertos afectos, comportamientos y cogniciones.

A menudo se subestima que los afectos reflejan el estado interno del individuo y que tienen una dimensión *hedónica* (de *valencia*) y una dimensión de *activación* (*intensidad-energética*) (Schore, 1994). Varios estudios demuestran actualmente que el hemisferio derecho generalmente es más importante que el izquierdo en el encendido de los sistemas de activación (Heilman, 1997; Meadows y Kaplan, 1994), y es más capaz de funcionar con unos niveles de activación reducidos (Casagrande y col., 2007). El hemisferio derecho es superior en el procesamiento de la activación emocional y en la respuesta automática ante los estímulos emocionales (Gainotti y col., 1993) y se ve predominantemente afectado por la retroalimentación de la activación inducida por el estrés corporal (Critchley y col., 2004). A diferencia de la «aprensión ansiosa», expresada en forma de ansiedad cognitiva, preocupación, reflexión verbal y tensión muscular, la «activación ansiosa» del hemisferio derecho se asocia con los estados de pánico y con síntomas somáticos, incluyendo la respiración entrecortada, palpitaciones, mareo, transpiración y una sensación de ahogo. En este último estado, el lado derecho del cerebro supervisa continuamente el entorno externo en busca de amenazas y «ejerce un control jerárquico sobre las funciones autónomas y somáticas para responder a las amenazas» (Nitschke y col., p. 635).

En estados de hiperactivación del hemisferio derecho que generan una densidad masiva del afecto negativo de alta activación, que gasta energía y es dominante en el sistema simpático, los niveles de activación están tan sumamente elevados que interfieren con la capacidad de la persona de interactuar de forma adaptada con el entorno social (de relación con los objetos, intersubjetivo). Bromberg (2006) relaciona el trauma, en cualquier momento de la vida, con la hiperactivación autónoma, «una inundación caótica y aterradora de afectos que amenazan con poner en riesgo la cordura y la supervivencia psicológica» (p. 33).

En cambio, los estados de hipoactivación conservadores de energía dominados por el sistema parasimpático del hemisferio derecho generan una densidad masiva de afecto negativo intenso de baja activación. En estos últimos estados afectivos, los niveles de activación son tan sumamente reducidos que interfieren con la capacidad del individuo de desvincularse de manera adaptativa del entorno social. Por lo tanto, el trauma relacional

temprano, reactivado en las representaciones de transferencia-contratransferencia, se manifiesta en la hiperactivación autónoma desregulada asociada con los afectos dominantes del sistema simpático (pánico/terror, rabia y dolor), así como con afectos dominantes del sistema parasimpático y de hipoactivación autónoma desregulada (remordimiento, repugnancia y desesperación).

Según el modelo polivagal (ver figura 5.3) de Porges (1997), la zona de hiperactivación simpática procesa los estados de peligro (lucha/huida), mientras que el sistema de hipoactivación vagal dorsal es dominante en estado de supervivencia/amenaza vital (ver Schore, en prensa). Recordemos que el desarrollo temprano de estos dos ámbitos psicobiológicos que responden al estrés está directamente influido por las experiencias de apego desregulado (maltrato y abandono). Estos recuerdos implícitos impresos en el hemisferio derecho de las respuestas de hipoactivación-disociativas y de hiperactivación ante el trauma relacional temprano se reactivan en la transferencia-contratransferencia.

El trabajo clínico en estas representaciones diádicas implica un profundo compromiso por parte de los dos participantes en la terapia y una implicación emocional profunda por parte del terapeuta (Tutte, 2004). En estos contextos sumamente estresantes, la tolerancia a los afectos del terapeuta es un factor crítico para determinar el abanico, los tipos y las intensidades de las emociones que se exploran o se rechazan en la relación de transferencia-contratransferencia y en la alianza terapéutica (Schore, 2003b).

Un principio general de este trabajo es que los terapeutas empáticos y sensibles permiten a los pacientes reexperimentar los afectos desreguladores en  *dosis afectivamente tolerables en el contexto de un entorno seguro, para que las sensaciones traumáticas abrumadoras se puedan regular e integrar en la vida emocional del paciente*. Según Ogden y col. (2005), Bromberg (2006) también destaca que la relación terapéutica debe «percibirse como segura pero no perfectamente segura. Si fuera posible que la relación fuera perfectamente segura (lo cual no es el caso) no habría potencial para sorpresas seguras» (p. 95). Este trabajo centrado en los afectos se produce en los  *bordes de los límites reguladores de la tolerancia a los afectos* (Ogden, capítulo 8 de este libro), o en lo que Lyons-Ruth describe como las «líneas divisorias» de la autoexperiencia en las que «las negociaciones interactivas han fracasado, los objetivos permanecen abortados, los afectos negativos no resueltos y se experimenta el conflicto» (2005, p. 21).

El concepto habitual de «ventana de tolerancia» usado por Ogden y Siegel describe el rango de activación óptima para mantener la cognición del proceso secundario (consciente, verbal, explícita) y las actividades del motor estriatal (acción voluntaria, comportamiento manifiesto controlado). Estas funciones cognitivas y conductuales dependen de un rango de activación moderado más que elevado o bajo, representado por una U clásica invertida. La ventana de procesamiento verbal óptimo y de expresión conductual manifiesta refleja los niveles de activación moderados que mantienen las funciones del hemisferio izquierdo. Los actuales modelos clínicos cognitivos-conductuales basados en las percepciones operan en este rango de activación y se

centran en estas funciones del hemisferio izquierdo.



FIGURA 5.3

Modelo polivagal de Porges del sistema nervioso autónomo. Adaptado de Porges (2006).

Por otro lado, el hemisferio derecho tiene un rango de tolerancia a la activación diferente, para mantener sus funciones psicobiológicas no conscientes únicas, y puede operar a niveles de activación muy altos o muy bajos. Las «ventanas de tolerancia a los afectos» del hemisferio derecho, por lo tanto, se refieren a un rango óptimo de activación para los diferentes afectos y estados motivacionales, que varían en la intensidad de la activación. Esta tolerancia a los afectos está gravemente restringida en la defensa de amortiguación emocional de la disociación patológica. *La expansión de la tolerancia a los afectos tanto negativos como positivos es el objetivo de la psicoterapia centrada en los afectos descrita en este capítulo.*

En este trabajo, en algún punto, se debe activar el afecto disociado amenazante, pero en forma de rastro, y suficientemente regulado como para no desencadenar una nueva evitación. «La cuestión de cuánto y cuándo activar o permitir esta activación para reparar la disociación en lugar de reforzarla se debe analizar específicamente en el caso de cada paciente» (Bucci, 2002, p. 787). Según Bromberg, «clínicamente, el fenómeno de la disociación como defensa contra la autodesestabilización [...] adopta su mayor relevancia

durante las representaciones, un modo de implicación clínica que requiere la mayor sintonización [del terapeuta] con los cambios afectivos no reconocidos de su propio estado y del estado del propio paciente» (2006, p. 5). Esta autodesestabilización del hemisferio derecho emocional en las representaciones clínicas puede adoptar una o dos formas: una fragmentación explosiva de alta activación o una implosión de baja activación del yo implícito.

### *Coconstrucción de campos intersubjetivos*

Visualice en paralelo dos planos de la ventana de tolerancia a los afectos: una representa la ventana de tolerancia a los afectos del paciente, la otra la del terapeuta. En los bordes de las ventanas (límites reguladores), el terapeuta empático sintonizado psicobiológicamente, momento a momento, hace implícitamente un seguimiento y adapta los patrones de crescendos/decrescendos rítmicos del SNA regulado y desregulado del paciente con los *crescendos/decrescendos* de su propio SNA. Cuando los patrones de ritmos sincronizados están en resonancia interpersonal, esta interacción específicamente adaptada de hemisferio derecho a hemisferio derecho genera unos procesos energéticos amplificados de activación, y esta regulación interactiva de los afectos, a su vez, cocrea un campo intersubjetivo.

El campo intersubjetivo dinámico es descrito por Stern (2004) como «el ámbito de las sensaciones, los pensamientos y el conocimiento que dos (o más) personas comparten sobre la naturaleza de su relación actual. [...] *Este campo puede adoptar una nueva forma. Se puede entrar y salir de él, se puede ampliar o reducir, hacer más claro o menos claro*» (p. 243, cursivas añadidas). En mi trabajo sobre la neurobiología interpersonal de la intersubjetividad, he afirmado que el hemisferio derecho es dominante en las experiencias emocionales subjetivas, y que la transferencia interactiva de afectos entre los hemisferios derechos de los miembros de la díada terapéutica se describe por tanto mejor como *intersubjetividad* (Schoore, 1999). *Un campo intersubjetivo es más que la mera interacción de dos mentes, es también la interacción de dos cuerpos* que, cuando están en resonancia afectiva, obtienen una amplificación e integración de la activación del SNC y del SNA (ver el capítulo 3 de Schoore, 2003b, sobre la comunicación de los afectos en un campo intersubjetivo a través de la identificación proyectiva).

Actualmente, existe un gran interés por cómo puede incorporarse el cuerpo en el tratamiento psicoterapéutico. La solución a este problema es integrar en los modelos clínicos información sobre el SNA, «la base fisiológica de la mente» (Jackson, 1931). Este sistema genera afectos de vitalidad y controla el sistema cardiovascular, los efectores de la piel y los órganos viscerales. Las alteraciones inducidas por el estrés en estos parámetros psicobiológicos dinámicos median en la contratransferencia somática del terapeuta hacia las comunicaciones no verbales del paciente dentro de un campo intersubjetivo coconstruido. En escritos anteriores sobre la psicofisiología de la contratransferencia, afirmé:

Actualmente se considera que los procesos de contratransferencia se manifiestan en la capacidad de reconocer y utilizar las cualidades sensoriales (visuales, auditivas, táctiles, cenestésicas y olfativas) y afectivas de las imágenes que el paciente genera en el psicoterapeuta (Suler, 1989). De forma similar, Loewald (1986) destaca que las dinámicas de contratransferencia son valoradas por las observaciones del terapeuta sobre sus propias reacciones viscerales ante el material del paciente (Schoore, 1994, p. 451).

Recordemos que el SNA contiene componentes simpáticos que consumen energía y componentes parasimpáticos que conservan la energía, los cuales son dissociables. Ampliando el concepto de intraorganismo al ámbito interpersonal, se pueden cocrear dos campos intersubjetivos dissociables: (1) un campo intersubjetivo de alta energía dominante del sistema simpático que procesa los recuerdos implícitos dependientes del estado de las transacciones relacionales con los objetos y de apego en los estados de alta activación (ver tabla 5.1); y (2) un campo intersubjetivo de baja energía dominante del sistema parasimpático que procesa los recuerdos implícitos dependientes del estado de las transacciones relacionales con los objetos y de apego en los estados de baja activación (ver tabla 5.2).

Observe el contraste entre la transferencia somática y las contratransferencias en los campos intersubjetivos duales. Asimismo, la forma de las expresiones del proceso primario en el afecto, la cognición y el comportamiento difiere en los estados de conciencia de activación muy alta o muy baja alterados. Por consiguiente, los estados de alta y baja activación asociados con, respectivamente, el terror y el remordimiento presentarán patrones cualitativamente diferentes de comunicación no verbal del proceso primario de «movimientos corporales (cinética), postura, gestos, expresión facial, inflexión de la voz y la secuencia, ritmo y tono de las palabras habladas» (Dorpat, 2001, p. 451). Recordemos que la actividad del sistema nervioso simpático se manifiesta en la estrecha implicación con el entorno externo y con altos niveles de movilización y uso de energía, mientras que el componente parasimpático promueve la desvinculación del entorno externo y consume niveles bajos de energía interna. Este principio se aplica no sólo al comportamiento interpersonal manifiesto, sino también a la vinculación-desvinculación intersubjetiva encubierta con el entorno social, la unión y separación de la mente y el cuerpo y los mundos internos. Varios modelos del SNA indican que, aunque suele producirse una activación recíproca entre los sistemas simpático y parasimpático, estos dos sistemas también son capaces de separarse y actuar unilateralmente (Schoore, 1994). Por lo tanto, las zonas de hiperactivación simpática y de hipoactivación parasimpática representan dos campos intersubjetivos discretos de sintonización psicobiológica, ruptura y reparación interactiva que Bromberg (2006) llama «colisión de subjetividades».

Cabe notar que, igual que los investigadores sobre la emoción han destacado en exceso los afectos y motivaciones dominantes del sistema simpático (miedo, huida/lucha), los psicoterapeutas también se han centrado demasiado en la reducción de los estados de ansiedad/miedo o de agresividad/ira. Un ejemplo destacado de este

continuo sesgo es la devaluación del papel crítico del remordimiento y la repugnancia parasimpáticos desregulados en todos los modelos clínicos. Del mismo modo, los modelos psicodinámicos han destacado el papel de la ira y el miedo/terror en las representaciones de una activación elevada, y la subsiguiente fragmentación explosiva del campo intersubjetivo de alta energía y el yo implícito. Como resultado, se ha destacado demasiado poco el campo intersubjetivo dominante del sistema parasimpático de baja energía. Esto es problemático, porque el trabajo clínico con la disociación parasimpática –es decir, la separación de una situación insostenible (Mollon, 1996)– siempre se asocia con las dinámicas de remordimiento parasimpáticas.

En mi primer trabajo, propuse que el estado parasimpático de baja activación de remordimiento, subjetivamente percibido como una «espiral hacia abajo», representa un cambio repentino de la hiperactivación simpática a la hipoactivación vagal dorsal parasimpática (Shore, 1991). Recordemos que el colapso del yo implícito es sutil, señalado por la amplificación de los afectos parasimpáticos de remordimiento y repugnancia, y por las cogniciones de desesperación e impotencia (que suelen ir unidas a las experiencias traumáticas). Trabajando profundamente en el campo intersubjetivo de baja activación, Bromberg (2006) observa que el remordimiento está presente en aquellos pacientes que «desaparecen» cuando lo que se está tratando tiene que ver con un trauma temprano no procesado, y el remordimiento es el afecto más potente que una persona es incapaz de modular. Concluye diciendo lo siguiente:



TABLA 5.1 Campo intersubjetivo de carga de alta energía

---

*Hiperactivación = circuitos límbicos-autónomos del SNC-SNA  
hipermetabólicos = estados psicobiológicos de consumo de  
energía, dominantes del sistema simpático y estresantes*

- representaciones diádicas explosivas de alta energía;  
fragmentación del yo implícito
  - intersubjetividad dominante del sistema simpático;  
interacción excesiva con el entorno social
  - contratransferencia somática hacia afectos de alta activación  
expresados en la aceleración del ritmo cardíaco; atención  
centrada en la información sensorial exteroceptiva
  - regulación/desregulación de los estados afectivos  
hiperactivados (agresividad/rabia, pánico/terror, excitación  
sexual, entusiasmo/alegría)
-

TABLA 5.2 Campo intersubjetivo de carga de baja energía

---

*Hipoactivación = circuitos del SNC-SNA hipometabólicos = estados psicobiológicos de conservación de energía, dominantes del sistema parasimpático, estresantes*

- representaciones diádicas implosivas de baja energía; yo implícito en colapso
  - intersubjetividad dominante del sistema parasimpático; disociación/desvinculación del entorno social
  - contratransferencia somática hacia afectos de baja activación comunicados expresados en forma de deceleración del ritmo cardíaco; atención centrada en la información interoceptiva
  - regulación/desregulación de los estados afectivos hipoactivados (remordimiento, repugnancia, abandono, desesperación)
- 

La tarea que es más importante y, al mismo tiempo, más difícil para el [terapeuta], es buscar signos de remordimiento disociado en uno mismo y en el paciente; un remordimiento que está siendo evocado por el proceso terapéutico en sí de un modo que el [terapeuta] preferiría no tener que experimentar. [...] La razón por la que aparentemente luchamos una y otra vez con representaciones repetidas en la terapia es que [el terapeuta] una y otra vez se ve arrastrado hacia la misma representación hasta el punto de dejar de atender a la activación del remordimiento (p. 80).

La observación más incisiva es quizás la de Nathanson:

Todo el sistema de la psicoterapia, como nos lo han enseñado, sólo funcionaba si dejábamos de lado el remordimiento que producíamos día sí y día no en nuestro trabajo terapéutico. [...] Quedaba claro que la sociedad posfreudiana había sido tratada de casi todo *excepto* del remordimiento, y el grado y la gravedad de los problemas de remordimiento sin diagnosticar y sin tratar superaban en mucho lo imaginado (1996, p. 3).

Los clínicos e investigadores deben prestar más atención al campo intersubjetivo dominante del sistema parasimpático conservador de energía de la sincronización psicobiológica, la ruptura y la reparación.

## *Regulación interactiva de los afectos como mecanismo central del proceso de cambio*

Varios autores han descrito las sutiles actividades psicológicas de los clínicos sensibles que organizan la cocreación de un campo intersubjetivo con el paciente. Bromberg observa:

Cuando [un terapeuta] abandona sus intentos de «comprender» a su paciente y se permite conocer a su paciente a través del campo intersubjetivo continuo que están compartiendo en este momento, se produce un acto de reconocimiento (no de comprensión) en el que las palabras y las ideas simbolizan la experiencia en lugar de sustituirla (2006, p. 11).

La naturaleza diádica de esta exploración afectiva profunda del yo fue observada por Jung (1946) al sugerir que el clínico debe ir hasta el límite de sus posibilidades o el paciente será incapaz de seguirle. Según Lichtenberg (2001), permanecer con la comunicación inmediata del paciente más tiempo y más intensamente generalmente aporta más conocimiento que el que se logra con un enfoque defensivo o un enfoque genético sobre lo que no se dice. Y Whitehead describe los efectos amplificadores de los afectos que se encuentran en los estratos profundos del inconsciente:

Cada vez que establecemos un contacto terapéutico con nuestros pacientes, estamos activando unos procesos profundos que aprovechan las fuerzas vitales esenciales de nosotros mismos y de aquéllos con los que trabajamos. [...] *Las emociones tienen una intensidad más profunda y son más sostenidas en el tiempo cuando se comparten intersubjetivamente.* Esto ocurre en momentos de *contacto profundo* (2005, p. 624, cursivas añadidas).

Como hemos comentado anteriormente, un principio central de la teoría de la regulación estipula que la resonancia interpersonal dentro de un campo intersubjetivo desencadena una amplificación del estado. La activación (energía metabólica) aumentada cocreada resultante permite que los afectos inconscientes disociados hipoactivados se intensifiquen y, por lo tanto, se experimenten en la conciencia como un estado emocional subjetivo. Esta regulación interactiva de abajo hacia arriba permite que el afecto que está por debajo del conocimiento consciente se intensifique y se perciba en ambos. Por lo tanto, el «potencial inicio» de un afecto inconsciente (Freud, 1915/1957) tiene la energía intersubjetiva de emerger. Según Fosha (2003), el mecanismo iniciador del proceso de cambio es la alteración del «funcionamiento dominado por la defensa» y la «transformación del estado que lleva a la experiencia visceral de los fenómenos afectivos centrales dentro de una diada terapéutica activada emocionalmente» (p. 519).

Como en todas las dinámicas de apego, la amplificación diádica de la intensidad de la activación-afecto que se genera en un contexto resonante de transferencia-contratransferencia facilita la intensificación de la sensación percibida tanto por parte del terapeuta como del paciente. Este mismo mecanismo psicobiológico interpersonal *sostiene* el afecto en el tiempo; es decir, el afecto se «mantiene» dentro del campo

intersubjetivo suficiente tiempo para llegar al conocimiento consciente de ambos miembros de una díada terapéutica sincronizada psicobiológicamente. Cabe notar que este proceso de carga y amplificación de los afectos incluye una intensificación de los afectos negativos y positivos en un campo intersubjetivo.

Pero hace falta más que una sincronización empática de los afectos y un contacto profundo para promover el avance terapéutico. En el núcleo psicobiológico del campo intersubjetivo se encuentra el vínculo de apego de la comunicación emocional y de la regulación de los afectos. La regulación-reparación interactiva psicobiológica del clínico de los estados afectivos de base corporal desregulados, especialmente inconscientes (disociados), es un mecanismo terapéutico fundamental. Recordemos la afirmación de Bucci (2002) de que el afecto disociado amenazante debe regularse de forma suficiente. Sand observa que «las defensas disociativas sirven para regular la relación con los demás. [...] El paciente disociado está intentando permanecer tiempo suficiente en una relación con el entorno humano para sobrevivir en el presente satisfaciendo, al mismo tiempo, sus necesidades de más relaciones íntimas aislado pero vivo» (1994, p. 149).

Debido al aprendizaje precoz de fallos en el apego, el paciente accede a la disociación patológica para manejar la potencial desregulación del afecto anticipando el trauma antes de que se produzca. En la disociación caracteriológica, se inicia una estrategia autorreguladora de desvinculación autónoma involuntaria que se mantiene para evitar el contacto intersubjetivo potencialmente desregulador con los demás. Pero a medida que el paciente sigue avanzando en el proceso de cambio, va siendo más capaz de pasar de la autorregulación a la regulación interactiva cuando está bajo un estrés interpersonal. Fosha (2005, p. 527) destaca este importante principio: «La regulación del afecto diádico es un proceso central no sólo en la infancia, sino desde la cuna hasta la tumba, *todavía más* cuando estamos ante emociones (categóricas) de tal intensidad que nos abruman, que en el momento parecen ir más allá de la capacidad de nuestros recursos disponibles de manejarlas (es decir, es la definición del trauma)». De un modo similar, Ogden y col. concluyen:

La regulación psicobiológica interactiva (Schoore, 1994) proporciona el contexto relacional bajo el cual el cliente puede contactar de forma segura, describir y a la larga regular su experiencia interior. [...] Más que la percepción exclusivamente, la experiencia del paciente de una acción capacitadora en el contexto de seguridad aportado por el contexto de regulación de los afectos interactiva sincronizada psicobiológicamente del clínico es lo que ayuda a que los efectos [...] cambien (2005, p. 22).

Esta regulación interactiva de los afectos ocurre en el borde de los límites reguladores de la activación alta y baja en los campos intersubjetivos. En este trabajo, Bromberg avisa: «Una postura interpretativa [...] no es sólo inútil por tanto durante una representación, sino que también intensifica la representación y hace más rígida la disociación» (2006, p. 8), y Maroda advierte: «Las interpretaciones ofrecidas cuando se necesitan los afectos equivale a una anticomunicación, dando como resultado el empeoramiento del paciente»

(2005, p. 138). Un enfoque terapéutico sobre la regulación de los afectos no sólo conscientes sino inconscientes (disociados) destaca la conclusión de que los factores afectivos no verbales implícitos, más que los cognitivos (percepciones) verbales explícitos, residen en el centro del proceso de cambio en el tratamiento de los pacientes más gravemente afectados. En el nivel más fundamental, el trabajo intersubjetivo de la psicoterapia no se define mediante lo que el clínico hace por el paciente o dice al paciente (enfoque sobre el hemisferio izquierdo). Más bien, el mecanismo clave es *cómo estar con el paciente*, especialmente durante los momentos afectivamente estresantes cuando el yo central implícito del paciente se está desintegrando en tiempo real (enfoque sobre el hemisferio derecho).

Observemos el parecido entre trabajar en los límites reguladores del hemisferio derecho en el momento afectivo intensificado de las representaciones con los «compromisos espontáneos disciplinados» de Lichtenberg que ocurren dentro de «un ambiente de seguridad»:

*Espontáneo* se refiere a los comentarios, gestos, expresiones faciales y acciones a menudo inesperados del [terapeuta] que ocurren como resultado de un incremento importante no suprimido de las emociones. Estas comunicaciones, en lugar de ser planificadas o editadas, parece que aparecen más de repente. El [terapeuta] puede estar igual de sorprendido que el paciente. Por *interacción* nos referimos a las comunicaciones y revelaciones que son más representaciones que respuestas meditadas (2001, p. 445).

Los «momentos de encuentro» de Tronick, una nueva forma de interacción de la diada terapéutica, también se producen en los límites reguladores:

El [terapeuta] debe responder con algo que se experimenta como específico de la relación con el paciente y que expresa su propia experiencia y personalidad, y que lleva su firma. [...] Tiene que ver con «lo que está pasado aquí ahora y entre nosotros». El énfasis más fuerte se coloca en el *ahora* debido a la inmediatez afectiva. [...] Requiere respuestas espontáneas [...] [que] nunca deben explicarse verbalmente, pero que pueden ser explicadas después del hecho (2007, p. 436).

Según Greenberg y Pavio (1997), volver a experimentar la experiencia traumática en la terapia, con la seguridad aportada por un terapeuta empático y colaborador, proporciona a la persona una nueva experiencia; concretamente, la regulación interactiva del clínico de los estados afectivos hiperactivados e hipoactivados desregulados del hemisferio derecho. Confirmando este modelo, algunos investigadores experimentales afirman actualmente: «Como sugiere la práctica clínica, es necesario “revisitar” un recuerdo emocionalmente angustiante antes de que se pueda controlar» (Depue, Curran y Banich, 2007, p. 218).

Este mecanismo psicobiológico diádico del proceso de cambio psicoterapéutico es descrito por Adler:

Como las personas en una relación afectuosa, es decir, empática, se transmiten

experiencias emocionales entre sí, también transmiten al otro experiencias fisiológicas, y este vínculo sociofisiológico es importante para comprender las consecuencias fisiológicas directas de la afectividad en la relación médico-paciente; *para ambas partes* (2002, p. 885, cursivas añadidas).

También afirma que la relación terapéutica (la interacción entre la vulnerabilidad emocional del paciente y la disponibilidad emocional del terapeuta) representa un buen ejemplo de cómo las personas que están en una relación empática corregulan la actividad autónoma del otro. Más concretamente, la relación terapéutica puede actuar como «la antítesis de la respuesta de lucha-huida»; y «la experiencia de sentirse querido en una relación reduce la secreción de hormonas del estrés y cambia el sistema neuroendocrino hacia la homeostasis» (Adler, 2002, p. 883). Adler afirma que, de este modo, los vínculos sociales de apego incluidos en la relación terapéutica reducen la activación inducida por el estrés.

Los episodios continuos que implican la regulación interactiva terapéutica de la activación afectiva influyen en el umbral de activación del paciente de una respuesta al estrés en el hemisferio derecho ante un estresor social. Bromberg observa que el procesamiento se hace «cada vez más seguro, de modo que la tolerancia de la persona ante una potencial inundación de afectos aumenta» (2006, p. 79). Como resultado:

El umbral de desencadenamiento del paciente sube, permitiéndole cada vez más aferrarse a la experiencia relacional continua (toda la complejidad del aquí y ahora con el terapeuta) mientras está sucediendo, con una cada vez menor necesidad de disociarse; a medida que el procesamiento del aquí y ahora se vuelve más inmediato, se convierte en más conectable con su pasado (p. 69).

El trabajo efectivo en los límites reguladores de los estados de alta y baja activación del hemisferio derecho, a la larga, amplía la ventana de tolerancia a los afectos, permitiendo así una mayor variedad de afectos más intensos y duraderos en futuros contextos intersubjetivos. LeDoux ofrece una interesante descripción de este avance del desarrollo emocional:

Como los sistemas emocionales coordinan el aprendizaje, cuanto más amplio sea el abanico de emociones que experimenta [el individuo], más amplio será el abanico emocional del yo que se está desarrollando. [...] Y como generalmente hay más sistemas cerebrales activos durante los estados emocionales que durante los no emocionales, y la intensidad de la activación es mayor, la oportunidad de que se produzca un aprendizaje coordinado entre los sistemas cerebrales es mayor durante los estados emocionales. Coordinando la plasticidad paralela en todo el cerebro, los estados emocionales fomentan el desarrollo y la unificación del yo (2002, p. 322).

Las experiencias facilitadoras del crecimiento cocreadas en los límites reguladores promueven por lo tanto los «componentes afectivos» de las representaciones (Ginot, 2007, p. 317). La mayor capacidad del paciente de experimentar y comunicar

conscientemente un mayor abanico de afectos positivos y negativos es debida a un avance en el desarrollo de su capacidad de regular el afecto. Esta mayor maduración de la autorregulación adaptativa se refleja, a su vez, en la aparición de unas emociones más complejas resultantes de la mezcla simultánea de diferentes afectos, y en la ampliación de la «variedad de afectos» (Schore, 1994).

La psicoterapia de las patologías del apego y de los trastornos de personalidad graves debe centrarse en el afecto inconsciente y en la defensa de supervivencia de la disociación patológica, «una separación estructurada de los procesos mentales (por ejemplo, pensamientos, emociones, conciencia, memoria e identidad) que normalmente están *integrados* (Spiegel y Cardeña, 1991, p. 367). Las sensaciones traumáticas abrumadoras que no están reguladas no se pueden integrar adaptativamente en la vida emocional del paciente. Este déficit disociativo resulta concretamente de la falta de integración del hemisferio derecho, el cerebro emocional. Pero una terapia efectiva puede modificar positivamente la trayectoria de desarrollo del hemisferio derecho profundo y facilitar la *integración* entre los sistemas cortical y subcortical del hemisferio derecho. Esta mayor interconectividad permite una mayor complejidad de las defensas del hemisferio derecho emocional (estrategias de manejo para regular el afecto estresante que son más flexibles y adaptativas que la disociación patológica). Estas estrategias de manejo mejoradas a su vez mejoran la maduración del núcleo del yo en el hemisferio derecho y su participación central en los «patrones de regulación de los afectos que *integran* una percepción del yo en las transiciones entre estados, permitiendo así una continuidad de la experiencia interior» (Schore, 1994, p. 33).

De acuerdo con este modelo del mecanismo de cambio de la psicoterapia, Fosha (2005) describe un «estado en el que los procesos afectivos y cognitivos están perfectamente *integrados*, el estado central que aparece tras el afecto central es óptimo para la integración y la consolidación terapéutica que traduce los cambios profundos que se producen en las sesiones en resultados terapéuticos duraderos» (p. 523). En este estado de transformación, «nuestra visión se ensancha; todo el paisaje emocional es visible, e incluso está iluminado» (p. 523), y los recursos adaptativos, la resiliencia y el conocimiento consciente están disponibles para el individuo. Fosha sugiere que esta «lente de gran angular» es «una capacidad mediada centralmente por la corteza prefrontal y la corteza orbitofrontal, las últimas neurointegradoras del significado de la experiencia personal (Schore, 2003a; Siegel, 2003), que genera «una narrativa autobiográfica cohesiva y coherente» (p. 523). Esta «última es básicamente mediada por la “corteza prefrontal” del hemisferio derecho» (p. 523).

La mayor resiliencia de las estrategias inconscientes de regulación del estrés que resulta de una experiencia psicoterapéutica óptima representa una maduración dependiente de la experiencia de la «especialización del hemisferio derecho en la regulación de los procesos relacionados con el estrés y con las emociones» (Sullivan y Dufresne, 2006, p. 55). Varios estudios indican ahora que el hemisferio derecho, que es el dominante en los recuerdos autobiográficos (Markiwitsch y col., 2000), da acceso a un mecanismo desencadenante que inicia las reacciones simpáticas y parasimpáticas ante las

señales socioemocionales (Spence y col., 1996). La regulación del estrés emocional está básicamente mediada por la regulación cortical derecha superior de los sistemas de activación inferiores, las estructuras autónomas y los órganos periféricos. Así, áreas anteriores del hemisferio derecho están involucradas en el control de la activación autónoma (Aftanas y col., 2005) y la actividad cortical orbitofrontal (ventromedial) derecha actúa para regular el sistema nervioso simpático (Critchley y col., 2000; Hilz y col., 2006).

En una descripción neuroanatómica similar a la descripción de Fosha de la «lente de gran angular» del estado central orbitofrontal, varios estudios actuales concluyen: «Las ricas conexiones de la corteza orbitofrontal la dotan de una visión panorámica de todo el entorno exterior, así como del entorno interior asociado con factores motivacionales» (Barbas, 2007, p. 239). Según Barbas, las cortezas frontal medial y orbitofrontal, asociadas con la evaluación de las emociones, se proyectan hacia los centros autónomos hipotalámicos, que inervan el tronco encefálico y las estructuras anatómicas de la columna. Estas últimas, a su vez, inervan los órganos periféricos cuya actividad aumenta notablemente con la activación emocional (Barbas y col., 2003). Actualmente ha quedado establecido que «la activación fisiológica periférica y las tendencias a la acción asociadas con la emoción son implícitas, en el sentido de que ocurren automáticamente y *no requieren que el procesamiento consciente se ejecute eficientemente* (Lane, 2008, p. 217, cursivas añadidas). Observemos que el sistema verbal explícito del hemisferio izquierdo que procesa analíticamente las interpretaciones nunca está directamente implicado en la regulación de la actividad del sistema nervioso simpático. Las experiencias de apego seguro y la psicoterapia efectiva aumentan la complejidad del sistema regulador de los afectos del hemisferio derecho.

El hemisferio derecho sigue su crecimiento acelerado en las diferentes etapas de la vida, permitiendo así la plasticidad inducida por la terapia en el sistema. Los cambios estructurales que ocurren gracias a una psicoterapia efectiva ocurren en las vías corticales derechas descendientes desde las cortezas orbitofrontal y ventral medial prefrontal hasta la amígdala y el hipotálamo, proporcionando así un mecanismo más efectivo de control prefrontal del sistema nervioso autónomo, y por lo tanto en los procesos subyacentes tras el reconocimiento y la expresión de las emociones. La psicoterapia de los pacientes con patologías de apego, los cuales también sufren con frecuencia estados traumáticos temerosos de activación, tiene un impacto directo en las desregulaciones del lado derecho del sistema de miedo/terror y también las modifica potencialmente, motivadas por la amígdala subcortical derecha, especializada en el condicionamiento del miedo (Baker y Kim, 2004) y del «miedo no visto» (Morris y col., 1999). Cabe notar que las áreas prefrontales que inhiben los recuerdos emocionales y suprimen la reactividad emocional están básicamente lateralizadas hacia el hemisferio derecho (Depue y col., 2007). Las observaciones de Phelps y col. (2004) están directamente relacionadas con el proceso de aprendizaje del contexto psicoterapéutico:

Comprender cómo se adquieren los miedos es un paso importante en nuestra capacidad de traducir la investigación básica en el tratamiento de las conductas



relacionadas con el miedo. Comprender cómo se reducen los miedos aprendidos puede ser incluso más valioso. [...] La amígdala puede jugar un papel importante en el aprendizaje de la extinción y en la adquisición, y esta corteza prefrontal ventromedial puede estar particularmente implicada en la retención del aprendizaje de la extinción (p. 903).

Las funciones eficientes del yo implícito del hemisferio derecho son fundamentales para la recepción, expresión y comunicación de la información socioafectiva; la regulación inconsciente de las funciones fisiológica, endocrina, neuroendocrina, cardiovascular e inmunológica; la subjetividad/intersubjetividad; la confianza y la empatía, y una teoría afectiva de la mente. Hartikainen y col. resumen el papel crucial del procesamiento de las emociones inconscientes para la supervivencia humana:

En los entornos impredecibles, las emociones proporcionan una rápida modulación del comportamiento. Desde un punto de vista evolutivo, las emociones proporcionan un sistema de control modulador que facilita la supervivencia y la reproducción. Las reacciones tipo reflejo ante acontecimientos emocionales se pueden producir antes de que se les preste atención. [...] Las pruebas neuropsicológicas sostienen un sesgo del hemisferio derecho en el procesamiento de las emociones y de la atención en los seres humanos (2007, p. 1929).

Al inicio de este capítulo afirmaba que el cambio de paradigma emergente está subrayando la primacía del afecto en el desarrollo humano, la psicopatogénesis y el tratamiento. Un gran cuerpo de investigación en la literatura neurocientífica sugiere el papel especial del hemisferio derecho procesador de las emociones en la empatía, la identificación con los demás, los procesos intersubjetivos, los recuerdos autobiográficos, la percepción del propio cuerpo, el autoconocimiento, la cognición relacionada con el yo, así como las autoimágenes que no se perciben conscientemente; todos ellos aspectos fundamentales del proceso terapéutico (ver Schore y Schore, 2008, para más referencias).

Un tema fundamental de este trabajo es que los afectos del hemisferio derecho de base corporal, incluyendo específicamente el afecto inconsciente, deben tratarse en intervenciones psicoterapéuticas actualizadas. Incluso más que la mente izquierda verbal, analítica, racional, de reacción tardía del paciente, la relación psicoterapéutica facilitadora del crecimiento debe acceder directamente a los límites reguladores y los estratos psicobiológicos más profundos de las mentes del hemisferio derecho del paciente y del clínico. Álvarez (2006) afirma: «Schore destaca que, en los niveles más graves de psicopatología, no se trata de hacer que lo inconsciente se vuelva consciente; es más bien cuestión de reestructurar el inconsciente en sí» (p. 171).

Anteriormente, he sugerido que el hemisferio derecho es el dominante en el proceso de cambio de la psicoterapia. Los autores neurocientíficos concluyen ahora que aunque el hemisferio izquierdo esté especializado en el manejo de las representaciones y estrategias previsibles, el derecho predomina no sólo en la organización de la respuesta humana ante el estrés (Wittling, 1995), sino también en el manejo y asimilación de

situaciones nuevas (Podell y col., 2001) y en garantizar la formación de un nuevo programa de interacción con un entorno nuevo (Ezhov y Krivoschekov, 2004). De hecho,

el hemisferio derecho posee unas capacidades especiales para procesar los estímulos nuevos. [...] La resolución de problemas del hemisferio derecho genera una matriz de soluciones alternativas, a diferencia de la solución única mejor adaptada del hemisferio izquierdo. Esta matriz de respuestas permanece activa mientras se exploran soluciones alternativas, un método adecuado para las posibilidades de final abierto inherentes en una situación nueva (Schutz, 2005, p. 13).

Recordemos que la resiliencia ante el estrés y la novedad es un indicador de seguridad del apego. Los cambios terapéuticos en el modelo de funcionamiento interno del paciente, que codifica estrategias de regulación de los afectos, reflejan las alteraciones estructurales en el hemisferio derecho.

Las funciones del hemisferio derecho emocional son fundamentales para el proceso autoexploratorio de la psicoterapia, especialmente de los afectos inconscientes que pueden integrarse en una sensación implícita más compleja del yo. Tanto el desarrollo óptimo como la psicoterapia efectiva promueven más que unos cambios cognitivos en la mente consciente, también una expansión del yo implícito del hemisferio derecho, sustrato biológico del inconsciente humano.

6

# La emoción como integración

*Una posible respuesta a la pregunta «¿Qué es la emoción?»*

*Daniel J. Siegel*

EN ESTE CAPÍTULO, EXPLORAREMOS la cuestión fundamental de «¿qué es la emoción?». Al leer esta serie de palabras, puede parecer que el enfoque de esta introducción no es el habitual en un texto profesional, pero voy a dirigirme directamente a usted para profundizar eficiente y (espero) efectivamente en la naturaleza subjetiva de cómo experimentamos las sensaciones. La gente usa el término *emoción* de maneras muy distintas y, en ocasiones, aparentemente contradictorias. Por este motivo, desde el principio, me gustaría sugerir que considere el uso habitual de este término en inglés, *emotion*, como quizás más problemático que útil. Puede preguntarse si estoy sugiriendo que la emoción *per se* no existe. Y ésta es exactamente la cuestión: ¿qué conlleva en sí la noción de emoción? ¿Cuál es esta experiencia absolutamente real (que tenemos en la realidad real) que evoca en nuestro idioma el término *emoción* o *emocional* u otros derivados similares de la raíz, *emoción*?

Como autor colaborador y uno de los coeditores de este libro, y como editor fundador de la Serie Norton sobre Neurobiología Interpersonal de la cual forma parte este libro, me siento especialmente motivado a aprovechar esta oportunidad para invitarle a probar ésta, quizás, nueva forma de comunicar ideas complejas: vamos a atender a nuestra experiencia subjetiva del mismo modo que respetamos nuestros datos científicos «objetivos». Como los historiadores científicos saben, la ciencia en sí misma es una tarea humana, una historia que se despliega basada en unas exploraciones empíricas basadas a su vez en hipótesis y conceptos para clasificar y a menudo cuantificar aspectos de nuestra realidad percibida. La ciencia ha hecho avanzar nuestro conocimiento del mundo, y de nosotros mismos, de maneras importantes que organizan nuestra visión de un modo que la reflexión interna subjetiva por sí sola no podría haber logrado. Pero, por otro lado, la reflexión sobre la naturaleza subjetiva de nuestra vida también puede iluminar únicamente la naturaleza de la realidad, especialmente la de la realidad humana, de un modo que la ciencia no puede conseguir. Aunque la reflexión subjetiva es distinta de la observación objetiva, ambas tienen importantes contribuciones que realizar a nuestro profundo conocimiento de la naturaleza de la emoción, de la mente, del desarrollo humano y del cultivo del bienestar. De este modo, podemos intentar integrar estas dos formas útiles de conocimiento sobre la realidad en un enfoque inclusivo que atienda a

ambos puntos de vista.

Si este capítulo logra suscitarle una nueva y amplia visión sobre el concepto de «emoción», entonces habremos cumplido el objetivo de este proyecto. Al final, usted sintetizará su propio punto de vista, pero ahora y aquí me gustaría invitarle a considerar ampliar su noción de lo que es la «emoción». Podemos explorar juntos las formas en las que nuestras visiones colectivas, nuestras historias científicas y subjetivas de la «emoción» colorean nuestro pensamiento y nuestras acciones.

## Subjetividad, ciencia e historia

Ahora mismo, usted tiene un mundo interior de experiencia subjetiva. Por muchos tipos de escáneres cerebrales u otros tipos de tecnología que desarrollemos, como la resonancia magnética funcional y el electroencefalograma cuantitativo (EEGc), tenemos un mundo interior no cuantificable de nuestra realidad subjetiva. Lo cierto es que, en realidad, no sabemos cómo se crean mutuamente el encendido neuronal y la experiencia subjetiva. Aunque algunos científicos puedan plantear un flujo unidireccional desde la actividad neuronal hasta la vida mental subjetiva, una hipótesis como ésta sólo puede ser parcialmente cierta. También podemos afirmar con sólidas pruebas que nuestra vida mental interna subjetiva usa la actividad cerebral para crearse a sí misma. Si piensa en el desayuno de esta mañana, verá estas palabras y experimentará el flujo de energía e información que evoca un patrón de encendido neuronal en la visión y en el recuerdo. Al final, el encendido neuronal y la actividad mental se influyen mutuamente. Aquí, el punto importante es que nadie, ni los científicos, ni los ganadores del Premio Nobel, ni los taxistas ni los filósofos saben realmente cómo influye la propiedad física del encendido neuronal y de la actividad eléctrica en la creación de la vida mental subjetiva (o viceversa). Hemos identificado las correlaciones entre las áreas cerebrales y los procesos mentales. Pero son sólo eso: correlaciones de ritmos y no explicaciones de los mecanismos de cómo se produce este proceso. Por lo tanto, debemos mantener la mente abierta al considerar las relaciones cerebro-mente y dejar a un lado los prejuicios sobre la naturaleza de la dirección causal. Ambas se influyen mutuamente.

Así pues, ¿qué sucede cuando preguntamos a los científicos o a los clínicos o al público en general desprevenido, si se nos presenta la oportunidad, qué es la emoción? Como con el estudio de la ciencia y la subjetividad, me han sorprendido las numerosas y contradictorias historias que surgen realmente. La emoción ha sido descrita por varios terapeutas como «las sensaciones que tenemos dentro», «el modo en que el cuerpo influye en la mente», y la «motivación de hacer algo, de “evocar movimiento”». Algunos neurocientíficos han sugerido que la emoción es el modo en que el soma da forma a la psique mediante el *input* de los estados fisiológicos. Otros han propuesto que los circuitos emocionales coordinan y sincronizan los patrones de encendido neuronal. Los investigadores del desarrollo en ocasiones consideran la emoción como la cola que une a una persona en las diferentes fases de crecimiento. Los investigadores sociales pueden ver las emociones como aquello que conecta a las personas entre sí en díadas, familias o grupos más grandes. La respuesta de los no profesionales suele empezar con una pausa y luego el uso de ideas como «sentimientos» o un «estado de ánimo» o una «reacción». Cada una de estas visiones contiene cierta verdad para la persona, pero claramente el término *emoción* no tiene un significado precisamente compartido ni siquiera entre aquellos que usan este concepto en su trabajo diario.

En este capítulo, voy a pedirle que dé un paso hacia atrás con respecto a lo que ha aprendido de la vida diaria, de la práctica clínica y de la ciencia para proyectar una mirada fresca a esta palabra familiar: *emoción*. También puede ser útil distanciarse un

poco de las historias incrustadas en sus modelos mentales de la mente, sobre cómo funciona la mente, o qué es la mente, para que podamos intentar ver el mundo de las sensaciones desde una perspectiva más básica o «de abajo hacia arriba». La capa exterior del cerebro que está más evolucionada en los mamíferos es el neocórtex. Esta corteza exterior del cerebro está estructurada de manera que los datos perceptuales entrantes suben hasta las columnas corticales de seis capas donde se encuentran, directamente, con el flujo descendiente de información procedente del aprendizaje anterior a medida que va bajando por estas capas corticales superiores. Es aquí, en el choque de estas dos corrientes de flujo de información, donde podemos imaginar que damos forma a nuestra percepción de la realidad. Con esta conformación ascendente por parte del flujo descendiente es como las historias, en parte, moldean nuestra visión y crean nuestro conocimiento sobre cómo son las cosas. Estos modelos mentales dan forma a nuestra percepción y crean la arquitectura del lenguaje que amplía y limita el modo en el que vemos el mundo. En varios sentidos, cuando no juzgamos (algo fundamental si queremos abordar con conciencia plena un tema) es cuando reducimos la influencia de las limitaciones de arriba hacia abajo que nos impiden ver el mundo con una mirada fresca. Ésta es la mirada fresca que necesitaremos en este capítulo a medida que nos adentremos en la búsqueda de una visión abierta sobre qué es la emoción.

## ¿Qué es la emoción?

Cuando decimos «He tenido una experiencia emotiva hoy», ¿qué queremos decir exactamente? Y, ¿sabrán los demás a qué nos referimos con el término *emotiva*? Podemos suponer que sí, que todos compartimos cierta intuición sobre lo que significa esta afirmación. Y si yo le cuento la siguiente historia, ¿usted qué pensaría?: Dejé a un grupo de compañeros durante la comida para ir a la oficina a responder a una conferencia telefónica. Mientras me dirigía a la barra a pagar la cuenta, tuve una experiencia no emotiva. ¿Qué significa esto? Bueno, podemos pensar que no sucedió nada «emotivo». Bien. Entonces, ¿qué significa? Y si luego digo que mientras iba a la barra a pagar una mujer me llamó por mi nombre y me dijo «Dan, ¿eres tú? Soy Sara Smith». ¿Es esto una experiencia emotiva? Si no conociera a Sara (o si la conociera), ¿cómo podría este hecho convertir este momento en emotivo? Bueno, resulta que Sara es la viuda de mi primer psicoterapeuta (en realidad, esto me ha sucedido realmente hace un rato). Estaba sentada almorzando con su nieta, y decidí llegar tarde a la conferencia telefónica para aprovechar este momento emotivo único y conectar con ella y decirles a las dos qué hombre tan fantástico y qué buen terapeuta fue el doctor Smith para mí. Los ojos de Sara se han llenado de lágrimas y los de su nieta de orgullo y añoranza. Yo también he sentido una ola de sensaciones en mi cuerpo, en mis ojos, una sensación de tristeza y de gratitud y apreciación por el hecho de que Sara me hubiera llamado, y una sensación de transformación, de ser distinto a cuando me dirigía por primera vez hacia la barra a pagar la cuenta. Esta sensación de transformación tenía la cualidad casi indescriptible de que la disposición de mi ser era ahora distinta, de algún modo me ha cambiado, y es probable que marque este momento de mi vida en mi memoria como un acontecimiento significativo, algo en lo que puede que piense durante años, o una historia que puede que cuente a los demás, quizás a usted. La transformación se percibe como si la arquitectura básica se estuviera remodelando, en lugar de poner algún mueble nuevo en la casa o de cambiarlo de habitación. Se produce un cambio estructural profundo, aunque sea bastante sutil, que altera la columna vertebral de la existencia. No seré el mismo tras esta experiencia, algo en mí ha cambiado, la conciencia del paso del tiempo, de la terapia con el doctor Smith, de los cambios en él, en su enfermedad, su muerte, de toda su mortalidad, del joven centelleo en los ojos de su nieta, la tristeza en los de Sara.

Así pues, encontrarme con las dos mujeres en el restaurante fue emotivo. Todos podríamos estar de acuerdo con esto. Aquí, el término *emoción* y sus derivados están reflejando algo muy potente, algo universal, algo en lo que nos podemos poner de acuerdo al usar este término en este ejemplo. Pero, ¿qué convierte este encuentro en emocional? ¿Qué *es* la emoción?

Esta historia suscita una primera cuestión: la emoción no es un sustantivo, sino más bien un verbo. Puede ser útil considerar la idea de que la emoción es un verbo por un momento. Las palabras y conceptos relacionados con la emoción son procesos activos, no entidades fijas. Ver la emoción como un verbo abre nuestra mente hacia un mecanismo fluido y en movimiento que actúa, cambia, transforma.



Bien. Pero, ¿qué es la emoción, aunque sea un verbo? Podemos consultar varias opiniones y resumir los diferentes enfoques de la ciencia y la experiencia clínica y decir que, en realidad, existe poco consenso, incluso entre algunos de los científicos y clínicos colaboradores de este libro, en torno a la definición de la palabra *emoción*. En función de la historia más amplia de la disciplina científica en particular, la emoción se puede ver como un proceso que une a la gente (antropología, sociología), una parte fundamental de la continuidad que conecta a una persona a lo largo del desarrollo (investigación del apego, psicología del desarrollo, psicopatología del desarrollo), o el modo en que el cuerpo en sí (nuestra fisiología somática) está conectado con el cerebro y coordinado con sus diferentes capas (la neurociencia con sus ramas en la neurociencia afectiva y social especialmente).

Como observará, existe un tema secundario inherente en cada una de estas diferentes historias de la ciencia. El término *consiliencia* se refiere a la búsqueda de principios comunes entre diferentes disciplinas. Tras intentar recopilar material de diferentes ciencias para poder terminar escribiendo *The Developing Mind* (1999), me frustraba esta falta de convergencia en las definiciones. Parecía que nunca podría terminar de escribir el libro o el capítulo con una visión general de la emoción porque no había acuerdo sobre lo que es la emoción. Sentí incluso que el proyecto se desmoronaría, o que me vería abocado a intentar escribirlo durante cinco años más, con la consiguiente amenaza a mi bienestar matrimonial (en mi cabeza) o a mi sensación de equilibrio. Pero fue un momento emocional. Seguro que algo tan básico como la emoción debía de tener alguna definición común con la que todos pudiéramos estar más o menos de acuerdo. Afortunadamente, un concepto (no identificado directamente sino señalado indirectamente por cada una de las diferentes disciplinas) empezó a quedar claro en este viaje de descubrimiento de lo que es realmente la emoción. El hallazgo consiliente que surgió de este esfuerzo es el de la «conexión» o «vinculación» de los diferentes elementos en un todo funcional. *El término lingüístico que utilizamos para la unión de partes diferenciadas en un todo funcional es la palabra integración.*

Aunque la ciencia y la subjetividad narran la historia de la «emoción» de maneras muy distintas, podemos ver que la visión científica consiliente puede ser la perspectiva común, aunque no afirmada, de que *la emoción es integradora*. Lo que esto significa, literalmente, es que la emoción, los procesos emocionales, la regulación de las emociones, las relaciones emocionales, las experiencias emotivas, los acontecimientos emocionalmente significativos, el desarrollo emocional y el bienestar emocional implican en todos los casos integración. No es que la emoción lleve a la integración. Lo que estoy sugiriendo aquí es que la emoción *es* integración. Así, por ejemplo, una experiencia emocional es una experiencia que cambia nuestro estado de integración. El desarrollo emocional promueve la integración. El bienestar emocional revela a una persona integrada. Podemos aumentar la integración en casos de acontecimientos emocionalmente significativos y cuando nos sentimos bien emocionalmente. Del mismo modo, podemos reducir la integración cuando estamos emocionalmente consternados o mal. La emoción es el cambio de estados integrativos: en ocasiones, la integración se

mejora, en otras se reduce. Aquí podemos ver la naturaleza verbal de la emoción: un cambio en el estado de integración.

Esta propuesta es, efectivamente, un conjunto de palabras que crean otra historia, que explica y no describe. Es una historia consiliente (encontrar las visiones ocultas pero compartidas de diferentes disciplinas) y es una interpretación de la ciencia y de nuestras descripciones subjetivas. Me pregunto: «Dan, ¿por qué has incluido esta perspectiva sobre la narrativa ahora, cuando estás construyendo toda esta visión sobre la importancia de la descripción directa de abajo hacia arriba de la experiencia y ahí estás, dando un modelo mental de arriba hacia abajo? ¿Por qué no lo has dejado para más adelante en el capítulo?». No estoy seguro. Pero sigan conmigo por ahora; quizás esta visión de la emoción como integración, la unión de diferentes componentes de un sistema, nos ayude a ampliar e iluminar otras historias que podemos tener. E incluso la sensación dentro de mí mientras escribo esto es la de miedo de que abandonen el barco, diciendo «Este capítulo es extraño, menuda pérdida de tiempo», y por eso he querido presentar ahora, más bien al inicio, la esencia del capítulo, el mensaje con el que se deben quedar, para que les apetezca seguir con la experiencia, pensando que valdrá la pena seguir con ella. Estoy lanzando un llamamiento emocional, una invitación a unir su mente con la mía, a integrarnos juntos. Incluso este «llamamiento emocional» se puede reformular como un «llamamiento integrativo». Creo que si yo estuviera leyendo esto, mis propios circuitos lógicos agradecerían estas conclusiones aquí, al principio, y luego estaría más dispuesto a ser más vulnerable a la experiencia cruda y directa: tendría un marco lógico dentro del cual podría abandonar temporalmente toda lógica. Así pues, existe una razón emocional por la que he presentado la idea clave de la historia aquí: quiero invitarle a integrar esta idea en su punto de vista. Es como el refrán que dice que para creer hay que ver. Una vez se puede afirmar el patrón, podemos ver la imagen en la foto. Sin la identificación del patrón, su organización subyacente permanece invisible para nosotros debajo de las capas de unas dimensiones aparentemente dispares de esto que llamamos *emoción*.

Para mis estudiantes, y para mí mismo en la última década, este enfoque de traducir el uso del sustantivo poco definido pero habitualmente llamado *emoción* como el verbo de la *integración* ha sido sumamente potente. Un objetivo de este capítulo (aparte de invitarle a explorar juntos la experiencia directa) es proponer una definición precisa del término *emoción*: la emoción (verbo) es integración. Las experiencias emocionales implican cambios dinámicos en la integración. En realidad, esta nueva perspectiva nos ayuda a ver a qué nos referimos con este término y qué podemos hacer para promover el «bienestar emocional».

Avancemos y veamos cómo se siente al hacerlo.

## Ser conscientes de la emoción

En este capítulo, le pido que intente ser plenamente consciente (tener la mente abierta, de forma intencionada y abierta) de la emoción. Esto significa que intentamos intencionadamente observar las categorías que conforman nuestras ideas preconcebidas sobre cómo estructuramos nuestras percepciones. Evitamos las categorizaciones prematuras, llegamos a una experiencia con una sensación emergente de novedad y frescura, y permanecemos atentos a nuestro estado de intención y con el enfoque específico de la conciencia. Esta postura consciente nos permite ver más directamente la verdadera naturaleza de la realidad, aceptando que gran parte de lo que da forma a nuestras percepciones está por debajo del radar de nuestro conocimiento consciente. Esta conciencia plena también nos permite liberarnos más de las categorizaciones lingüísticas que limitan nuestra visión del mundo. Ser conscientes de la emoción significa identificar las creencias antiguas y no usar esas perspectivas para poder ver las cosas como son con más claridad, viveza y detalle. Naturalmente, mucho de lo que sucede en nuestro cuerpo, incluyendo nuestros procesos neuronales en el propio cerebro, no forma parte del conocimiento consciente. Sin embargo, estar abiertos a esas experiencias fisiológicas es una posición intencional que podemos adoptar: abrimos a aquello que surja, conocedores de la naturaleza limitada de la conciencia y de las explicaciones de base lingüística, parándonos antes de juzgar y estando receptivos en lugar de reactivos.

Incluso con una postura abierta que incluya la reflexión sobre el ámbito interno de la experiencia, nuestras historias no conscientes pueden conformar el modo en que percibimos el objeto de nuestra atención (en este caso, la experiencia de la emoción). Ser plenamente consciente implica más que simplemente ser consciente. Al centrar la atención, pongamos, en nuestra experiencia de lo que significa la palabra *emoción*, podemos dejar que las capas de aprendizajes anteriores que filtran nuestra experiencia también entren en la conciencia. De este modo, los pensamientos interiores, los sesgos perceptuales y las interpretaciones de la experiencia en bruto dentro del lenguaje de la explicación se convierten en el centro de nuestra atención. Pero debemos hacer una distinción útil en este viaje. Observe la diferencia en la experiencia interna que emerge cuando vemos estas dos palabras: *descripción* frente a *explicación*. Podemos intentar describir nuestra experiencia, cómo nos sentimos, el ritmo de las cosas que percibimos, dónde experimentamos cosas en nuestro cuerpo, en el «espacio de la mente» o incluso en nuestras relaciones interpersonales. Son los habituales elementos descriptivos «qué, cuándo, dónde y cómo», distintos de la búsqueda favorita y más predominante del hemisferio izquierdo organizado lingüísticamente de «por qué». El lado izquierdo de nuestra corteza parece especializarse en las explicaciones causa-efecto del razonamiento silogístico tan codiciado en la ciencia, y en las escuelas, y quizás en la sociedad moderna en general. Por ahora, dejemos a un lado los porqués de la *explicación* de las conexiones causa-efecto, esta esencia del razonamiento silogístico dominante del hemisferio izquierdo. Ahora profundicemos en la descripción. Con un poco de suerte, también podemos entrar en el ámbito de una definición más abierta de lo que es realmente la

emoción. Al final, vamos a entremezclar la totalidad de nuestra experiencia con los modos perceptuales del hemisferio izquierdo y derecho para lograr una sensación integrada de nuestros mundos interiores.

Permítame sugerir que en la Serie Norton, incluyendo este volumen editado sumamente rico, *The Mindful Brain* (Siegel, 2007) y *The Developing Mind* (Siegel, 1999), hay muchas explicaciones científicas y referencias para culminar el sueño del hemisferio izquierdo de explorar el «por qué». Como estos trabajos publicados ya están disponibles, en este capítulo vamos a intentar ceñirnos más estrictamente a la experiencia, usando el papel descriptivo de las palabras inicialmente, para luego ver si pueden emerger conceptos más amplios como marco explicativo. Intentemos hablar directamente aquí: yo a usted y usted a mí, imaginando su posible respuesta a estas experiencias y nociones.

## La ciencia y la historia de la emoción

Si sigue leyendo, supongo que significa que se apunta a la experiencia de analizar de frente la cuestión de «¿qué es la emoción?». Puede que algunos lectores se hayan detenido al inicio del capítulo, buscando una visión más centrada en la lógica, en la ciencia o lingüística. Espero que piense que, aunque este enfoque sea distinto del habitual, correr el riesgo de vivir la experiencia de este capítulo vale la pena. ¿Y cuál es el riesgo? ¿Cuán vulnerables somos cuando intentamos describir la experiencia directa en lugar de basarnos en una explicación lógica? Un riesgo es que debemos ser sinceros con nosotros mismos. Otro es que debemos estar abiertos a lo que es, en lugar de basarnos en lo que ha sido definido por otros. Nuestras cortezas están estructuradas para organizar la percepción basada en los aprendizajes anteriores. Estar abiertos a nuevos aprendizajes, a explorar un término antiguo como *emoción* con una mirada fresca, requiere un enfoque intencional y una energía decidida. Veamos cómo se despliegan la experiencia directa y la descripción en nuestra búsqueda de la respuesta a la pregunta «¿qué es la emoción?».

Si percibir la experiencia directa requiere una reflexión hacia dentro, ¿qué sucede si mirar hacia dentro nos lleva a no encontrar nada? ¿Qué pasa si miramos hacia dentro y encontramos sólo un vacío? O ¿qué debemos hacer si sentimos dolor, o confusión, o simplemente capas internas sosas, poco emocionantes, aburridas y planas, de tonos pálidos y apagados, de una existencia sin significado? Éste es otro de los riesgos de un enfoque basado en la experiencia directa. Vale más fiarse de las opiniones de los expertos, basarse en los datos y en los consensos de algunos grupos, que el proceso más arriesgado de mirar dentro y ver las cosas con una nueva mirada. ¿No sería más «seguro» aferrarse simplemente a la ciencia? ¿No resulta más cómodo o más noble que la investigación nos respalde que decir algo como «Tengo una sensación en el estómago que diluye mi conciencia de un modo que casi no puedo articular»? Y, ¿acaso esta sensación es emoción?

## Integración y la sensación subjetiva de las sensaciones

Piense en un momento de su pasado reciente en el que se haya emocionado. ¿Cómo fue para usted la experiencia? ¿Cómo influyó su estado en los demás en ese momento? ¿Qué sucedió antes de que se emocionara? ¿Cuál fue el resultado de esa experiencia emocional?

Estas preguntas se pueden formular al respecto de un acontecimiento menor, como ver una puesta de sol, o no verla, justamente. Mi esposa me llamó por teléfono la noche pasada y me preguntó si quería ir a ver la puesta de sol sobre el mar cerca de donde vivimos. Nuestro hijo había salido, y supuse que se habría llevado el coche que ambos compartimos. De hecho, había estado pensando en comprarme un coche para mí tras dos años de ir a trabajar en bicicleta mientras él llevaba a su hermana a la escuela. Así que le dije que no a mi esposa, respondiéndole que no podía ir a ver la puesta de sol porque no tenía coche. Pues bien, resulta que ella y mi hijo vieron lo que ambos afirmaron que fue la puesta de sol más fantástica de toda su vida. En este sentido, ahora mismo, mientras me dirijo a dar clase en Vancouver, he mirado por la ventana y he visto una fabulosa explosión de rojos, azules y violetas al girar la Tierra y bajar el sol. Ahora mismo, estoy bastante emocionado. ¿Qué es la emoción? En varios sentidos, no hay palabras para definir lo que estoy sintiendo en mi idioma. Podría decir algo como «nostalgia» por el presente con una sensación de anhelo de conectar con mi esposa y mi hijo y compartir con ellos la conciencia del paso del tiempo en las gloriosas tonalidades del arcoíris de la naturaleza. ¿Y qué le diría esto a usted? ¿Qué es esta «emoción», mientras la estoy sintiendo? Ésta es una elaboración de la historia que la conecta con el ritmo de este capítulo: cuando me di cuenta de que el coche estaba realmente en la autopista y que podía conducirlo, me sentí frustrado conmigo mismo por haber supuesto que no tenía medios de ir a la playa. No había estado abierto al modo en que eran las cosas, sino que hice un juicio, aferrándome a una expectativa establecida previamente. No estaba en un estado de conciencia plena.

Todo este relato es una historia de integración y de falta de ella: no pude compartir esa experiencia romántica con mi esposa, me vi absorbido por mis propias preocupaciones sobre el coche y por tanto no comprobé si realmente estaba disponible, y mi deseo interno de compartir esta transición del día a noche con mi esposa no se cumplió. Y al día siguiente, tenía que irme de viaje a Canadá. Fue una experiencia emocional, porque estuvo repleta de cuestiones relacionadas con la integración, o la ausencia de ésta. Ella, como persona diferenciada, no pudo vincularse conmigo. La integración falló. Y, por lo tanto, podemos ver esta historia como otra ilustración de la «emoción» que ocurre cuando nuestro estado de integración se ve alterado significativamente, aumentado o reducido.

Más allá de una experiencia emocional sutil como ésta, a menudo podemos basarnos en acontecimientos traumáticos más intensos del pasado para explorar el recuerdo de la emoción. Aquí vemos cómo la sensación de una experiencia que es abrumadora bloquea nuestra sensación de coherencia interna. Nos sentimos consternados, bloqueados,

aterrorizados, hechos añicos. En este estado interno en añicos, varios elementos de la memoria están literalmente separados entre sí. Las modalidades perceptuales pueden estar aisladas, como la vista del oído, o el tacto del olfato. En el trauma interpersonal, podemos sentirnos traicionados cuando la persona con la que esperamos poder contar nos hace daño o nos abandona. Esta traición, en su núcleo, es una integración interpersonal reducida.

Un ejemplo clínico puede ilustrar esta idea. Una paciente de 25 años que vino recientemente a terapia para tratar su ansiedad relacionada con su novio llegó a su tercera visita muy afligida. Después de empezar a quedar con él y de mantener una relación romántica, dudaba si seguir con él porque él la presionaba para mantener relaciones íntimas. Una noche lluviosa, el día antes de nuestra visita, en su apartamento, se notó «escurridiza» y perdida en lo que parecía ser un sueño: tuvo la sensación de que había abusado sexualmente de ella y quedó desorientada y confusa, sin saber dónde estaba, perdida en un *flashback* de un acontecimiento que no podía recordar. La vi al día siguiente, y en la sesión parecía desaliñada, distante, desorganizada. Al ir desplegándose los recuerdos de la noche anterior, volvió a un estado de inmersión en una serie aterradora de sensaciones físicas dolorosas. En ese recuerdo traumático, tenía la percepción del tiempo y del yo alterada, desintegrada, a medida que los elementos generalmente unidos de su conciencia y su memoria se iban revelando. Este *flashback* «emocionalmente angustiante» estaba repleto de elementos de desintegración (en la memoria, en su conciencia del tiempo y del espacio, en su capacidad de estar en el momento presente). Fue un momento emocionalmente significativo en su vida, en su terapia y en su entrada en el proceso integrativo de curación.

La definición de la experiencia emocional como un cambio en la integración también nos revela que ocurre algo «emocional» cuando se mejora la integración. Cuando nuestro estado interno alcanza unas configuraciones más integradas, podemos tener una «experiencia emocionalmente significativa». Mi encuentro con la viuda y la nieta de mi antiguo terapeuta revela este tipo de experiencia. Asimismo, cuando los efectos desintegradores del trauma y la pena se sanan, podemos ver que la integración mejora. La sanación es integración, la psicoterapia es una integración facilitada catalizada por la relación entre dos personas. Como veremos pronto, la integración se encuentra en el centro de una mente coherente y de una vida armónica. De este modo, podemos ver que solemos usar el término *emoción* o *emocional* en momentos en los que el estado de integración está alterado, cuando el grado de diferenciación o conexión de los componentes de un sistema como el cerebro o nuestras relaciones cambia, y como resultado de ello cambiamos nosotros.

Imagine a alguien con quien se sienta emocionalmente cercano. ¿Qué contiene realmente esa relación que le lleve a usar ese término descriptivo? Para muchas personas, estas relaciones significativas y gratificantes incluyen la esencia de dos personas entrelazadas. Nos sentimos seguros y vistos. Sentirse seguro va de la mano con estar receptivo y relajado, abierto a los demás y a nuestra propia experiencia a medida que se va desarrollando. Ser visto nos da la sensación de ser reales, de estar conectados, de no

estar solos. Cuando estamos seguros y somos vistos, cuando tenemos la sensación de «sentirnos percibidos» y ser psicológicamente tenidos en cuenta por el otro, desarrollamos una sensación de seguridad interior. En varios sentidos, hemos conectado la mente diferenciada del otro dentro de la nuestra: hemos integrado una relación segura en el tejido de nuestra psique.

Lo opuesto a estos estados de cercanía emocional puede ser sutil o severo. Puede incluir sentirnos inseguros y apartados, reservados, evitados. Cuando no somos vistos, podemos terminar sintiéndonos aislados y solos. Si no somos vistos en un momento de activación intensa (de alegría y entusiasmo o de tristeza, miedo, ira o aflicción) entonces podemos sentir un estado de remordimiento. Nuestra mirada se gira hacia otro lado y podemos sentir un peso en el pecho y náuseas en el estómago. Incluso podemos tener una idea interna de nosotros mismos como si fuéramos defectuosos e incapaces de ser amados. Clínicamente, podemos ver este conjunto de sensaciones como el estado de remordimiento en el que una coordinación específica de procesos fisiológicos se fusiona dentro de este «estado emocional». Estas emociones categóricas sirven para organizar nuestro sistema, incluso en estados sincronizados de integración global reducida. Sé que puede parecer contradictorio, pero confíe en mí. Las emociones categóricas (los estados típicos de miedo, ira, repugnancia, alegría, sorpresa, tristeza y remordimiento) tienen patrones de encendido neuronal característicos que se manifiestan y se organizan. Son estados afectivos cohesionados: se unen. Sin embargo, puede ser que ciertos estados (por ejemplo, el remordimiento) limiten nuestro grado de libertad. Así que, mientras que estas emociones estén organizando nuestro sistema, y por lo tanto cambiando nuestro grado de integración, en ese caso estarían reduciendo el nivel de integración logrado. Podemos sugerir que estas reducciones incluyen las incómodas emociones que pueden servir para paralizar nuestros pensamientos, distorsionar nuestras percepciones o encarcelar nuestros comportamientos. Para las personas que sentimos este remordimiento, este esclavismo del concepto de uno mismo y las interacciones dirigidas al otro nos bloquea dentro de patrones de comportamiento rígidos, y quedamos atrapados. Dentro de la terapia, esta sensación subyacente de yo defectuoso puede emerger y convertirse en el centro directo de atención.

Aquí vemos que los patrones fijos de pensamiento, percepción, sensación y acción organizan una forma de estar en patrones «poco saludables» derivados de experiencias anteriores de poca integración. La organización persistente de estos estados les hace parecer *cohesivos* (un estado que no se debe confundir con el del estado integrativo de *coherencia*). En la cohesión, los elementos se unen y pueden ser o no adaptativos. Pueden verse como nuestros estados del yo, nuestros estados repetitivos de la mente, y nuestras emociones categóricas descritas anteriormente. En el caso del estado cohesivo de remordimiento, el resultado es la rigidez. Con una mayor integración, emerge un estado de coherencia marcado por una sensación de fluidez y flexibilidad. La diferenciación de dos personas que luego se unen como un todo funcional, en un «nosotros», ilustra esta armonía coherente de un sistema integrado.

¿Y el amor como emoción? Sí, también podemos ver el amor como una forma de



integración. Cuando sentimos amor por otra persona, todo nuestro ser anhela conectarnos con esa persona en cuerpo y mente. Mostramos afecto a través del tacto, mediante la resonancia de dos mentes, a través de la expresión de nuestra intención de buena voluntad, compartiendo una bondad amorosa. Todo eso son reflejos de integración realzada.

## El río emocional que fluye entre el caos y la rigidez

Analicemos la sugerencia fundamental de que *la emoción es integración*. Podemos sugerir que cuando los términos *emoción* o *emocional* se usan en sus distintas combinaciones, el individuo es muy probable que se refiera a cambios en el proceso de integración (conexión de los diferentes elementos de un sistema entre sí). Naturalmente, la gente no suele pensar en el proceso de la emoción como una integración. En lugar de eso, pensamos en sensaciones que nos invaden, que llenan nuestra conciencia, que son el tema de conversación, el centro de la terapia, que rellenan novelas y películas. Pero me gustaría sugerirle que considere el término *emoción* y que lo use en su propia experiencia. ¿La traducción de la emoción como integración le funciona? Cuando una experiencia es emocional, ¿nota que el grado de integración en el sistema en el que se encuentra cambia (aumenta o disminuye)? Así, la emoción es una ventana hacia algo cambiante. La psicoterapia es inherentemente una oportunidad emocional en la que podemos ayudar a promover un cambio duradero cultivando la integración en la vida de la persona. Pero, ¿cuáles son esos cambios de emoción? ¿Cómo sabemos si son buenos, malos o irrelevantes? La ciencia nos ofrece un marco subyacente que describe y explica la centralidad de la integración en el funcionamiento de sistemas como la mente, el cerebro, las relaciones, las familias, las escuelas y las comunidades. La teoría de la complejidad ofrece una visión matemática de estas cuestiones y de la importancia de la integración. Cuando un sistema abierto es capaz de mostrar un comportamiento caótico, lo llamamos «sistema dinámico complejo». Estos sistemas complejos incluyen las nubes, la mente, el cerebro o una relación. Se los considera *no lineales* en el sentido de que pequeños *inputs* pueden llevar a grandes e imprevisibles cambios en el sistema. Como tales, los sistemas no lineales se mueven a través del tiempo, y su comportamiento se rige por un proceso autoorganizativo. La autoorganización mueve el sistema hacia la maximización de la complejidad. Esta idea extraña y no intuitiva puede volverse más accesible si leemos los detalles de las predicciones de esta teoría de la complejidad: cuando un sistema conecta sus diferentes elementos entre sí, logra la máxima complejidad. Éste es el papel principal de la integración al mover el sistema hacia un estado único. Con este estado integrativo de complejidad máxima, el sistema es lo más flexible, adaptativo y estable posible. Cuando leí esto por primera vez, me caí de la silla y pensé: «¡Menuda definición elocuente del bienestar!». Si seguimos leyendo, vemos que este flujo hacia la complejidad máxima ocurre con la integración y, de hecho, logra las cualidades que podemos recordar con el acrónimo FACES (por sus siglas en inglés): flexible, adaptativo, coherente, enérgico y estable.

Así, este punto de vista da lugar a una definición elemental del bienestar emocional como un sistema integrado. Y ¿qué sucede cuando la integración se reduce, cuando no se promueve la complejidad máxima? Cuando el sistema no está integrado, revela rigidez, caos o ambas cosas. Por ejemplo, si estamos emocionalmente afligidos, la integración se reduce y entramos en estados de rigidez, caos o ambas cosas. Incluso una consulta aleatoria del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* revela que

cualquier síntoma de los «trastornos emocionales» tiene este perfil. Esta revisión sugiere que podríamos considerar la integración como el núcleo del bienestar que crea un estado flexible y adaptativo. Este flujo de una mente coherente es un río limitado por la rigidez por un lado y por el caos por el otro, dándonos un nuevo enfoque hacia la evaluación de la salud emocional. Tomamos el «pulso» de la integración valorando los parámetros de rigidez-caos en la vida de una persona o de una relación. Las personas, en diferentes momentos de su vida y en diferentes contextos, revelan caos o rigidez o revelan la armonía del flujo de FACES. El caos se puede ver como arrebatos de afectos inestables, pensamientos intrusivos, comportamientos impulsivos. La rigidez se puede revelar como patrones repetitivos de pensamientos o comportamientos inflexibles, formas bloqueadas de relacionarnos con los demás, hábitos autodestructivos. Se pueden revelar combinaciones de caos y rigidez en las alteraciones de la autorregulación y en funciones como el pensamiento o el control de la atención.

¿Y cómo es un sistema integrado? En el centro de este flujo integrado de FACES, se encuentra el término *coherencia*, que también representa un acrónimo (*coherence*, por sus siglas en inglés) de sus propias características: conectado, abierto, armónico, implicado, receptivo, emergente (algo fresco y nuevo), noético (una sensación de conocimiento auténtico), compasivo y empático. Estas cualidades ayudan a describir la naturaleza de una vida bien vivida, una sensación de exuberancia y vitalidad, un estado de flexibilidad y apertura. Éste es el flujo armónico de un sistema integrado.

En cambio, considere las veces en que se ha podido sentir emocionalmente mal. ¿Qué sentía en esos estados? Para mí, quizás a través de las lentes sesgadas y distorsionadas de mi visión de arriba hacia abajo de la emoción como integración, estos momentos encajan en esta visión de caos o rigidez. La experiencia y el concepto son los siguientes: un estado integrativo se mueve como un río con un flujo coherente y armónico limitado a cada lado por las orillas del caos y la rigidez. El trauma es un buen ejemplo de una limitación en la integración (un bloqueo del bienestar emocional). Como vimos en el ejemplo de la paciente de 25 años descrito anteriormente, los estados no resueltos pueden ser propensos a los recuerdos y las imágenes intrusivas. También podemos caer en estados rígidos de evitación y retraimiento. En varios sentidos, el trauma no resuelto revela una mente que se mueve fuera del flujo central integrativo de coherencia. Pero, ¿qué fluye realmente en este flujo de bienestar?

## El flujo FACES de la integración

La salud emocional se puede ver como una forma de resiliencia en la que un sistema integrado (nuestro sistema nervioso, nuestras relaciones, nuestras mentes) se mueve en un flujo concreto. Como hemos visto, este flujo se puede describir como flexible, adaptativo, coherente, enérgico y estable (es decir, FACES, por sus siglas en inglés). Algunas regiones del cerebro participan en la creación de este estado integrado que relaciona áreas muy separadas entre sí. Estas regiones son, literalmente, integradoras en el sentido de que físicamente conectan entre sí áreas diferentes, a menudo anatómicamente distantes, a través de enlaces sinápticos. Cabe notar que las regiones integradoras también desempeñan un papel en la autorregulación, y estas áreas pueden seguir creciendo en la edad adulta. Y, además, se ha descubierto que el trauma y el abandono infantil limitan el crecimiento de las fibras integradoras del cerebro.

Un ejemplo importante de región integradora regulatoria es la parte más frontal del lóbulo frontal del neocórtex: la corteza prefrontal justo detrás de la frente. El área media de esta región prefrontal une literalmente el flujo de información y de energía de la corteza con las regiones subcortical, del tronco encefálico y somática. La región prefrontal también crea representaciones de otras mentes, de otros estados de los sistemas nerviosos, de modo que podemos añadir el ámbito social a la lista. La unión de las representaciones sociales, somáticas, del tronco encefálico, límbicas corticales en un todo funcional es un fantástico ejemplo de lo que queremos decir con *integración neuronal*.

Y aquí vemos que las regiones neuronales consideradas esenciales para las funciones ejecutivas y para la autorregulación son inherentemente integradoras. Podemos proponer que las regiones integradoras (las que unen áreas ampliamente distribuidas y diferenciadas entre sí) permiten lograr una coordinación y un equilibrio en el sistema nervioso. La «regulación de los afectos» se logra a través de la coordinación y el equilibrio de varias áreas de nuestros sistemas nervioso y social mediante las fibras integradoras del cerebro. La coordinación implica el encendido sincrónico de las capas del sistema nervioso para permitir realizar las funciones complejas. El equilibrio implica el aumento de las actividades de algunas regiones con la reducción simultánea de otras. Entre los ejemplos de esta coordinación y equilibrio en el sistema nervioso, figuran la función del área prefrontal media al equilibrar la aceleración de la rama simpática del sistema nervioso autónomo con la deceleración de la rama parasimpática o de los frenos. En los hemisferios, las fibras integradoras del cuerpo calloso permiten que las áreas homólogas (o correspondientes) de la derecha inhiban el encendido de esa área en el hemisferio izquierdo. Con la coordinación y el equilibrio, las regiones integradoras contribuyen a las funciones reguladoras de nuestro cerebro, cuerpo y relaciones con los demás.

Esta perspectiva sobre la integración también suscita una importante dimensión de nuestra experiencia interna. Hemos considerado la idea de que la emoción es un verbo, no un sustantivo. La integración es un proceso activo de cambio que evoluciona con el

tiempo. Está compuesto por dos procesos dinámicos fundamentales: la diferenciación de los componentes de un sistema y luego su unión con el tiempo. Esta conexión e interconexión por capas permiten que la coordinación y el equilibrio muevan un sistema con el tiempo, al ir logrando una flexibilidad dinámica y armónica en su funcionamiento. Así es como se puede ver la integración como el núcleo de la salud, en un cuerpo, un cerebro, una mente, una relación o un grupo o en una comunidad o una sociedad. Cuando «procesamos emocionalmente» algo dentro de estos niveles de experiencia, estamos modificando el estado de integración de nuestro sistema.

## La mente no definida

Pero, ¿qué elementos del sistema están diferenciados y unidos? Podemos percibir el flujo de algo, pero ¿qué es? Observe cómo se siente al leer esta palabra: ¡SÍ! ¿Qué percibe en su experiencia? Ahora lea lo siguiente y vea si siente algo diferente: NO... No... No... Puede que perciba alguna diferencia en la calidad de la energía que fluye a través suyo. Así pues, el flujo de energía, algo que incluso a los físicos les cuesta definir pero que podemos sentir directamente, forma parte de la dinámica de la integración. Y ¿qué más? *Sí y no* llevan incluida información. Son símbolos lingüísticos de algo más que ellos mismos. Puede que haya experimentado varias sensaciones corporales al leer las palabras, luego imágenes, sensaciones e incluso pensamientos. Son experiencias diferentes que contienen información, como la de una imagen o la de una idea basada en una palabra. Si vio el color rojo al leer «No», debe saber que no hay nada rojo en su mente, sólo la representación informativa del color.

Ahora llegamos a un elemento central de todo este enfoque: la mente. He aquí un hallazgo extraño e incómodo de la investigación: en la formación de más del 95 % de 77.000 terapeutas, no se les ha dado ninguna definición de la mente. Lo he comprobado en conferencias en todo el mundo. En cada una de las diferentes disciplinas de la práctica de la salud mental existe una extraña ausencia de definiciones. ¿Qué es lo «mental» o lo relativo a la «salud» de lo que estamos practicando? En la neurobiología interpersonal, hemos tenido la oportunidad de aprender que una definición básica de la mente puede ser un punto de partida útil. *La mente se puede definir, en parte, como un proceso relacional e integrado que regula el flujo de energía y de información.* Esta definición fue útil para un grupo de estudio de más de 40 científicos reunidos durante 4 años para estudiar la relación entre la mente y el cerebro. Estas personas representaban más de una docena de ciencias y encontraron esta definición básica relevante en sus actividades individuales. Y en la práctica clínica esta definición nos ofrece un punto de partida compartido con el que definir la entidad en la que nos centramos e incluso después proponer qué podría ser una mente sana.

A medida que la energía y la información fluyen dentro del cuerpo-cerebro y en las relaciones, ocurren varios grados de diferenciación y de conexión. La integración es un proceso dinámico de la mente que emerge a medida que diferentes elementos de este flujo se van uniendo. De este modo, la emoción, definida como integración, revela cómo las sensaciones son la música de la mente, el patrón fundamental del flujo de energía y de información que está en el núcleo de nuestras vidas subjetivas. Podemos proponer que una mente sana es resultado de un flujo integrado en el que la música de nuestra mente logra un estado de armonía y coherencia.

## Tipos de emoción/integración

Se puede estar preguntando: «¿Qué piensa Dan de temas como los afectos universales que Darwin describió hace más de cien años?» o «¿Qué pasa con todo el tema de los estados motivacionales y la emoción que Jaak Panksepp y Steve Porges describen tan bien?» Y ¿qué sucede con el trabajo sobre la regulación de los afectos incluida en los aspectos relacionales de la comunicación emocional elocuentemente descrita por Allan Schore, Ed Tronick y Colwyn Trevarthen? ¿Y el trabajo clínico de pioneros como Diana Fosha, Pat Ogden y Marion Solomon, quienes usan las ideas del apego, el cuerpo y la centralidad de la emoción en el proceso terapéutico? (Ver los capítulos de este libro para conocer la visión de estos autores sobre este y otros temas relacionados).

He aquí un modo en el que podemos abordar estas importantes cuestiones. En el lenguaje común, el término *emoción* suele evocar la connotación de uno de los siete estados básicos que Darwin describió efectivamente hace un siglo. En ocasiones se llaman «emociones categóricas» e incluyen las conocidas sensaciones de alegría, sorpresa, miedo, ira, tristeza, repugnancia y remordimiento que hemos mencionado anteriormente en este capítulo. También se los llama «afectos universales» porque la expresión de estos estados internos (los afectos) se ha identificado en culturas de todo el mundo. Cuando un hallazgo es universal, en ocasiones lo vemos como una característica integrada, innata y genéticamente determinada. Otros afectos universales básicos que revelan un estado interno común también pueden incluir estados como el orgullo, la confusión, la rabia y la traición. Hay varios estados que una persona es capaz de experimentar que pueden ser fácilmente detectados por otras personas.

¿Cómo vemos estas expresiones afectivas universales a la luz de la sugerencia de este capítulo de que la emoción es integración? Ésta es la idea: cada una de estas emociones categóricas revela el modo en que creamos caminos comunes de encendido neuronal que unen estados de activación en un todo funcional que llamamos «estado emocional de la mente». Por ejemplo, los encendidos neuronales específicos que se agrupan para la ira son distintos de las áreas que se unen para la alegría o la tristeza. Cada emoción categórica es creada por una forma de integración (la unión de circuitos diferenciados) que está presente de forma característica para ese estado en particular. Una emoción categórica refleja este cambio organizado en el estado de integración del sistema. Incluso podemos ver cómo los estados de la mente de una persona en concreto se pueden percibir y luego dar pie a un estado similar en la respuesta fisiológica de otra persona. Esta forma básica de resonancia afectiva pueden ser los mecanismos subyacentes por los cuales dos personas diferentes se conectan. Pero observemos que no nos convertimos en la otra persona: integración no es lo mismo que homogeneización. Cada persona puede conservar la sensación de individuación incluso en presencia de una interconexión íntima. A través de las propiedades espejo inherentes en nuestro sistema nervioso, logramos entrar en resonancia con los estados de los demás, sin convertirnos en copias de ellos. Entonces, tomamos la información de este estado alterado de integración interpersonal y accedemos a ella a través de nuestra ínsula, el paso desde el mundo subcortical desde el

cual los afectos ascienden a los correlatos corticales de la conciencia. A través de este flujo desde las actividades perceptuales de las neuronas espejo hasta la resonancia subcortical-límbica-encefálica-corporal y luego de vuelta hacia la representación cortical es como logramos sentir las sensaciones de los demás, ser conscientes de nuestro propio estado interno como reflejo del mundo interno de la otra persona. A medida que subimos estos datos subcorticales vitales con la interocepción, la ínsula permite que nuestras regiones prefrontales reciban la información básica necesaria para crear imágenes del punto de vista de la otra persona en algo que llamamos «imaginación empática». De este modo, la conexión mediante la percepción afectiva cuerpo a cuerpo, corteza a subcorteza, subcorteza de nuevo a corteza, permite que se logre el estado integrado tan complejo de empatía.

Podemos ver que compartir estados afectivos, de resonancia emocional, es una forma fundamental de integración. Esta resonancia ocurre con expresiones no verbales sutiles de nuestro estado interno y de cómo son percibidas por los demás, creando la integración interpersonal. E incluso las emociones categóricas, con sus estados internos de encendido de la red neuronal y sus expresiones afectivas externas, son estados sumamente cohesionados que pueden ser compartidos entre las personas, identificados y etiquetados. Cuando los circuitos diferenciados se conectan, el grado de activación puede motivarnos a la acción, por lo tanto tenemos *e-moción*, en la cual el encendido integrativo nos motiva a movernos, a actuar, a comportarnos de un modo específico. Si estoy andando por la calle sin que pase gran cosa, pero luego veo a un viejo amigo y siento sorpresa y alegría, mi estado de integración ha cambiado, y ahora estoy «emocionado», y habrá sido una «experiencia emocionalmente significativa».

En el último día de Acción de Gracias fui a pasear con un viejo amigo, y durante nuestro largo paseo al lado del mar, empezó a llorar profusamente mientras estábamos hablando de temas como el significado de la vida y los momentos decisivos de nuestro desarrollo. En ese momento, la conversación indujo un cambio en la integración, y por consiguiente fue emocionalmente significativa. En cualquier momento de cambio, también existe el riesgo de salir del flujo FACES armónico que maximiza la complejidad con la integración. En este incidente, mi amigo se desplazó hacia el caos. Dijo que antes de ponerse a llorar, también notó cómo se cerraba (se ponía rígido) en nuestra conversación sobre el significado y el desarrollo y en nuestro análisis profundo de nuestra vida. A medida que nuestro flujo de energía y de información fluye, estamos en un proceso dinámico en el que los estados de diferenciación y conexión cambian para siempre. Al compartir estos estados y sus cambios dinámicos, al fundir la música de nuestra mente con la de los demás, nos abrimos a los cambios imprevisibles que nos recuerdan que todos somos sistemas no lineales complejos en un flujo perpetuo. Cuando estos estados se mueven de formas significativas, tenemos un «momento emotivo». Durante este tiempo de cambio, sin embargo, podemos pasar por períodos de desequilibrio en los que el flujo del sistema se aleja de la complejidad y va hacia la rigidez, el caos o una combinación de ambas cosas.

Mientras mi amigo y yo seguimos andando y hablando, sólo exploramos esta



cuestión. Permanecer presentes dentro de la conciencia a lo largo de los momentos que se desarrollan dentro de la rigidez o el caos permite que estos estados evolucionen en su proceso natural hacia un empuje inherente que la mente ejerce para la complejidad integradora. Este movimiento describe directamente la experiencia de la regulación de los afectos y su naturaleza interpersonal fundamental. *Como el flujo de energía y de información de la mente es tanto integrado como relacional, regular este flujo es tanto neuronal como interpersonal.* Logramos nuevos niveles de complejidad integradora actuando en nuestros mundos internos e interpersonales con el valor de transformar nuestro estado actual. En lugar de que ése fuera simplemente otro paseo matinal, mi amigo y yo acabamos transformados debido a la naturaleza integradora de la conversación. Podríamos llamarlo un «paseo emotivo» y, ahora que hemos llegado tan lejos juntos en este viaje, creo que podemos estar de acuerdo en que es sinónimo de una experiencia compartida de transformación integradora. Éste es el camino natural de la sanación, uno que mi amigo y yo pudimos explorar con la seguridad de nuestra compañía mutua.

Pero, a veces, nuestros caminos quedan bloqueados y nos encontramos atrapados en la rigidez o el caos como un patrón incrustado en nuestra vida. Tanto si tenemos un diagnóstico formal del *DSM* (que asombrosamente incluye esta noción de caos o rigidez a lo largo de sus páginas) o nuestro propio movimiento bloqueado, podemos ver cómo nuestra salud emocional depende de la integración.

## La música de la mente: nuestras emociones básicas o primarias

En *The Developing Mind* sugiero que una nomenclatura para los procesos que incluyen la idea de «emoción» es considerar los mecanismos básicos de la mente como los colores primarios del arcoíris. En ese texto, la mente se define como un proceso personificado y relacional que regula el flujo de energía e información. Este flujo de energía e información sucede todo el tiempo, y su textura, la música de la mente, se puede considerar como una «emoción primaria». Las capas de procesamiento que ocurren incluyen el siguiente esquema: (1) La atención es alertada, de modo que la dirección del flujo de energía e información se orienta hacia un patrón específico. Esto se llama *orientación primaria*. (2) Una vez que la mente está centrada en un modo concreto, el cerebro evalúa rápidamente si aquello a lo que se atiende es «bueno» y debería amplificarse, o «malo» y debería evitarse. A esto se le puede llamar *valoración*, y es la forma inicial en la que los circuitos evaluativos del cerebro crean significado. (3) Con el despliegue de la orientación y de la valoración, sigue un proceso de *activación* por capas en el cual el cerebro se integra (une diferentes regiones) para procesar de manera efectiva la información y realizar la representación conductual. Esta activación puede llevar a los estados emocionales universales clásicos descritos anteriormente, o a una configuración única de encendido que conecta diferentes regiones entre sí de un modo único (este estado único es la experiencia más común). Cuando cambiamos significativamente los estados integrativos, diríamos que hemos tenido una experiencia «emocional». Como la activación en sí misma no es un proceso unitario, los diferentes niveles de energía e impulsos hacia la satisfacción de la recompensa pueden tener diferentes grados de implicación en los diferentes estados de nuestra mente.

Con los estados universales menos frecuentes de emoción categórica y el despliegue más común de estados únicos de la mente, tenemos una noción compartida: la integración se está modificando significativamente. A medida que la mente regula el flujo de energía y de información dentro del cuerpo y entre las personas, podemos ver que el proceso dinámico es el *estado de la mente*. Explorados con gran detalle en *The Developing Mind* (1999), elaborados en *The Mindful Brain* (2007) y aplicados en la terapia en *Mindsight* (en prensa), podemos modificar estos estados de la mente con el centro de nuestra atención. En varios sentidos, las relaciones interpersonales seguras y la conciencia plena emplean un estado receptivo particular de la mente que promueve la integración y facilita las cualidades flexibles, adaptativas, coherentes, energizadas y estables del flujo de integración.

## Integración, visión de la mente y psicoterapia

Naturalmente, esta visión de la emoción como integración suscita la pregunta fundamental de qué hace el proceso transformativo de la psicoterapia para promocionar el «bienestar emocional». Si nuestra propuesta de que la emoción es integración es cierta, entonces podemos analizar con una mirada fresca la psicoterapia en general, y algunas formas específicas de intervenciones, incluyendo los enfoques basados en la evidencia, en particular, para ver si habría alguna consiliencia entre las modalidades de tratamiento que funcionan. En mi propio viaje personal esta última década enseñando a una gran variedad de asociaciones terapéuticas, ha sido gratificante e informativo comprobar que el concepto de integración ha sido saludado y aceptado como un mecanismo válido que ilumina la eficacia subyacente del trabajo de un gran abanico de grupos que se centran en las terapias individuales, de pareja, familiares y en grupo. Desde la terapia psicodinámica hasta el EMDR, el trabajo de Adler y de los sistemas familiares, el ver la integración en el centro del bienestar ilumina los diferentes mecanismos que están debajo de estos enfoques aparentemente dispares.

Los metaanálisis de la psicoterapia revelan que la relación psicoterapéutica «no específica» es la característica más robusta que conduce a la transformación en la psicoterapia. Cuando observamos en detalle estos criterios, queda claro que cada uno de ellos (desde la alianza terapéutica a la empatía pasando por la apertura al *feedback*) revela un aspecto de la integración en funcionamiento. Recordemos que la *integración* es un concepto muy específico, y no un término cualquiera del New Age californiano (creo que puedo afirmarlo siendo un californiano que todavía vive allí). La integración es la unión de diferentes partes. Dentro de las características comunes de la relación terapéutica, por ejemplo, la alianza es el modo en que dos personas alinean sus objetivos; la empatía es la forma en que el terapeuta está receptivo al estado interno del paciente y centra su atención en ese estado compartido; a través de la apertura hasta el *feedback*, el terapeuta atiende al *input* desde la valiosa perspectiva del cliente para que haya un reconocimiento explícito de que no existe ninguna «percepción inmaculada» y de que el terapeuta y el paciente/cliente son socios colaboradores en el viaje hacia la sanación. Estos aspectos de la terapia implican un proceso llamado «visión de la mente», en el cual alimentamos nuestra capacidad innata de percibir nuestra propia mente y la mente de los demás. De este modo, en el centro de la terapia efectiva, puede estar la capacidad de cultivar nuestra capacidad humana de empatía y percepción mientras promovemos unas relaciones más amables (tanto interpersonalmente como con nosotros mismos). La visión de la mente es un proceso interno e interpersonalmente integrativo.

Más allá de estos importantes aspectos integrativos de la relación terapéutica, también podemos proponer que la psicoterapia efectiva de cualquier tipo crea un cambio duradero modificando las conexiones sinápticas en el cerebro. Así es como estimulamos la activación neuronal y el crecimiento en el cerebro. Cuando acompañamos al paciente/cliente, el centro de atención conjunto estimula el encendido neuronal. Este estado de enfoque compartido modifica la activación neuronal de manera que las

neuronas que se encienden juntas se conectan utilizando los estados superiores de integración. No es sólo decir «cambiamos el cerebro queramos o no». En lugar de eso, podemos proponer que esta estimulación de la activación y del crecimiento promueve la sanación activando literalmente los grupos neuronales distribuidos anatómicamente y funcionalmente y conectando su encendido simultáneo de un modo que lleva al crecimiento en las fibras neuronales integradoras. Estas vías neuronales se conocen como *interneuronas* en regiones más localizadas, o pueden ser más largas e interconectar regiones más separadas e interconectadas. Estas neuronas integradoras se encuentran en diferentes áreas, como la corteza prefrontal, el hipocampo, el cuerpo calloso y el cerebelo. En los paradigmas de la investigación y en los contextos clínicos podríamos intentar explorar cómo el crecimiento de estas y otras fibras integradoras permiten a los sistemas de la persona (cuerpo, mente, relaciones) lograr un flujo FACES como forma de ser. Los marcadores de la no integración (caos o rigidez) serían nuestros indicadores mientras buscamos identificar y promover patrones de un mayor bienestar mediante un estado integrativo de armonía y coherencia.

Una perspectiva global que podríamos sugerir es que la comunicación interpersonal que atiende a las diferentes experiencias de cada persona y luego las une es una «comunicación integradora». Este tipo de comunicación relaciona las mentes diferentes a medida que la energía y la información se transmiten entre dos o más personas. Podemos ver este flujo de energía e información entre las personas como algo que estimula el flujo de energía e información dentro de cada persona de un modo que, en sí, es integrativo. Es decir, regiones dispares del sistema nervioso de la persona distribuidas por todo el cuerpo (lo que podemos llamar simplemente *Cerebro*, con C mayúscula) en este estado de la mente están uniendo áreas diferentes. De este modo, la comunicación integradora facilita el encendido neuronal integrador.

En el campo de la neuroplasticidad, hemos terminado entendiendo que los patrones de encendido neuronal llevan a la activación del material genético, de modo que se producen proteínas y se forman nuevas sinapsis, las antiguas se refuerzan e incluso las células madre neuronales se estimulan para transformarse en neuronas maduras entrelazadas sinápticamente. Basándonos en la gran cantidad de hallazgos científicos y su análisis consiliente, podríamos proponer que la comunicación integradora activa un encendido neuronal que es integrativo y produce las condiciones para promover el crecimiento de fibras integradoras en el sistema nervioso. Ésta es, resumidamente, nuestra propuesta para los mecanismos terapéuticos de acción efectivos. El resultado es un cambio en el Cerebro de cada una de las personas implicadas. Así es como las relaciones «emocionalmente terapéuticas» son integradoras en su núcleo al estimular la activación y el crecimiento en el cerebro.

## Triángulo del bienestar y ámbitos de integración

Esta propuesta de la emoción como integración nos lleva a la pregunta natural de «¿hay forma de organizar un enfoque de la psicoterapia que ponga la integración en el centro?». La respuesta es «sí», y lo que sigue es una breve descripción de este enfoque. Un capítulo de *The Mindful Brain* (Siegel, 2007) y un libro entero, *Mindsight* (Siegel, en prensa) están dedicados a este enfoque y ofrecen ejemplos clínicos que ilustran cada uno de los nueve ámbitos de integración descritos a continuación. En este capítulo, por cuestión de espacio, sólo podemos presentar ligeramente la noción general de estas áreas.

Para empezar, debemos proponer un «triángulo del bienestar» que nos ayude a considerar los problemas incluidos en la integración. El triángulo es básicamente una manera metafórica de ver el flujo de energía e información. En una punta del triángulo, está la Mente: la regulación del flujo de energía e información. Otra punta es la de las Relaciones: compartir el flujo de energía e información. Y la tercera punta es el «Cerebro» (o el sistema nervioso distribuido por todo el cuerpo), que cubre los mecanismos neuronales del flujo de energía e información. Estos tres elementos son irreducibles. No es necesario crear sólo un elemento. En lugar de eso, esta regulación, este compartir y este mecanismo físico del flujo de energía e información se pueden ver como la esencia de la experiencia humana. Cuando nos centramos en el bienestar, podemos pensar en una Mente coherente, unas Relaciones empáticas y un sistema nervioso flexible y adaptativo, el Cerebro integrado. Cada uno de ellos refleja un estado de flujo de energía e información integrado.

Un psicoterapeuta armado con este triángulo de bienestar puede entrar en el sistema de la persona, de la pareja o de la familia en cualquier momento: Relaciones, Mente o Cerebro. Cada elemento básico influye mutuamente en los demás. Examinando las capas de caos o rigidez, el proceso de evaluación valora la naturaleza de la integración en varios ámbitos. La planificación terapéutica estratégica es un proceso emergente integrado en esta evaluación y en la relación entre el terapeuta y el cliente/paciente. Se pueden articular como mínimo nueve ámbitos como un marco útil para abordar la estimulación del sistema; es decir, el modo en que inspiramos a los clientes/pacientes para que reprogramen su sistema nervioso, creen coherencia en su mente y compasión y empatía en sus relaciones.

Estos ámbitos de integración, descritos con mayor detalle en los textos citados anteriormente, pueden servir después para orientar las áreas de atención en la terapia.

La *integración de la conciencia* implica la conexión de diferentes aspectos de la atención en un estado de conciencia plena en el momento. Se construye un trípode virtual en el cual la cámara de la conciencia de la mente es capaz de ofrecer una imagen más vívida, rica, detallada y mejor enfocada de los objetos de atención, incluido el tejido de la propia mente. Este trípode reflexivo está formado por la apertura ante lo que es, la objetividad en el sentido de que los objetos de atención no son la totalidad de la identidad de uno, y la observación del yo como el que experimenta los acontecimientos.

Estas facetas formales de la conciencia plena se superponen con aspectos de nuestros

objetivos psicoterapéuticos. En el centro de esta práctica reflexiva, se encuentra el proceso integrativo en el que la mente está abierta a lo que es, más que ser esclava de los aprendizajes anteriores y de la consiguiente distorsión de la experiencia en lo que debería ser o fue. Una sorprendente superposición revelada en el viaje hacia la comprensión de la conciencia plena y de sus posibles correlaciones con la integración neuronal, el apego seguro y la psicoterapia ha sido la siguiente lista de procesos: (1) la regulación corporal, (2) la comunicación sincronizada, (3) el equilibrio afectivo, (4) la modulación del miedo, (5) la flexibilidad de la respuesta, (6) el autoconocimiento o «percepción», (7) la empatía, (8) la moralidad y (9) la intuición. Esta lista resultó del trabajo con una paciente que había sufrido un grave golpe en la frente que le dañó la parte media de la corteza prefrontal. Esta región es profundamente integradora, y esta serie de procesos medios mediados prefrontalmente (desde la función corporal hasta la moralidad) se crea a través de la integración neuronal.

Éstos son algunos ejemplos de lo que queremos decir cuando hablamos del flujo FACES de flexibilidad, adaptabilidad, coherencia, energía y estabilidad.

Los primeros ocho elementos de esta lista son también los resultados independientemente probados del apego seguro entre progenitor-hijo (el último, la intuición, todavía no se ha estudiado en este contexto). ¿Podría ser una coincidencia? ¿O podría ser un ejemplo de lo que proponemos en la neurobiología interpersonal? Las relaciones seguras están repletas de una comunicación integradora que promueve el crecimiento de fibras integradoras en el sistema nervioso. Resulta que esta lista es tanto el resultado como el proceso de la práctica de la conciencia plena. Además, tras preguntar a miles de psicoterapeutas, también puedo afirmar que es una «lista de deseos» común con respecto al resultado de la psicoterapia efectiva y a la descripción de la salud mental. Dando clases recientemente a educadores en Alaska, un anciano de una tribu me dijo que varios puntos de esa lista también habían sido una parte importante de lo que los líderes espirituales de la cultura inuit habían estado enseñando en los últimos 5000 años como esencia de la sabiduría y del bienestar.

La *integración vertical* incluye la conexión consciente de nuestro flujo de energía e información en el plano vertical, al conectar los procesos somáticos en la conciencia mediada corticalmente. La *integración horizontal* implica la conexión del procesamiento diferente del lado derecho e izquierdo del cerebro. Estos ámbitos de integración orientados anatómicamente implican llevar a la conciencia unos elementos a menudo dispares de nuestro flujo de información y atender a cada uno de ellos. Por ejemplo, en el trabajo centrado en el cuerpo, llevamos las sensaciones del cuerpo hasta la conciencia mediada corticalmente como una forma de integración vertical. En el trabajo basado en la narración, permitimos que el hemisferio izquierdo lógico, lineal y lingüístico haga uso de los mecanismos imagísticos, holísticos, no verbales, corporales, autobiográficos y reductores del estrés del hemisferio derecho. Podemos ver cómo aparece una narrativa coherente a partir de una forma bilateral de integración horizontal.

Los diferentes elementos del encendido neuronal integran la experiencia en las conexiones sinápticas en algo que llamamos «memoria». En varios sentidos, la memoria

es el modo en que una experiencia del pasado modifica la forma en que la mente funciona en el presente y en el futuro. En términos científicos, la memoria «implícita» forma los componentes básicos de cómo se incrusta una experiencia en el cerebro en forma de memoria perceptual, afectiva, conductual y corporal. Sin la coordinación integrativa del hipocampo, estas piezas de puzle implícitas de la memoria permanecen aisladas entre sí. Con la integración del montador de piezas de puzle, el hipocampo, aparecen las formas factuales y autobiográficas de lo que se llama «memoria explícita». Con esta *integración de la memoria*, sabemos ahora que cuando algo se trae a la conciencia como un hecho o como una percepción del yo en el pasado, parece como si estuviéramos recordando algo.

La integración de la memoria se refiere a las maneras en que conectamos la memoria implícita con sus formas factual y autobiográfica más entrelazadas.

En la *integración narrativa*, el proceso adicional de un «narrador» crea significado cuando hacemos uso de esta función mental que permite observar grupos de experiencias vividas desde lejos. Este yo observador ofrece un importante punto de observación desde el que se pueden adoptar nuevas decisiones y puntos de vista para sacar a una persona del modo de piloto automático. Sin la integración narrativa, podemos ser poco más que observadores pasivos de una obra dramática. Con la integración narrativa, nos convertimos en los autores activos de nuestra propia historia viva a medida que se va desplegando.

El cerebro tiene más de cien mil *millones* de neuronas con centenares de *billones* de conexiones entre sí. Si los patrones de encendido y apagado del cerebro están de algún modo correlacionados con la experiencia subjetiva de nuestra mente, entonces podríamos afirmar que existen unos  $10^{10}$ , un millón, de posibles estados de la mente. Entonces, ¿qué implica exactamente la *integración de los estados*? Estos grupos de patrones de encendido neuronal desarrollan unos perfiles arraigados que se repiten con el tiempo. La integración de los estados se refiere a, como mínimo, dos dimensiones de la conexión de estos diferentes estados de conexión. La primera dimensión está dentro de un estado determinado. Algunos estados de la mente tienen una coherencia interna que los convierte en estables y efectivos. Un ejemplo podría ser el estado de la mente de jugar al tenis. Otros estados pueden ser incoherentes y propensos al movimiento hacia el caos o la rigidez. Una persona que ha sido traicionada por su entrenador de tenis que abusó de él o de ella sexualmente sería un ejemplo de estado de mente de jugar al tenis incoherente. Los estados de trauma o de pérdida no resueltos son ejemplos de una integración dañada de los estados.

Una segunda dimensión de la integración de los estados conecta el flujo de información y energía entre los estados, más que dentro de ellos. Tenemos diferentes circuitos motivacionales que funcionan para lograr diferentes objetivos. La vida es una mezcla heterogénea de necesidades y objetivos y estados de la mente que realizan de forma eficaz (o no) el procesamiento interno y el comportamiento externo para satisfacer esas necesidades. Reconocer la complejidad de la vida humana es parte de la atención hacia esos diferentes estados y del avance hacia la colaboración, en lugar de pensar que

un estado debería dominar a otro.

La *integración interpersonal* también atiende a los estados únicos dentro de las diferentes personas. La comunicación integradora nos permite estar abiertos a los estados internos del otro, comprender sus necesidades y luego responder de un modo adecuado y efectivo. Esta eventualidad se encuentra en todas las culturas y sirve para promover un estado sumamente integrativo entre dos personas. Se respetan las diferencias de cada persona (es decir, se promueve la diferenciación) y sus mundos internos se conectan (es decir, se promueve la conexión). Esta integración interpersonal es el núcleo del bienestar en nuestras relaciones con los demás.

Los dos últimos ámbitos de integración nos llevan a algunas cuestiones existenciales básicas de la vida humana. En la *integración temporal*, cubrimos los temas relacionados con el paso del tiempo. Aparecen tres elementos en la integración del pasado, el presente y el futuro. El primero tiene que ver con la búsqueda de certidumbre frente a la realidad de la incertidumbre. Cuando este empuje natural de saber y de predecir el resultado de los acontecimientos se encuentra cara a cara con las lecciones de la vida sobre la falta de previsibilidad y la naturaleza incognoscible de los acontecimientos en su desarrollo, nos enfrentamos al primer aspecto de la integración temporal. Permitir que exista esta búsqueda de certeza mientras asumimos de forma auténtica la realidad de la incertidumbre es el reto de conectar aspectos diferentes de nuestra vida mental.

Un segundo aspecto de la integración temporal tiene que ver con la idea y el anhelo de permanencia: que las cosas que amamos y queremos permanezcan para siempre. Sin embargo, la realidad nos golpea de lleno con la verdad de que nada es permanente. Resolver esta tensión requiere la capacidad de atender a nuestra búsqueda de permanencia pero también de asumir la inevitable realidad de la transitoriedad de la vida.

Finalmente, nuestra tercera dimensión de la integración temporal se centra en nuestra búsqueda de inmortalidad frente a la realidad de la muerte. Gastamos gran parte de la vida humana evitando la realidad de nuestra mortalidad o yendo a diferentes explicaciones de la naturaleza de la vida y la muerte. La integración temporal nos permite invitar a todos esos anhelos de la mente (de inmortalidad, permanencia y certidumbre) y a sus contrapartes en la realidad sólida (la mortalidad, la impermanencia y la incertidumbre). Aquí, el tiempo es la dimensión común; al usar nuestra maquinaria cortical para representar la vida a lo largo del tiempo, acabamos percibiendo estas cuestiones existenciales centrales. Alejarnos de ellas, evitar los retos de la integración temporal, nos lanza hacia patrones de caos o rigidez en nuestros esfuerzos por negar la realidad.

El noveno ámbito de integración nos lleva más allá de nuestra sensación individual de un yo corporal y definido temporalmente al sentirnos parte de un todo mayor. La *integración transpiracional* se refiere a los momentos en los que logramos asimilar la importancia de una identidad personal y de una historia vital coherente, conectándonos con los ocho ámbitos de integración anteriores. Pero cuando «respiramos» o «transpiramos» a través de esos ámbitos, lo que parece ocurrir es la disolución de la ilusión de un yo totalmente separado. La definición anteriormente rígida de un yo que



está contenido dentro de un cuerpo en este siglo de vida sobre la Tierra parece esfumarse a medida que emerge una sensación de pertenencia a un todo mayor. Esta pertenencia parece suceder naturalmente, sin ningún esfuerzo ni intención. En lugar de eso, la esclavitud de esta sensación estrecha del yo deja paso y en su lugar aparece una descripción común de un yo mucho más grande, una mente más completa, una sensación de pertenecer a un todo mayor.

La implicación práctica de esta integración transpiracional es que la gente parece experimentar una ampliación de su sensación de conexión. Participar en movimientos para ayudar a mejorar las comunidades locales, mayores esfuerzos por ayudar a personas que no conocen, o la sensación de compromiso en ayudar al planeta de un modo que ninguno de los que estamos vivos hoy podremos disfrutar..., todas estas maneras de formar parte de un todo mayor parece que surgen de forma natural.

Hablando de la emoción como integración, conectando nuestra sensación individual de yo con su propia historia única y diferenciada de los yoes de los otros ahora, en el pasado y también en un futuro que nunca veremos directamente, podemos ser conscientes de nuestros «lazos emocionales» con un todo mucho mayor. Ésta es quizás la esencia de la salud emocional para nuestro planeta. Vemos que todos estamos interconectados, todos somos parte de los demás, parte de un organismo vivo y que respira, que llamamos *vida* en la Tierra. Quizás con un movimiento hacia la integración podamos sentir la compasión y la paz que emergen de estos estados de bienestar; para nosotros, aquí y ahora, y para las generaciones futuras que recibirán este mensaje a través de nuestras palabras, nuestras relaciones y nuestros esfuerzos integrativos por salvar nuestro mundo.

7

# Emoción y reconocimiento en funcionamiento

*Energía, vitalidad, placer, verdad, deseo y la fenomenología emergente de la experiencia transformacional<sup>4</sup>*

*Diana Fosha*

*«Cuando la mente se considera a sí misma y su propio poder de obrar, siente placer, y este placer es proporcionalmente mayor que la claridad con la que se imagina a sí misma y su propio poder de obrar».*

–De Spinoza (1677/2005, parte 3, proposición LIII, cursivas añadidas)

*«Una [escultura] la atrajo más que las otras. No significaba que estuviera mejor hecha, sólo que tenía algo especial que a ella le atraía particularmente. [...] La sensación transmitida a través del autor. ¿Acaso no era eso lo que hacía que una obra de arte fuera efectiva? Tenías pocas vistas de refilón de un alma, y, si en cierto modo resonaba con la tuya, querías más».*

– Block (2003, pp. 223, 228-229, cursivas añadidas)

**ADEMÁS DE SUFRIMIENTO**, la psicopatología trae consigo una crisis de energía. La esfera vital vivida con placer se reduce, se agotan los recursos, y se reduce de forma creciente la vida interior y exterior de las personas afectadas (todos nosotros en algunos momentos, algunos de nosotros cuando estos momentos se convierten en patrones y rutinas). Ésta es la razón por la que un objetivo fundamental de las terapias experienciales, junto con la mejora de los síntomas y el alivio del sufrimiento, es restaurar la vitalidad y la energía, el carburante para la vida.

Este capítulo está dedicado a algo tan básico para el proceso terapéutico como el aire que respiramos: el proceso de transformación. Explora cómo, a través de un proceso transformacional arraigado en la experiencia emocional, el sufrimiento puede convertirse en algo floreciente, la contracción puede revertirse motivacionalmente y se puede lograr una reorientación hacia el crecimiento.

Las emociones, por excelencia, son vehículos de cambio, cuando se regulan y se procesan por completo, pueden aportar sanación y unas transformaciones duraderas. Las terapias experienciales, o las terapias de equilibrio afectivo (o, por sus siglas en inglés, ABTs), como Panksepp (capítulo 1 de este libro) las llama, utilizan activamente las

emociones con este fin. La psicoterapia dinámica experiencial acelerada (AEDP, Fosha, 2000, 2002, 2003, 2005) es una de estas ABT.

La fenomenología del proceso transformacional que se despliega aquí se declaró durante un trabajo de AEDP con la emoción en el contexto de una relación terapéutica de interacción emocional. Descubrimos que no sólo el procesamiento de las emociones libera los recursos adaptativos contenidos en ellas, sino también que la exploración de la *experiencia* de la transformación activa una *espiral transformacional* no lineal e infinita (Fosha, en prensa). Dilucidar la fenomenología de la experiencia transformacional basada en las emociones es el hilo conductor de este capítulo y su primer tema.

El segundo tema tiene que ver con el descubrimiento de que los afectos positivos, las interacciones positivas y el proceso de transformación sanadora están entrelazados orgánicamente. Las interacciones diádicas positivas y sincronizadas componen los apegos saludables y seguros, y son los correlatos de los entornos neuroquímicos que conducen a un crecimiento cerebral óptimo (Panksepp, 2001; Schore, 2001; Trevarthen, 2001a). Los afectos positivos son el fenómeno constitutivo de la salud física, la salud mental, la resiliencia y el bienestar (Fosha, en prensa; Fredrickson y Losada, 2005). Y el trabajo en AEDP ha revelado que el proceso transformativo, cuando se orienta hacia la sanación, va acompañado momento a momento por marcadores positivos somáticos/afectivos (Fosha, 2004; Fosha y Yeung, 2006; Russell y Fosha, 2008; Yeung y Cheung, 2008).

Sin embargo el cambio, incluso el cambio sanador, por muy deseado y buscado que sea, plantea dificultades. Para que sea aceptable, el cambio debe equilibrarse con la identidad, adaptación con homeostasis. Las emociones nos traen un trozo del mundo hacia nosotros y dentro de nosotros, proporcionándonos incomparables oportunidades de crecimiento. Pero las emociones deben regularse para que su resultado se pueda tejer en el tejido del yo. Para no provocar una respuesta autoinmune afectiva, lo «nuevo» que deben aportar las emociones, de un modo u otro, debe resultarnos familiar para que sean reconocibles por el yo como yo. Aquí es donde entra en juego el *proceso de reconocimiento* (Sander, 2002). Si la emoción es nuestro camino hacia la diferencia, la expansión y el crecimiento, entonces el reconocimiento es nuestro camino de regreso hacia el yo. La dialéctica de la emoción-acomodación y el reconocimiento-asimilación en las transformaciones sanadoras basadas en las emociones es el tercer tema de este capítulo.

La *transformancia*, término para describir la motivación global hacia la transformación que late en nosotros (Fosha, 2008), es el cuarto. Las tendencias disposicionales innatas hacia el crecimiento, el aprendizaje, la sanación y la rectitud están profundamente incrustadas en nuestro cerebro, y empujan hacia su expresión bajo las circunstancias adecuadas. A diferencia de los esfuerzos motivacionales conservadores bajo la tutela de la resistencia que, a la larga, consumen y drenan la energía psíquica, los esfuerzos motivacionales basados en la transformancia, cuando se materializan, son energizantes y vitalizantes. El trabajo sobre la emoción y el reconocimiento y su papel en el trabajo transformacional se sitúa dentro del contexto de la transformancia.

Un último tema: en el nexo de la neurociencia y del proceso clínico se encuentran los

fenómenos. La sensibilidad fenomenológica nutre los aspectos tanto clínicos como conceptuales de este trabajo, con el objetivo de ampliar el trabajo sobre la fenomenología de la emoción (Darwin, 1872/1965; James, 1890/1950, 1902; Tomkins, 1962) para incluir los fenómenos de afectos positivos asociados con los procesos transformacionales en cascada. Por lo tanto, el compromiso con una fenomenología descriptiva podría contribuir sustantivamente a las conversaciones emergentes entre clínicos, científicos, expertos en desarrollo y profesionales de las prácticas sino-indo-tibetanas (Bushell, Olivo y Theise, en prensa; Davidson y Harrington, 2002; Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkrantz y col., 2003; Fosha, en prensa), superando las batallas territoriales libradas en diferentes tradiciones de terminología que impiden más que fomentan el progreso.

Este capítulo se basa en el trabajo anterior sobre los procesos de cambio afectivo arraigados en el cuerpo y su papel en la terapia experiencial (por ejemplo, Gendlin, 1996; Greenberg y Paivio, 1997; Greenberg, Rice y Elliott, 1993; Levine, 1997, McCullough Vaillant, 1997; Ogden y col., 2006), incluyendo mis propios escritos anteriores (Fosha, 2003, 2004, 2005). Sin embargo, mientras que el trabajo anterior se centraba en el procesamiento completo de la emoción abrumadora para resolver el trauma y el sufrimiento emocional, este capítulo se centra en el *procesamiento de la experiencia transformacional* para consolidar y reforzar los logros terapéuticos y promover la prosperidad.

- En la parte I se introducen los elementos constitutivos del debate: transformancia, emoción y reconocimiento.
- En la parte II se resumen los aspectos clave de la AEDP, la lente mediante la cual se ve el proceso transformacional basado en las emociones.
- La parte III está dedicada a las dinámicas y la fenomenología del proceso transformacional basado en las emociones.
- La parte IV se ocupa de la crisis que la transformación sanadora puede generar y su resolución a través del metaprocésamiento de la experiencia transformacional.
- La parte V es un ejemplo que ilustra la crisis que incluso las transformaciones positivas pueden provocar y cómo se puede resolver.
- En los comentarios finales exploro cómo los beneficios adaptativos del proceso transformacional aumentan con la energía y la vitalidad asociadas con la naturaleza emergente y sin límites de los fenómenos afectivos positivos que la caracterizan.

Por consiguiente, veremos cómo el proceso transformacional basado en las emociones, en el contexto de la seguridad diádica y del reconocimiento tiene en su interior la respuesta a la crisis de energía que crea la psicopatología.

## Parte I: sobre la transformancia, la emoción y el reconocimiento

En el siguiente apartado, se introduce el término *transformancia* para nombrar y atender al potente impulso motivacional que existe en nosotros, una fuerza hacia la sanación que lleva ignorándose mucho tiempo debido a la obsesión en nuestro campo por la psicopatología. Los agentes de la transformancia, la emoción y el reconocimiento se exploran como sus agentes, como procesos entrelazados, el yin y el yang de la transformación.

### *Sobre la transformancia*

La transformación es fundamental en nuestra naturaleza. Está profundamente arraigada en nuestro cerebro, para su despertar y activación en los entornos facilitadores, con disposiciones integradas para la autosanación y la rectitud (Doidge, 2007; Emde, 1983; Gendlin, 1996; Sander, 2002; Siegel, 2007) y para reanudar el crecimiento impedido (Ghent, 1990; Grotstein, 2004; Winnicott, 1960/1965). *Transformancia* es un término que he creado para describir la fuerza motivacional global que nos impulsa hacia la máxima vitalidad, autenticidad, adaptación y coherencia, y por consiguiente nos lleva al crecimiento y a la transformación (Fosha, 2008). Los procesos de cambio afectivos que se producen naturalmente, como la emoción, la regulación diádica de los afectos y el reconocimiento empático del yo (Fosha, 2002), son manifestaciones de los procesos basados en la transformancia.

La transformancia es la contraparte motivacional de la resistencia. Mientras que la resistencia se alimenta con el temor y el deseo de evitar las malas sensaciones, la transformancia se basa en la esperanza y la búsqueda de una experiencia positiva vitalizante. La resistencia fomenta unos procesos que logran la seguridad a corto plazo, pero a la larga terminan en el languidecimiento, el deterioro y la inmovilidad; la transformancia genera procesos que conllevan la asunción de riesgos a corto plazo, pero que a la larga dan lugar a la prosperidad, la resiliencia, la salud y la longevidad (Fredrickson y Losada, 2005; Loizzo, en prensa). Programados para la transformancia, buscamos naturalmente contextos en los que podamos rendirnos a nuestros esfuerzos de transformancia.

En la noción de transformancia, su naturaleza apetitiva es clave. «El cerebro [...] no es un vaso inanimado que rellenamos, es más como una criatura viva con un apetito, que puede crecer y cambiar con el alimento y el ejercicio adecuados» (Doidge, 2007, p. 47). Satisfacemos nuestros impulsos de transformancia porque estamos programados para hacerlo. Cuando lo hacemos, nos sentimos bien. Y como nos sentimos bien, queremos hacerlo más. El cerebro, motivado a aprender de la experiencia, responde plásticamente, ya que la plasticidad y la motivación están relacionadas (Doidge, 2007). Los afectos positivos (es decir, el aspecto de recompensa de los impulsos de transformancia) iluminan el camino. Tanto si hablamos de la secreción de dopamina y de acetilcolina, o de

oxitocina, como si hablamos de la regulación a la baja de la amígdala cuando los estados de miedo se sustituyen con estados exploratorios (Schore, comunicación personal, 23 de julio de 2008), el cerebro registra y marca la naturaleza positiva de la experiencia e intenta reproducirla. Durante el proceso, cambiamos y crecemos.

Finalmente, las crisis y el sufrimiento emocional intenso, *cuando se experimentan en condiciones de seguridad*, pueden ser de gran ayuda para los impulsos de la transformancia: la alquimia de los impulsos de transformancia junto con el impulso de reducir la aflicción es una mezcla invencible para el cambio.

### *Sobre la emoción*

La teoría de la emoción y la neurociencia afectiva (Damasio, 1994, 1999; Darwin, 1872/1965; Davidson y col., 2000; Panksepp, 1998a; Panksepp, capítulo 1 de este volumen; Tomkins, 1962, 1963) ofrecen un relato del cambio intrínseco a la experimentación de las *emociones categóricas*, un fenómeno universal generado en las regiones subcorticales del cerebro. Cada emoción categórica (miedo, ira, alegría, tristeza, repugnancia) juega un potente papel en la supervivencia. Como afirma Schore (2001, p. 21), las «emociones [son] la expresión directa de orden superior de la biorregulación en organismos complejos».

La emoción está fundamentalmente relacionada con el cambio (Damasio, 1999). Como respuesta psicobiológica ante las condiciones que no cumplen nuestras expectativas, las emociones son aquello que nos habla *de nosotros con relación a ese cambio*. Aparecen para registrar que algo ha cambiado, para bien o para mal, y que nos conviene (si queremos sobrevivir) hacer caso a ese cambio y gestionarlo. Según Damasio, «para ciertas clases de estímulos claramente peligrosos o claramente valiosos en el entorno interno o externo, *la evolución ha creado una respuesta acorde en forma de emoción*» (1999, p. 55, cursivas añadidas). La motivación es intrínseca a la emoción. Cada emoción contiene en sí misma el pulso hacia su propia finalización. Cada emoción categórica está asociada con un conjunto de *tendencias adaptativas a la acción*, dedicadas evolutivamente a dotar a nuestro cuerpo de los recursos para hacer frente a la situación evocada por la emoción en primer lugar (Frijda, 1986). La emoción es el arco experiencial entre el problema y su solución: entre el peligro y la huida está el miedo. Entre la novedad y su exploración está la curiosidad alegre. Entre la pérdida y su aceptación final están la pena y su finalización.

Además del desbloqueo de recursos específicos de las emociones, la liberación de las tendencias adaptativas a la acción también va acompañada de energía y vitalidad, que confieren un mayor acceso al pensamiento ampliado (repertorios de acción y resiliencia) (Fredrickson, 2001). Unidas a la adaptación, las emociones son «herramientas ancestrales para la vida» (Panksepp, capítulo 1 de este libro). Y para los seres humanos, también son un ejemplo de autenticidad y de verdad del organismo (Grotstein, 2004). Pero las emociones son fuerzas con las que luchar que, a menos que se regulen, amenazan con abrumarnos (McCullough, Kuhn, Andrews, Kaplan, Wolf y col., 2003; Osimo, 2002). Según Damasio (1999):

Una sonrisa espontánea que surge de un deleite genuino o el llanto espontáneo causado por la pena son ejecutados por unas estructuras cerebrales situadas profundamente en el tronco encefálico bajo el control de la región del cíngulo. No tenemos manera de ejercer un control voluntario directo sobre los procesos neuronales en esas regiones. [...] Somos igual de efectivos a la hora de detener una emoción que al intentar evitar un estornudo (p. 49).

Debido a su carácter repentino, su potencia e invulnerabilidad ante la falsedad y el control voluntario, solemos experimentar las emociones como extrañas, distintas, externas a nosotros, como «el estallido de un trueno o un golpe» (Winnicott, 1960/1965, p. 141). Así, la soledad ante las emociones abrumadoras y la resultante necesidad de mantenerlas alejadas por una cuestión de autoprotección (con beneficios a corto plazo y consecuencias devastadoras a largo plazo) son centrales en la conceptualización de la AEDP sobre cómo se desarrolla la psicopatología. La cuestión es: ¿cómo podemos lidiar con las emociones de un modo progresivo y basado en la transformancia en lugar de basado en el miedo y como un parche en su acción? ¿Cómo podemos hacer uso del poder transformacional de las emociones e integrar sus potencialmente profundos regalos en nuestros repertorios del yo y de las relaciones?

Introduzcamos el reconocimiento, porque es este proceso el que nos da la llave para seguir avanzando, navegando por el río de la emoción sin tener que aplicar la contrafuerza contenedora de la resistencia. El reconocimiento, como estamos a punto de ver, es la alternativa progresiva a la resistencia.

### *Sobre el reconocimiento*

Si la emoción es lo que sucede cuando registramos que nos alejamos de lo esperado, el reconocimiento es la experiencia interna que se produce cuando algo encaja (no tanto «ajá» como «¡sí!»). Hart (1991) escribe:

Existe un paisaje interno, una geografía del alma, buscamos su contorno toda la vida. [...] *Los que tienen la suerte de encontrarlo* se adaptan a él como el agua a una piedra, sobre sus fluidos contornos, y *están en casa*. [...] Podemos pasar por la vida siendo felices o infelices, triunfadores o perdedores, amados o no amados, sin permanecer nunca fríos con la sacudida del *reconocimiento*, sin sentir nunca la agonía cuando el hierro retorcido *de nuestra alma se desbloquea y finalmente nos colocamos en nuestra posición* (p. 3, cursivas añadidas).

El reconocimiento específico y preciso se produce cuando hay «un momento de encaje» (Sander, 2002, p. 19).<sup>1</sup> Mi uso del reconocimiento incluye la experiencia relacional de ser conocidos, pero va también más allá de ella: se refiere a todas las experiencias que se producen cuando existe una correspondencia, un «clic» entre algo de dentro y algo de fuera, sea cual sea la definición subjetiva de *dentro* y *fuera*.

En este capítulo, escribo sobre el reconocimiento en un doble sentido: como un proceso formal y como una experiencia receptiva. El reconocimiento como experiencia



receptiva (es decir, la sensación percibida de *sentirse reconocido*) se describe más adelante en los contextos del proceso transformacional y del caso clínico.

El reconocimiento como proceso (Sander, 1995, 2002; ver también Lyons-Ruth, 2000) nos permite conectar (1) los principios básicos del funcionamiento del organismo (cómo estamos programados) con (2) los procesos transformacionales basados en la emoción mediante los cuales nos movemos cuando actuamos con rectitud, nos sanamos, aprendemos y crecemos. Momento a momento, el reconocimiento va acompañado de los *afectos de vitalidad* y se expresa mediante ellos (Stern, 2000), «unos ritmos fisiológicos espontáneos que se manifiestan en las fluctuaciones de la activación, que a su vez se expresan en los estados afectivos psicobiológicos fluctuantes» (Schore, 2001, p. 21). Estos afectos de vitalidad tienen unos *marcadores somáticos/afectivos positivos* (por ejemplo, suspiros profundos, sonrisas fugaces, asentimientos con la cabeza, inclinaciones laterales de la cabeza); nos indican que el proceso transformacional está en marcha (Fosha, 2004).

El reconocimiento en el sentido de «cómo estamos programados» es fundamental para las experiencias que sirven para el impulso de transformancia; es decir, los *procesos de cambio afectivos* (Fosha, 2002). El yo en desarrollo, que materializa sus impulsos de transformancia a través de la implicación de la persona en algún proceso transformacional, cada vez tiene más iniciativa y está más motivado para seguir en ese flujo de experiencia. «Es cómo sentimos nuestro camino en las transacciones relacionales espontáneas (Lyons-Ruth, 2000, p. 92). Esta experiencia concreta es la que guía el procesamiento momento a momento y de abajo hacia arriba de la AEDP y otras terapias que sitúan la sanación en el interior de la persona.<sup>2</sup>

Este proceso de reconocimiento del organismo ocurre en la terapia experiencial cuando se producen momentos de encaje entre la persona y algún proceso en un entorno de seguridad coconstruido diádicamente. El reconocimiento siempre es «diádico» en el sentido de que implica que dos cosas encajen, pero no es necesariamente relacional ni interpersonal: el encaje puede ser entre uno mismo y otra persona,<sup>3</sup> pero también puede ser entre uno mismo y uno mismo, o entre uno mismo y un proceso, o entre uno mismo y una experiencia. El «clic» ocurre entre lo que se percibe como «yo» y «no yo», de un modo adecuado y que permite que lo que se ha percibido como «no yo» acabe integrándose a la larga en el «yo».<sup>4</sup>

Una secuencia de estos momentos de encaje significa que la persona ha iniciado un proceso de transformación. Se mejora el flujo de energía y vitalidad, emergen nuevos fenómenos y acciones, y la experiencia de lo que emerge se convierte por tanto en más motivadora: una fuente de agencia, dirección e iniciativa propia (Ghent, 2002; Sander, 2002). Lo que Schore (2001) llama la «curiosidad de carga positiva que alimenta la exploración creciente del yo de nuevos entornos socioemocionales y físicos» es «*un marcador de salud mental adaptativa*» a lo largo de toda la vida, no sólo en la infancia (p. 21, cursivas añadidas).

### *Emoción y reconocimiento en la transformación*

«La mente humana –afirma Dan Siegel– emerge de los patrones en el flujo de energía e información dentro del cerebro y entre cerebros» (1999, p. 2). La emoción y el reconocimiento son dos mecanismos que aportan información y energía al sistema. Las emociones nos hacen más grandes al enfrentarnos a los desafíos del entorno que dan lugar a ellas, y la transformación nos transforma al hacer nuestras unas experiencias aparentemente externas. Durante los momentos de reconocimiento y de activación de las tendencias adaptativas a la acción de la emoción, junto con la información, se liberan una vitalidad y una energía enormes que se ponen a la disposición del organismo.

Además, el equilibrio de los procesos de emoción y reconocimiento permite que el impulso de transformancia avance a través de la interacción dialéctica de la *emoción como acomodación*, mediante la cual cambiamos nuestros esquemas para reflejar nuevas experiencias, y del *reconocimiento como asimilación*, mediante la cual lo nuevo se integra en los esquemas ya existentes. En el proceso de transformación, es el sistema de equilibrio de poderes de la psique.

## Parte II: sobre la AEDP, su orientación hacia la sanación y la regulación diádica de los afectos

La AEDP, que mis colegas y yo desarrollamos y estamos desarrollando (Fosha, 2000, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006b, 2008, en prensa; Fosha y Yeung, 2006; Frederick, 2009; Gleiser y col., 2008; Lamagna y Gleiser, 2007; Prenn, 2009; Russell y Fosha, 2008; Tunnell, 2006; Yeung y Cheung, 2008), es el modelo y la práctica en la que se basan estas ideas sobre la transformación basada en las emociones.<sup>5</sup>

### *Sanación desde el inicio*

La AEDP considera la sanación como un proceso biológicamente programado con su propia fenomenología y dinámicas, fundamentalmente distinto y separado del proceso implicado en la reparación de la psicopatología (es decir, arreglar lo que está estropeado). En la AEDP, la sanación no es sólo el resultado de una terapia exitosa, sino más bien un proceso que se debe activar desde el inicio, como se muestra en el DVD publicado de una sesión inicial (Fosha, 2006a).

En la psicoterapia, la mayoría de los sistemas consideran la repetición basada en la resistencia de los patrones psicopatogénicos en la situación terapéutica como inevitables y creen que la experiencia emocional correctiva aparece en escena con un final distinto (Alexander y French, 1946/1980). En la AEDP, sin embargo, el escenario de la repetición no se considera como el elemento inevitable que da forma a la relación entre el paciente y el terapeuta. Por consiguiente, no buscamos sólo un nuevo final: desde el principio, también estamos buscando un nuevo inicio.

Con el objetivo de *liderar con* una experiencia emocional correctiva (Fosha, 2000), buscamos facilitar las condiciones conducentes a la activación de las fuerzas de transformancia que siempre están disponibles en las personas como tendencias disposicionales. El modo en que recibimos al paciente, desde la primera visita, constituirá «las condiciones de sensibilidad ante las condiciones iniciales» (Sander, 2002, p. 16) y tendrá mucho que ver con la ascendencia de los impulsos de transformancia o bien de resistencia. «El apego se inclina de un modo decisivo en función de si respondemos a los retos de la vida como oportunidades de aprendizaje y como una expansión del yo o como amenazas que nos llevan a limitar nuestras actividades y a retraernos del mundo» (Fosha, 2006b, p. 570).

En la AEDP, no es suficiente que el apego opere implícitamente, funcionando como la música de fondo sobre la que se produce la experiencia. La *experiencia* del paciente de la relación de apego debe ser el enfoque principal del trabajo terapéutico (Fosha, 2006b). Por lo tanto, el procesamiento de las *experiencias afectivas receptivas* (es decir, experiencias de estar en el extremo receptor de lo que se percibe subjetivamente como cariño, empatía, afirmación o reconocimiento) se busca igual de asiduamente que cualquier otro tipo de fenómeno afectivo. Estas experiencias afectivas receptivas se suelen describir como sensaciones corporales de calidez, fusión, hormigueo, emoción o

relajación. Una paciente dijo que la empatía de su terapeuta era como una «cálida miel líquida bajándole por el esófago» (Osiason, comunicación personal, 1 de mayo de 2004). Las experiencias afectivas receptivas forman la base de muchos de los procesos metaterapéuticos que se describen a continuación.

El enfoque de la AEDP se basa en el apego y está abundantemente salpicado de un deleite intersubjetivo hacia el paciente. Según Lyons-Ruth (2007), Trevarthen (2001a) y Tronick (2003), quienes consideran los motivos de apego relacionados con el cuidado y la protección como distintos de los motivos intersubjetivos relacionados con la compañía y el placer, la postura de la AEDP tiene dos ramas. En la rama del *apego*, recibimos todos los signos de dolor, sufrimiento y miedo con empatía y regulación diádica de los afectos, mostrando nuestra disposición a ayudar. En la rama *intersubjetiva*, nos centramos, y nos deleitamos, en las cualidades fundamentales del yo del paciente; el deleite del terapeuta *en y con* el paciente es un potente antídoto para sus remordimientos (Hughes, 2006; Trevarthen 2001a).

La AEDP logra el procesamiento de las hasta entonces emociones insoportables a través de tres métodos característicos, todos ellos basados en el seguimiento momento a momento de las fluctuaciones en la experiencia afectiva: la *regulación diádica de los afectos*, que priorizamos aquí porque el resto del capítulo se centra en los otros dos; *el procesamiento de la experiencia emocional adaptativa hasta su finalización* (que la AEDP comparte con otros tratamientos experienciales; ver Fosha, Paivio, Gleiser y Ford, 2009; Gleiser y col., 2008; Greenberg y Paivio, 1997; Johnson, capítulo 10 de este libro; Ogden, capítulo 8 de este libro); y *el procesamiento metaterapéutico de la experiencia transformacional*. El primero y el último forman parte de las contribuciones técnicas originales de la AEDP.

### *Regulación diádica de los afectos*

La AEDP entiende la psicopatología como un proceso resultante de la soledad no deseada de la persona frente a unas emociones abrumadoras. El principio fundamental de no dejar sólo al paciente con emociones abrumadoras se materializa mediante el proceso de la regulación diádica de los afectos, la aplicación y extensión de la AEDP a la situación clínica del trabajo sobre desarrollo de Beebe (Beebe y Lachmann, 1994, 2002) y Tronick (1989, 2003).

El proceso de la regulación diádica de los afectos en la emoción y la relación se produce a través de innumerables iteraciones de ciclos de sincronización, disrupción y reparación. Mediante la comunicación afectiva momento a momento que se produce mediante procesos no verbales mediados por el hemisferio derecho, los miembros de la diada establecen unos estados coordinados, marcados por afectos positivos. Como la experiencia de la sintonización es agradable, el estado coordinado se convierte en una meta deseable y, por consiguiente, es motivadora.

Las diadas que generan resiliencia minimizan el tiempo gastado en emociones negativas asociadas con el estrés, la falta de sintonización, y maximizan el tiempo invertido en los estados coordinados; los afectos positivos que caracterizan estos últimos

están correlacionados con los entornos cerebrales neuroquímicos más conducentes al crecimiento y al aprendizaje (Lyons-Ruth, 2007; Schore, 2003a, 2003b). En estas díadas, los afectos negativos asociados con la sintonización alterada son una chispa de motivación hacia la reparación y la restauración de la coordinación (Tronick, 1989).

La disrupción ocurre cuando las experiencias de uno de los miembros no pueden ser coordinadas por la díada. Si la sintonización es el estado en el que un miembro y el otro resuenan naturalmente, para deleite de ambos, la disrupción es el hecho de estar en una longitud de onda inquietantemente distinta. Todo aquello que se ha excluido para mantener el estado coordinado anterior vuelve de forma descomunal. En la disrupción, se declaran la separación y el carácter único del yo. Sin embargo, si se repara la disrupción, se convierte en una importante fuente de transformación.

La reparación satisfactoria da como resultado el establecimiento de un nuevo estado de coordinación expandido en el cual se pueden asimilar e integrar las diferencias. Lograr este estado es una experiencia humana vitalizante y energizante. «El flujo de energía se expande cuando los estados de organización cerebral en los dos miembros de la díada amplían su complejidad hacia nuevos y más inclusivos estados de organización coherente» (Sander, 2002, p. 38). Este logro da lugar a nuevos fenómenos emergentes que transforman y expanden la experiencia compartida así como la experiencia de cada miembro de la díada, reflejando cómo el hecho de estar juntos los cambia a ambos (Beebe y Lachmann, 1994, 2002; Fosha, 2001, 2003; Hughes, 2006; Tronick, 2003; ver también Tronick, capítulo 4 de este libro).

Como veremos a continuación, la regulación diádica de los afectos opera tanto en el *procesamiento de la experiencia emocional* como en el *metaprocésamiento de la experiencia transformacional*.

## Parte III: el proceso transformacional basado en las emociones

La noción de estado es importante aquí. Cada estado está caracterizado por un conjunto específico de fenómenos, que pueden reflejar capacidades y formas de interactuar y de procesar radicalmente diferentes (ver Porges, capítulo 2 de este libro, para saber más sobre los soportes del SNA para los diferentes estados y sus implicaciones respectivas para las funciones psicológicas que son posibles o no de producir). De manera crucial para el esfuerzo terapéutico, como Tronick observa, «el estado de conciencia de una persona genera acciones e intenciones» (Tronick, en prensa). Por lo tanto, las características motivacionales de cada estado tienen implicaciones muy diferentes para la efectividad psicoterapéutica.

### *Cuatro estados y tres transformaciones de estado*

Cuatro estados unidos por tres transformaciones del estado (ver la figura 7.1) caracterizan el proceso transformacional.

# ESTADO UNO – FENÓMENOS QUE REQUIEREN TRANSFORMACIÓN:

## *ESTRÉS, AFLICCIÓN Y SÍNTOMAS*

Característicos del estado que lleva a los pacientes a buscar tratamiento, los fenómenos del Estado Uno son el resultado de estrategias que hace tiempo que han dejado de ser adaptativas y que, en lugar de eso, han causado problemas del Eje 1 (por ejemplo, depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático [TEPT]), o patrones del Eje 2 o problemas relacionados con la vida y el funcionamiento. Caracterizados por la ausencia de un acceso regulado al principal afecto adaptativo de base corporal, los fenómenos del Estado Uno también resultan del dominio de los afectos de defensa e inhibición como el remordimiento y el miedo, que constituyen unas estrategias que bloquean o dificultan el acceso a la experiencia afectiva primaria (es decir, principal) de la persona. La desregulación, al ser desorganizadora, también impide un contacto fiable y directo con la experiencia arraigada somáticamente.

Pero siempre presentes en el Estado Uno, también se aprecian atisbos (en ocasiones mucho más que atisbos) de los impulsos de transformancia y del mejor yo posible del paciente.

- *Primer estado de transformación.* A medida que se reduce la influencia de las defensas y de los afectos inhibidores, la experiencia afectiva central aumenta. La primera transformación de estado refleja la disrupción de los patrones viejos y disfuncionales como resultado de las nuevas experiencias generadas por la diada terapéutica. Buscamos amplificar los atisbos de afectos precursores de las experiencias emocionales intensas previamente evitadas permaneciendo con el paciente, para que no se sienta solo. Los *afectos de señal verde*, *los afectos transicionales* y *los afectos precursores* señalan la primera transformación del estado y llaman la atención del terapeuta hacia una ventana crítica de oportunidad terapéutica para facilitar la entrada en el afecto principal (Estado Dos).

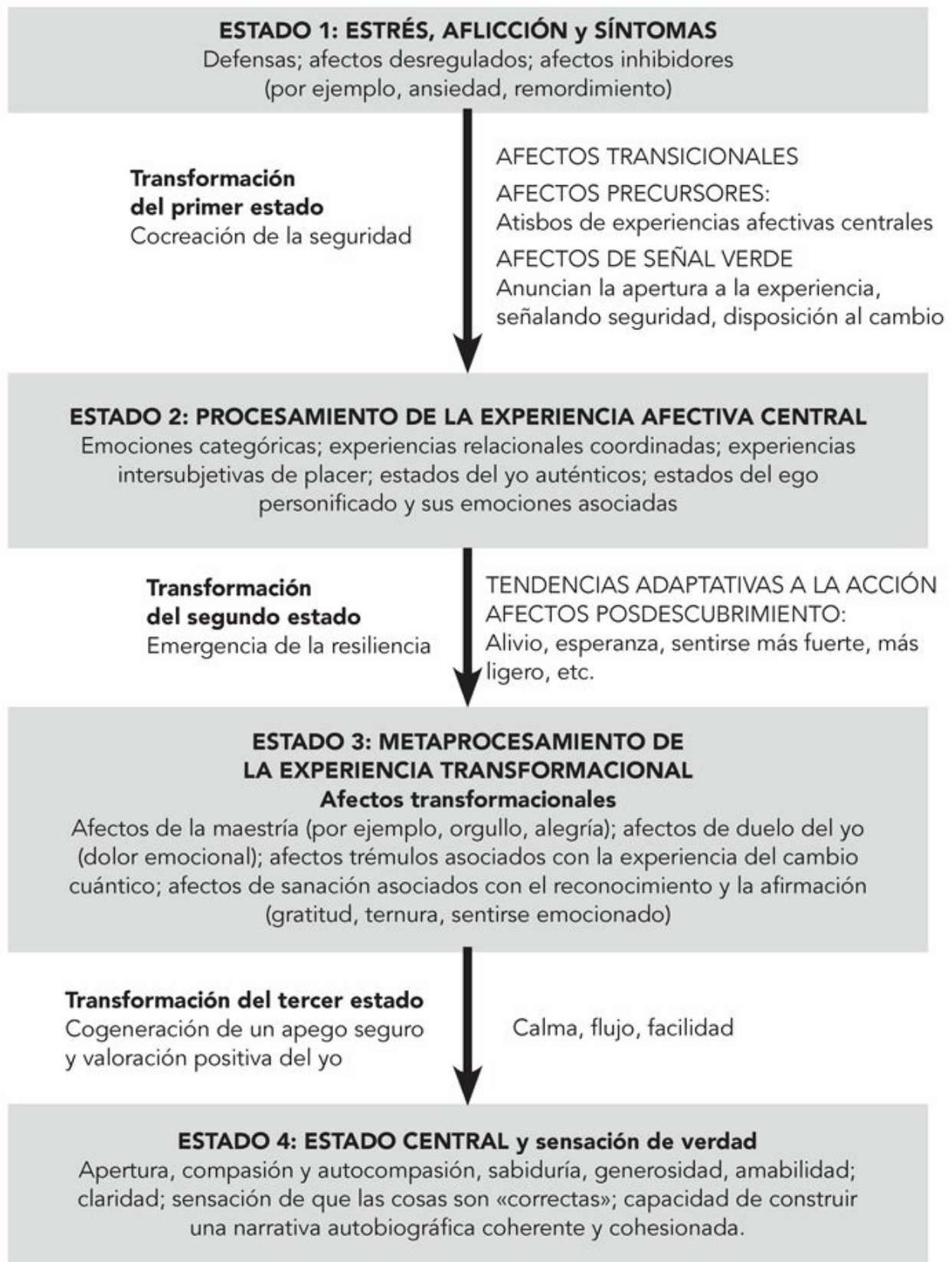


FIGURA 7.1



Los *afectos de señal verde*, manifestación de los afectos de vitalidad que marcan el funcionamiento de los procesos de reconocimiento, son marcadores somáticos/afectivos positivos de la mayor sensación de seguridad y de disposición a realizar el siguiente paso. Este aumento se puede expresar somáticamente (por ejemplo, espirar profundamente, asentir con la cabeza) o mediante expresiones verbales de disposición, esperanza, confianza o curiosidad. Los *afectos precursores* evidencian la bajada de las defensas e «indican» la conexión de la experiencia afectiva central: vemos atisbos afectivos (ojos llenos de lágrimas, cambio notable en el tono corporal, respiración profunda o más rápida, lenguaje más directo, con más imágenes, más evocador). El paciente dirá algo como «no sé por qué, pero sigo teniendo esta imagen de la niña pequeña». El terapeuta aprovecha estos cambios y trabaja con ellos para convertirse en la *matrona* (Osimo, 2001) de la emergencia del nuevo estado. Los *afectos transicionales* son una mezcla de lo antiguo y lo nuevo: aquí, la experimentación del hemisferio derecho está antes que el control del hemisferio izquierdo, lo cual produce una sensación de desestabilización, de estar un poco «desajustado». No es extraño ver una mezcla de ansiedad con alguna experiencia afectiva central emergente, con un lado del cuerpo expresando defensa (el brazo izquierdo agarrando el propio cuerpo) y el otro lado expresando la emoción emergente (la mano derecha en forma de puño).

# ESTADO DOS – FENÓMENOS AFECTIVOS CENTRALES:

## *PROCESAMIENTO DE LA EXPERIENCIA EMOCIONAL*

Con las defensas y los afectos inhibidores básicamente dejados a un lado, el paciente está en contacto con la experiencia emocional arraigada en el cuerpo, más concretamente, con las emociones categóricas que están estrechamente relacionadas con los siete detonantes emocionales de Panksepp (capítulo 1 de este libro). Con la sensación de que incluso las emociones intensas son bienvenidas y pueden manejarse diádicamente, se puede iniciar el trabajo de procesamiento emocional. El yo consciente se rinde a la sabiduría del yo más profundo y se libera, se suelta el freno, permitiendo el acceso a una experiencia afectiva central arraigada somáticamente que tiene prisa por expresarse.

En la regulación diádica de los afectos del Estado Dos, el paciente y el terapeuta trabajan juntos para ayudar al paciente a expresar y procesar completamente las experiencias emocionales iniciadas subcorticalmente y mediadas por el hemisferio derecho para que las semillas de sanación contenidas en esas experiencias se liberen. La pena, la rabia, el miedo, la alegría, la repugnancia, etcétera, pueden ahora pasar a un primer plano, y el acceso del individuo a ellas, cuando se desbloquea, se profundiza y se regula, usando los marcadores somáticos/afectivos positivos del proceso de reconocimiento para permanecer en marcha, momento a momento. La aparición de las *tendencias adaptativas a la acción* y de los *afectos posdescubrimiento* (por ejemplo, sentirse aliviado, más ligero, más claro, más fuerte) marcan el final de la ola de procesamiento de una emoción categórica hasta su finalización.

- *Segundo estado de transformación.* La aparición y desaparición de la ola de emoción son siempre positivas e indican la llegada de la segunda transformación de estado, donde existe un verdadero alivio y claridad. Los pacientes hablan de «tener el corazón ligero y estar abiertos», en las palabras de uno de ellos. Se produce un cambio definitivo en la experiencia sensorial somática, generalmente en el área del «corazón» o en forma de calidez y energía que emergen «a nivel de la tripa».

Hacia el final de la ola de procesamiento de la experiencia emocional hasta su finalización, el yo vuelve a ocupar el asiento del piloto: los *afectos de vitalidad* pasan a primer plano, liberando una energía enorme y, por lo tanto, proporcionando combustible para la acción adaptativa. La propia experiencia de la emoción procesada activa unos recursos esenciales para la resolución del problema que requería una mayor atención de la persona al principio; es decir, las *tendencias adaptativas a la acción* asociadas con esa emoción. Las nuevas respuestas del individuo reflejan el acceso a nueva información emocional (sobre el yo, el otro, la situación) que no era accesible antes de la experiencia completa de la emoción. Incluso cuando la emoción categórica en sí es negativa o dolorosa, como en el caso de la ira, por ejemplo, la experiencia afectiva tras la liberación de las tendencias adaptativas a la acción (por ejemplo, fuerza, poder, asertividad) es experiencialmente muy positiva y energizante.

# ESTADO TRES – PROCESAMIENTO DE LA EXPERIENCIA TRANSFORMACIONAL:

## *PROCESAMIENTO METATERAPÉUTICO Y AFECTOS TRANSFORMACIONALES*<sup>6</sup>

Lo que en muchas terapias suele verse como un criterio de valoración natural, marca la entrada a otra ronda de trabajo experiencial para la AEDP. El enfoque pasa al *procesamiento metaterapéutico* de la *experiencia* de transformación del paciente. Si en el Estado Dos procesamos la experiencia emocional asociada con el trauma, la pérdida, la decepción y otras disrupciones del mundo del paciente, en el Estado Tres metaprocamos la experiencia transformacional y el (buen) lío que causa en el yo del paciente. De este modo, el metaprocamiento es la conciencia plena (Ogden, capítulo 8 de este libro; Siegel, 2007) aplicada a la experiencia transformacional.

El *procesamiento metaterapéutico* o *metaprocamiento*, en resumidas cuentas, es una contribución fundamental de la AEDP, derivada del descubrimiento de que centrarnos en la experiencia de la transformación en sí misma libera un proceso transformacional, a través del cual los cambios se consolidan, se profundizan y se expanden. Aquí es donde encontramos los fenómenos transformacionales recursivos y en cascada.

El metaprocamiento, tanto metaafectivo como metacognitivo, usa olas alternantes de experiencia (mediada por el hemisferio derecho) y de reflexión (mediada por el hemisferio izquierdo) para integrar los frutos de la experiencia emocional intensa en la organización de la personalidad; concomitantemente, genera más fenómenos positivos asociados con la salud, la resiliencia y la expansión del bienestar, ampliando así la esfera de la experiencia transformacional, mientras la explora. Ésta es la naturaleza de la espiral transformacional que se pone en movimiento mediante el metaprocamiento de la experiencia transformacional y de la energía y vitalidad en expansión que pone a disposición del individuo.

Para el procesamiento metaterapéutico, es fundamental ser consciente de cómo registra el yo la experiencia transformacional a través de las *experiencias afectivas receptoras*, que generalmente operan en silencio y se registran en forma de sensaciones (por ejemplo, seguridad y cariño como calidez y relajación). La reacción del cuerpo ante la experiencia del cambio cuántico, es decir, un cambio grande, discontinuo y bastante repentino e inesperado, activa el «*vórtice sanador*» (Fosham 2006b; Levine, 1997; Yeung, 2003, comunicación personal, 4 de agosto), por ejemplo, oscilaciones, vibraciones, corrientes, torrentes, cambios de temperatura y otras experiencias afectivas receptoras asociadas con la experiencia del yo de una transformación cuántica.

El procesamiento metaterapéutico de la experiencia afectiva acabada de terminar evoca unos *afectos transformacionales* fenomenológicamente diferentes (afectos de

maestría, dolor emocional, afectos sanadores y afectos trémulos), cada uno asociado con un proceso metaterapéutico específico. Los cuatro procesos metaterapéuticos (subrayados) y sus respectivos afectos transformacionales (en cursiva) son los siguientes:

1. La maestría evoca los *afectos de maestría*, el «¡Lo he hecho!» de la terapia, las sensaciones de alegría, orgullo y confianza que emergen cuando se disipan el miedo y los remordimientos.
2. El duelo del yo va acompañado de dolor emocional, que es la pena por el yo, una experiencia dolorosa pero liberadora de empatía por lo que el yo ha perdido, ya sea debido a las limitaciones de los demás o a nuestro propio funcionamiento defensivo crónico.
3. Atravesar la crisis del cambio sanador evoca los *afectos trémulos*, como miedo/entusiasmo, sobresalto/sorpresa, curiosidad/interés, incluso una sensación de vulnerabilidad positiva, se pueden mantener durante las exploraciones emergentes con el apoyo y el sostén de la relación terapéutica.
4. El reconocimiento asertivo del yo y de su transformación evoca los *afectos sanadores*, que incluyen gratitud y ternura hacia el otro, así como una sensación de estar emocionado, conmovido o de estar emotivo por dentro.

Si el procesamiento de la experiencia emocional en el Estado Dos es como una ola, el procesamiento de la experiencia emocional en el Estado Tres es como una espiral. Cada nueva experiencia, una vez explorada, se convierte en la plataforma para la siguiente ronda de exploración. Cada nuevo logro se convierte en una plataforma para la siguiente consecución. Esta espiral amplía la esfera de la experiencia dentro del contexto de un apego seguro, permitiendo una exploración aún mayor. Explorando explícitamente la experiencia y el significado de lo que acaba de pasar en el caso de cada miembro, y compartiéndolo mutuamente, también reforzamos la seguridad del apego, que está arraigado en el hecho de atravesar juntos con éxito una experiencia difícil.

• La *tercera transformación de estado*. Los marcadores de cambio de estado que señalan la finalización del Estado Tres y la emergencia del estado central son la calma, la claridad y una enorme apertura. El estrés del Estado Uno y el tumulto emocional de los Estados Dos y Tres han terminado. La tormenta ha pasado. El viento ha amainado. El cielo está claro y el aire fresco. La respiración es profunda y lenta. La vida es bella. La espiral transformacional metaterapéutica lleva a un estado profundamente satisfactorio, muy profundo, de comodidad, flujo y relajación. Estos afectos anuncian la disponibilidad del estado central, el cuarto estado del proceso transformacional, visto a través de la lente de la AEDP.

## ESTADO CUATRO: ESTADO CENTRAL Y SENSACIÓN DE VERDAD

En el *estado central* sumamente integrado, el paciente tiene una sensación subjetiva de «verdad» y una mayor sensación de autenticidad y vitalidad; casi siempre, el terapeuta también. Las cualidades que definen el estado central se superponen con cualidades características de las personas resilientes y también con las de las personas cultivadas con las prácticas contemplativas y espirituales (sabiduría, compasión hacia uno mismo y los demás, generosidad, bienestar vibrante, ecuanimidad, confianza, creatividad, naturalidad, mayor iniciativa y agencia, una mayor percepción de lo sagrado).

El estado central se refiere a un estado alterado de apertura y contacto en el que las personas están profundamente en contacto con aspectos esenciales de su propia experiencia. La experiencia es intensa, sentida profundamente, inequívoca y declarativa; la sensación se incrementa, las imágenes son vívidas, el enfoque y la concentración no cuestan esfuerzo. La ansiedad, el remordimiento, la culpa o la actitud defensiva están ausentes; no hay presión por hablar, y lo material se mueve fácilmente. La autosintonización y la receptividad del otro conviven fácilmente. La conciencia plena (la capacidad de considerarse a sí mismo, a nuestro mundo y a nuestra propia experiencia en desarrollo como objetos de concienciación y reflexión) prevalece. En este «estado de seguridad» (James, 1902), el paciente entra en contacto con una confianza que se traduce de manera natural en acción efectiva. Se declara el verdadero yo del paciente. Según Hart (1991): «Una quietud descendió sobre mí. Suspiré profundamente, como si de repente hubiera salido de la piel. Me sentí viejo, y satisfecho. La sacudida del reconocimiento atravesó mi cuerpo como una potente corriente» (pp. 26-27).

El marcador afectivo del estado central es *la sensación de verdad*. La sensación de verdad es un afecto de vitalidad cuya *sensación percibida* es una *experiencia estética de corrección*, la corrección de la experiencia propia.<sup>7</sup> La sensación percibida es la manifestación percibida de la experiencia interna del estado central: un alivio profundo por la corrección percibida, y la calma que se siente cuando una imagen que estaba torcida vuelve a estar alineada. Existe una experiencia interna de coherencia, cohesión, complitud y esencia (Grotstein, 2004).

A través del proceso transformacional, esperamos promover el mayor grado de contacto experiencial del paciente (y de nosotros mismos) con la verdad emocional. A menudo, el trabajo más potente se puede hacer cuando tanto el paciente como el terapeuta están en el estado central (lo cual no es muy habitual) y, por lo tanto, son plenamente capaces de moverse hacia delante y hacia atrás entre la compasión y la autocompasión, la sabiduría y la generosidad y la relación entre el Yo Verdadero y el Otro Verdadero.<sup>8</sup> El resultado es la capacidad del paciente de generar una narración autobiográfica coherente y cohesionada, el mejor indicador de la seguridad del apego y de la resiliencia ante el trauma (Main, 1999).

### *El arco de transformación*

El proceso transformacional basado en la emoción, que se desarrolla a través del empuje de la emoción, mantenido momento a momento, es un camino progresivo mediante los afectos de vitalidad que señalan el funcionamiento de los procesos de reconocimiento, describe un arco: una perspectiva psicoevolutiva en un extremo está vinculada orgánicamente con la estética, la espiritualidad y la búsqueda de la verdad personal en el otro. El procesamiento experiencial de las emociones, conformado por eones de evolución, culmina de forma natural en experiencias de viveza, esperanza, fe, claridad, agencia, simplicidad, compasión, coherencia y tanto verdad como belleza.

## Parte IV: La crisis de la transformación<sup>9</sup>

Hemos establecido que la emoción, un potente agente de cambio, es sinónimo de «disrupción» (Damasio, 1999), pero que, cuando se regula y se procesa hasta su finalización, aporta unas grandes ventajas adaptativas a la persona. La *experiencia* de la transformación, en sí un agente de (más) transformación, cuando se registra por primera vez, también representa una disrupción, una perturbación del *statu quo* y, como tal, un reto para la identidad familiar. También es un vehículo para el crecimiento, pero sólo si la crisis que genera se supera con éxito.

Mientras que las emociones categóricas emergen frecuentemente en circunstancias potencialmente negativas, la crisis de transformación siempre tiene lugar en el contexto de un cambio para mejor, a menudo el logro de cambios que se deseaban fervientemente. Pero la transformación requiere soltar lo familiar que, aunque sea doloroso, resulta cómodo porque es conocido. Aquí, y en el caso siguiente, miramos lo que está sucediendo cuando «lo nuevo» (lo «nuevo» bueno) evoca resistencia<sup>10</sup> porque presenta una amenaza a la identidad establecida.

Aunque la transformación es una crisis psíquica, no es una crisis externa. Con cierta cantidad de mejora terapéutica ya bajo el brazo, el cambio adicional parece discrecional, no esencial para la supervivencia. La motivación de la aflicción psíquica intensa, que inicialmente trae al paciente al tratamiento y funciona como una chispa para la exploración, está ausente. Como mucho, las cosas están bien. En estas condiciones, la disrupción no se produce tan ligeramente. Cuando el temor o la reticencia son palpables, es importante que digamos al paciente que la transformación y el cambio son disrupciones que, por mucho que sean deseables, pueden dar miedo.

Como el cambio puede ser como el trauma (especialmente para las personas con un historial traumático; es decir, no sabemos qué va a suceder), entonces ¿cómo logra lo nuevo tener un impacto en nosotros para que podamos crecer? Aquí volvemos al concepto de reconocimiento y a la dialéctica de la acomodación y la asimilación. Para retomarlo: si la emoción es la disrupción que nos obliga a acomodarnos a nuevos aspectos de la realidad, el reconocimiento es el proceso mediante el cual asimilamos lo nuevo y lo guardamos en nosotros. El reconocimiento, y la familiaridad que paradójicamente denota, es la alternativa progresiva ante la regresiva llamada de la resistencia frente al cambio transformador.

El paciente atraviesa el arco de la crisis y la resolución mediante un proceso dinámico de emoción/disrupción y de reconocimiento/reclamación. Diferentes emociones específicas (los *afectos transformacionales*) marcan esta alteración. Los *afectos trémulos* surgen como respuesta a la crisis del cambio sanador: emergen a la luz de experiencias afectivas receptivas que registran el carácter repentino y la magnitud del cambio. Los *afectos trémulos* tienen el yo casi literalmente temblando de vulnerabilidad. Los *afectos sanadores*, por otro lado, emergen a la luz de experiencias afectivas receptivas de reconocimiento; en este caso, reconocimiento en el segundo sentido, como experiencia percibida. La emergencia de los *afectos sanadores* señala que la resolución de la crisis de

transformación está en marcha. Juntos, los afectos trémulos y los afectos sanadores son ejemplos de lo que William James describió fenomenológicamente como «las emociones fundidas y los afectos tumultuosos asociados con la crisis del cambio» (1902, p. 328).

Como hemos visto, el reconocimiento es un proceso intrínsecamente diádico, un momento de encuentro entre el yo y algo más. En el siguiente caso, el reconocimiento implica un momento de encuentro entre el yo y el yo, con el terapeuta como matrona. A continuación, conoceremos a Dennis.



## Parte V. Caso clínico: la luz abrasadora de la transformación

Dennis es un dedicado padre de cuatro hijos divorciado, y al inicio del tratamiento un profesional de mucho éxito en un trabajo muy estresante. Deprimido y con ansiedad, al principio acudió en busca de tratamiento por el sufrimiento que le provocaban las faltas de respeto que toleraba en sus relaciones tanto personales como profesionales, y por sus dificultades por no dejarse pisotear ante la explotación de los demás. En el momento de esta sesión, tiene 50 y pocos años de edad, y lleva un año y medio en la segunda tanda de tratamiento (la primera quedó interrumpida debido a su abuso de sustancias).

Gran parte de su trauma temprano (abandono significativo y abuso físico, emocional y ocasionalmente sexual) ha sido procesado. Ya no está deprimido y tiene mucha menos ansiedad, ha hecho cambios progresivos en su vida personal y profesional, y ha desarrollado mejores estrategias para regular el estrés. Tras haber reducido mucho su consumo de bebida y tabaco, cada vez se cuida más.

Dennis cuenta con la protección de la díada terapéutica al pasar de su lucha inicial con la irritación y la resistencia hasta el clic del reconocimiento y los fenómenos emergentes que produce (nuevos significados, asombro, placer en el progreso) para hacer uso de la sanación completa materializada en la experiencia transformacional. Las conversaciones transcritas a continuación muestran las microdinámicas del proceso de cambio efectivo que emergen cuando la espiral transformacional se pone en marcha mediante el metaprocésamiento de la experiencia transformacional,<sup>11</sup> que en esta sesión en concreto está repleta fenomenológicamente de experiencias de intensa luz.<sup>12</sup>

*Nota:* Las cursivas en paréntesis describen los aspectos no verbales de la interacción, y los comentarios entre corchetes en negrita son comentarios sobre el proceso. La indicación [**clic**] significa «implementación del clic de reconocimiento».

Dennis, aunque es un paciente entregado atrapado por el proceso y de naturaleza entusiasta, al principio de esta sesión se siente de otro modo.

### **Primera parte:** *Desgaste, irritación y resistencia frente al cambio*

PACIENTE: Me siento cansado... Estoy en una especie de pausa en el proceso..., como si ya hubiera tenido bastante...

TERAPEUTA: Le escucho...

PACIENTE: No tengo nada en la cabeza..., tengo la sensación de que ya ha hecho el trabajo. Y ¿ahora qué? No sé..., quizás mi sensación de meseta o de pausa es una sutil sensación de irritación.

Al inicio de la sesión, al paciente visiblemente le cuesta empezar. Está cansado y siente que ha alcanzado una meseta en su terapia. Habla con muchas pausas, a veces muy largas. En las pausas, no tiene nada en la «mente», pero muchas cosas en el cuerpo. La postura del terapeuta es abierta, con interés, tranquila, calmada y motivadora.

PACIENTE: Tampoco sé si irritación es la palabra adecuada..., más bien una especie de... resistencia...

TERAPEUTA: Entonces esta resistencia..., es decir, quiero atender a ella. Está diciendo algo. No lo entiendo exactamente, pero creo que tiene que ver con que las cosas estén bien...

PACIENTE: Sí...

TERAPEUTA: Puede que me equivoque, pero... algo que ver con las cosas nuevas... [una afirmación plataforma]<sup>13</sup> ... ¿sabe a qué me refiero?

PACIENTE: (Emocionado, más lento). Yo (larga pausa) Sabe..., realmente estoy muy acostumbrado a las desgracias de mi vida. [Clic]

El comentario integrativo del terapeuta reformula la resistencia como miedo a lo bueno y a lo nuevo. El paciente, tras haber hecho tanto en el tratamiento, tiene miedo a lo que vendrá después. La reformulación permite una caída, seguida por el clic del reconocimiento. La «resistencia» empieza a desaparecer.

### **Segunda parte:** *Algo abrasador; una mirada de reojo*

PACIENTE: En nuestro trabajo, he tenido realmente una sensación de pausa en mi desgracia y (emocionado)... es una sensación abrasadora [observe el fotismo de «abrasador», una luz tan intensa que quema]..., es un poco demasiado. Es raro, nuevo y perturbador... Estoy acostumbrado a mis desgracias (pausa). Creo que ya no tengo la sensación de esperanza y alegría...

TERAPEUTA: Entonces, ¿cómo es la esperanza y la alegría, y no tener a la desgracia como compañero permanente? ¿Cómo es? Dice que es abrasador. ¿Abrasador? ¿En qué sentido?

PACIENTE: (Titubeante, emocionado). Sabe, esos momentos de descubrimiento que hemos vivido antes eran muy... y eran sobre las relaciones con mis padres... y mi familia.

TERAPEUTA: Ajá...

PACIENTE: Tuve una enorme sensación de ser justo, aunque Freud dijo que nunca se puede vaciar la ciénaga, he tenido la sensación de vaciar mi ciénaga... Y parecía real...

TERAPEUTA: Ajá...

PACIENTE: (Pausa, dubitativo). Pero aun así, cuando intento responder a su petición de «permanecer con esa sensación abrasadora»... es como si no pudiera mirarla directamente... Incluso cuando le digo que es abrasadora, siento como si estuviera en el borde de algo que sólo puedo mirar de reojo [bonita articulación de la experiencia emergente difícil de articular].

TERAPEUTA: Bien..., ¿y cómo es la sensación de mirar de reojo?

PACIENTE: Es sutil...

TERAPEUTA: Pienso que es significativo... y que esta mirada alejada tiene dos partes, sabe... Una tiene que ver con la mirada de reojo y la sensación de que todos estos cambios tienen algo de abrasador... y la otra es un poco... una sensación de... y de nuevo es sutil, evitación, como si me estuviera evitando..., así parece ser [nueva plataforma].

PACIENTE: Tengo miedo (voz temblorosa, afectos trémulos). Tengo miedo de lo que venga después... No sé muy bien cómo empezar a explorar..., me siento como... si muchas cosas estuvieran a punto de pasarme y me da miedo. [Clic].

TERAPEUTA: Sí, sí.

PACIENTE: (*Afectos trémulos*). Casi no puedo ni..., quiero decir, quiero alejarme del miedo, no me da ganas de investigar... Y sí, creo que siento un poco de evitación. [Clic].

La aceptación cariñosa/con interés/curiosa del terapeuta hacia la «resistencia» del paciente, es decir, su inclinación hacia la evitación, desata las fuerzas de transformancia. El paciente, que había estado vibrando somáticamente en la imprecisión, ahora es capaz de empezar a adueñarse de su experiencia. Observe cuán a menudo el «clic» del reconocimiento viene después de una afirmación tipo plataforma y rápidamente se convierte en una nueva plataforma para la siguiente ronda de exploración. Con cada clic de reconocimiento, existe un cambio energético: liberación de la tensión, menos ansiedad, mayor acceso a la experiencia interna. Mientras que un minuto antes el «miedo» y la «evitación» eran lo «apenas captado», ahora son la plataforma para el lanzamiento de la siguiente ronda de exploración.

En términos de la fenomenología, «*abrasadora*» es la experiencia de transformación afectiva receptiva de Dennis, que nos indica lo intensa que es, y cuán disruptiva. Una vez se articula, los afectos trémulos se ponen en marcha. Debido a su naturaleza, están suspendidos entre la evitación y la exploración como respuesta a la novedad de la experiencia transformacional. En la parte siguiente, el paciente, tras experimentar y articular su miedo, dice «No quiero realmente hacer algo nuevo... Quiero y no quiero».

### **Tercera parte: *Ansiedad***

PACIENTE: No quiero realmente hacer algo nuevo...

TERAPEUTA: De acuerdo.

PACIENTE: Quiero y no quiero..., sí.

TERAPEUTA: Casi puedo notar que está incómodo.

PACIENTE: Sí, me siento incómodo..., sí.

TERAPEUTA: Veo la incomodidad en sus hombros y...

PACIENTE: Sí, me siento incómodo físicamente.

TERAPEUTA: ¿Dónde? ¿Dónde y cómo?

PACIENTE: Noto los nervios en la pierna... Cuando iba al instituto, tenía la sensación de tener las piernas nerviosas. Sabe, ansiedad..., como si quisiera salir saltando de mi piel, teniéndome literalmente que levantarme y andar y moverme porque... No me siento igual que cuando tenía 15 años, pero aun así me siento incómodo.

Animo a Dennis a permanecer con su experiencia somática. La siguiente parte de la sesión es tranquila, muy hacia dentro, mientras él reflexiona sobre el tratamiento, envuelto con la calma y la espera paciente del terapeuta.

#### **Cuarta parte: Rendición – desconcierto, necesidad de ayuda**

PACIENTE: Hasta ahora ha estado muy bien... Había cosas que necesitaba articular, quería articular, heridas del pasado... Lo retomamos donde lo dejamos y lo hicimos realmente...

TERAPEUTA: Lo hicimos. Exacto. Exacto.

PACIENTE: Lo hicimos. Venía a nuestras sesiones con las sensaciones y los pensamientos mezclados y quería hablar de todo ello..., y ahora, no sé, me siento un poco desconcertado..., como si necesitara su ayuda para hacer preguntas..., como si hubiera perdido en cierto modo mi propia introspectiva... Antes tenía cosas que contarle y se las he contado (carcajada)... y ahora no sé qué decir.

TERAPEUTA: Bien..., bien..., pero hay algo...

PACIENTE: Siento cierta incomodidad... y no ha adoptado realmente ninguna forma.

La siguiente ronda de experiencia emocional emergente está anunciándose. Es difícil captar la totalidad de la experiencia somática que va del paciente al terapeuta y viceversa. Sostenido con la díada terapéutica, habiendo pasado a través de la resistencia y la evitación, el paciente ahora se rinde a su experiencia. Ya no se resiste, acepta su vulnerabilidad, y dice: «Necesito su ayuda para hacer preguntas». Y me uno a él. Juntos, toleramos la incomodidad de no saber y de luchar por hablar el lenguaje ascendente de la experiencia emocional (Prenn, 2009). Esto es lo que nos mantiene en el buen camino mientras avanzamos por la espiral transformacional.

#### **Quinta parte: Trabajar con la experiencia emergente – «En el borde de mi visión hay...»**

TERAPEUTA: ¿Puede soltarse en esta incomodidad y estar conmigo? ¿Y dejarme estar con usted mientras la siente? [**Regulación del afecto diádico: estamos juntos en este viaje, «nosotros», él no está solo**].

PACIENTE: (*Abierto, vulnerable*). Sí..., sí que puedo.

TERAPEUTA: ¿Cómo se siente?

PACIENTE: Bien... (*permaneciendo con la sensación, un largo silencio pensativo, una expresión confundida..., luego una gran sonrisa*). Sabes cuando percibes algo de forma anticipatoria..., ¿una coincidencia o un sexto sentido?... Esto es lo que me hace sentir incómodo... Así sentado con esta sensación de incomodidad... también tengo esta sensación de que hay algo en el borde de mi visión [**fenómeno emergente**].

TERAPEUTA: Ajá... [**manteniendo no verbalmente la conexión diádica**].

PACIENTE: (*Con el asombro de la aparición de un descubrimiento*). No es que no quiera mirarlo, es simplemente que está en el borde de mi visión... [**¡Clic! Algo incipiente puede articularse ahora**].

TERAPEUTA: Es como que aunque gires la cabeza, sigue estando en el borde de la visión. Es su naturaleza... Permanezca conmigo... (*Se adelanta, acercándose al paciente*).

PACIENTE: Tengo la sensación de que hay algo aquí... No sé qué hacer a continuación...

TERAPEUTA: *(Con ternura)*. Pero le toca algo dentro.

PACIENTE: Sí... *(muy tierno, sensación profunda, lágrimas en los ojos, una pausa..., asentimiento diádico con la cabeza)*.

TERAPEUTA: Sólo observe qué está sucediendo.

PACIENTE: En realidad, estaba pensando algo muy particular. En los últimos diez o quince minutos no he pronunciado muchas palabras...

TERAPEUTA: Correcto.

PACIENTE: Simplemente he estado sentado aquí, sintiendo esta especie de incomodidad y [esto] que no logro ver. Pero la idea concreta que me acaba de venir es que, desde hace mucho tiempo, estoy haciendo muchas cosas, de manera que no estoy atendiendo a esto que está en el borde de mi visión... No sé, es la extraña sensación de que salir y beber, fumar cigarrillos y ver mucha televisión son cosas que en sí no son muy atractivas, pero las hago para rellenar el tiempo o para evitar... o no ver lo que tengo en el borde de mi visión. **[Clic]**.

TERAPEUTA: Bien..., bien... ¡Vaya!

PACIENTE: *(Larga pausa, tono pensativo al hablar)*. Hmm, no lo sé.

TERAPEUTA: De nuevo, no sé si estamos manejando intangibles, pero estoy percibiendo física o emocionalmente cuánta inquietud tiene... Y realmente valoro mucho que sea consciente de ello... Algo ha surgido..., la sensación de que realiza todas estas actividades como un relleno... y en cierto modo *(sonrisa)* se me ocurre que lo está pasando muy mal.

PACIENTE: *(Triste, con una ligera sonrisa)*. Ya lo sé.

TERAPEUTA: Hemos resuelto todo aquello que ha formado parte de su experiencia, ha dejado su trabajo y sus insanas presiones. Está empezando a hacer más y cosas más saludables por sí mismo, está dejando de beber, de comer mal, de fumar... Así que es como «¡Oh! ¡Oh!». Bueno, estoy bromeando un poco, pero ya sabe, no estoy tan de broma...

PACIENTE: Me gusta la expresión «tengo un graaaaaan problema» *(risas)*. Me recuerda aquellos dibujos del perro que va en monociclo, sobre un cable elevado, haciendo malabarismos, y dice: «Me acabo de dar cuenta de algo; esto es divertido pero soy un perro viejo y éste es un número nuevo» *(paciente y terapeuta se ríen)*.

TERAPEUTA: ¿Qué ha sucedido cuando he dicho «tiene un problema»?

PACIENTE: *(Con una voz dubitativa, emocionada, llorando)*. Pensé que lo que tengo en el borde de mi visión es... la persona que se supone que soy, la persona que siempre he querido ser *(afectos sanadores)*, a la que parece que no puedo llegar. Lo cual es una sensación extraña para un hombre de mediana edad **[¡Enorme clic! ¡Vaya!]**.

Este descubrimiento aporta un reconocimiento extraordinariamente coherente y conmovedor: «Lo que tengo en el borde de mi visión es... la persona que siempre que querido ser, pero a la que parece que no puedo llegar».

Estamos en un lugar nuevo, los afectos trémulos se han inclinado con éxito hacia la

exploración. A partir de ahora, el paciente está en un estado exacerbado de experiencia emocional, en contacto directo con una experiencia transformacional profunda, de la cual ya no se está defendiendo. Rindiéndose a su experiencia, se deja llevar por el poder de la nueva comprensión emocional y las emociones transformacionales emergentes que la vitalizan..., no hay fatiga a la vista.

### **Sexta parte: *Primero felicidad, luego percepción***

PACIENTE: (*Emocionado, hablando dubitativamente, como si estuviera descubriendo lo que piensa en el momento de decirlo*). Esto es lo que tengo en el borde de mi visión. Es (*larga pausa*)... si suelto toda la mierda que tengo a mi alrededor..., no es miedo exactamente..., siento esa sensación..., antes he usado la palabra «abrasador»... Hay esa posibilidad brillante y sólo con pensar en ello..., no sé...

TERAPEUTA: Sólo con pensar en ello..., quédese allí. Y observe.

PACIENTE: Sabe, hay miedo...

TERAPEUTA: Síí, pero también hay algo más.

PACIENTE: (*Asintiendo*). Creo que... (*lágrimas, lloros, afectos de sanación*).

TERAPEUTA: Haga espacio.

PACIENTE: (*Hablando entre lágrimas*). Tengo que soltar esas penas... Pero ahora creo que tengo esta posibilidad de soltarlo todo. Así es como me siento.

TERAPEUTA: ¿Puede permitirse sentir eso?

PACIENTE: (*Asombrado*). Sí. Me siento... (*emocionado*)..., no me siento triste... Tengo los ojos llenos de lágrimas, pero... ¡menuda idea! Esta pena es como un caparazón que puedo quitarme como una gran costra... Lo abrasador es la sensación de felicidad (*afectos sanadores*)... En realidad, así me siento, como si se me fuera a caer una costra, como si la desgracia fuera una cosa grande, de una pieza...

TERAPEUTA: ... que se puede despegar.

PACIENTE: Se puede despegar (*con lágrimas, voz trémula, afectos sanadores*). Nunca antes había pensado en eso..., que la pena es algo que se puede despegar. Por eso me parece tan bonito. Me la puedo quitar y dejarla a un lado (*hace este gesto de quitárselo y ponerlo a un lado*). Podría quitármelo todo y ponerlo a un lado..., todas las malas sensaciones... Y la idea abrasadora, dolorosamente alegre es que... es que puedas hacerlo (*llorando, emocionado, afectos sanadores, larga pausa*)... Esta idea de quitarme esta piel gruesa y despegármela me hace sentir muy feliz... Pero me parece muy nueva... Sabe, creo que la metáfora de la ciénaga no es acertada.

TERAPEUTA: Sí, de acuerdo. Exacto..., estamos en un lugar muy diferente... con esta especie de luz abrasadora.

PACIENTE: Sí, luz... (*lento asentimiento diádico de la cabeza, pausa larga*).

PACIENTE: Creo que lo que es abrumador es la falta de familiaridad..., es esta luz tan brillante... [**fotismo**] que puede ser posible... Es casi como el menosprecio físico hacia algo..., decidir que puedo hacer esto. Esto es lo que parece ser doloroso o lo que es emotivo... porque he estado abrazando la pena demasiado tiempo.

Observe el tono declarativo y la claridad: mientras que la experiencia emergente es

dubitativa y tentadora, la experiencia emocional totalmente sentida tiene claridad y fuerza. Su vitalidad fomenta un nuevo significado que emerge con cada nuevo ciclo de la espiral.

### **Séptima parte:** *Una figura de luz*

PACIENTE: Estaba pensando en la película *Cocoon*. [Descripción conversacional: los alienígenas se quitan su «traje humano»... debajo, son una luz pura]. Cuando estaba sintiendo esa sensación, he tenido la sensación de salir de algo y ser sólo una figura de luz [**fotismo**].

TERAPEUTA: Vaya... qué emotivo y bello.

PACIENTE: Nunca antes había pensado esto..., que podría ser feliz básicamente... Antes, pensaba que podría ser feliz *si* pasaba esto o aquello. Pero nunca pensé que pudiera dejar toda mi desgracia atrás.

TERAPEUTA: ... y ser usted mismo.

PACIENTE: Quiero decir... no sé cómo será no estar siempre rodeado de pena, pero estoy dispuesto a intentarlo (*risas*).

Octava parte: Lágrimas de posibilidad

PACIENTE: Es la posibilidad de soltar toda la desgracia... Parece real, como algo que puedo hacer. No sé si voy a hacerlo, simplemente he descubierto que es posible.

TERAPEUTA: Correcto..., y que esto que estaba en el borde de su visión es el yo que usted quería ser.

PACIENTE: Sí... (*emocionado, lágrimas*).

PACIENTE: Me parece muy bonito... (*descubrimiento de los afectos sanadores... sollozos. Luego, levanta la cabeza, los ojos, suspiros diádicos, ahora más tranquilo, tono de asombro, ojos llenos de luz*). Qué raro, no es nada triste.

TERAPEUTA: No es triste.

PACIENTE: No lo es. Sabe, antes [refiriéndose a sesiones anteriores] mucha de la emoción que sentía eran lágrimas de pena por el niño herido. Pero estas lágrimas... son lágrimas de posibilidad.

El paciente llora profundamente con sollozos de felicidad. Tiene el rostro derecho, relajado y abierto, con un contacto visual completo cuando no está llorando. Tras la ola de lágrimas, se produce una profunda tranquilidad en la habitación. Entra en un estado central.

### **Novena parte:** *Dulzura, metaprocesando lo que acaba de ocurrir*

TERAPEUTA: ¿Cómo se siente?

PACIENTE: No me siento cansado..., me siento relajado.

TERAPEUTA: ¿Qué nota en las piernas?

PACIENTE: (*Sonríe*). Una calidez aquí (*se da una palmadita en el corazón con la mano*).

TERAPEUTA: ¿Cómo es?

PACIENTE: Es dulce. Como una buena pera cuando tienes hambre y sed al mismo tiempo.

Los afectos de vitalidad, la energía y la relajación son resultado del metaprocesamiento de la experiencia transformacional. Y en la parte siguiente, llegan la tranquilidad y la percepción profunda.

### **Décima parte: *Narrativa y confianza sólida***

PACIENTE: Sabe, los momentos de descubrimiento vienen con estas sensaciones, y ya lo había sentido en otras ocasiones, y pensé «Bueno, esto también pasará»... Pero luego siempre volvía para contarle que no se me había pasado... La luz de lo que he visto más de frente ahora me parece muy sólida. Espero que se quede conmigo. Que este momento no sea sólo una experiencia pasajera.

TERAPEUTA: Claro..., sino más bien... **[afirmación puente]**

PACIENTE: ...más bien un punto de partida tras algo que he dejado atrás.

TERAPEUTA: Ajá.

PACIENTE: Algo muy potente ha sido cuando me ha animado, *nos* ha animado, a estar incómodos juntos. Y ha sido muy potente. Es muy extraño, porque al principio parece que no va a llevarte a ninguna parte...

TERAPEUTA. Correcto.

PACIENTE: Sabe, he descrito la sensación como irritación. Hay cierta frustración al no saber qué hacer con ello... Es casi como si necesitara que me animara a ser paciente...

TERAPEUTA: ... a dejar que algo se aposentara o a confiar en usted en cierto modo.

PACIENTE: Sí, es genial.

Está muy bien que el paciente termine su sesión con «genial». Significa que ha asimilado la luz que ha experimentado y la ha integrado en su yo cotidiano o, según la afortunada visión de Ruggieri,<sup>14</sup> de «pasar de ser una luz a volver a ser un hombre en vaqueros».

La experiencia de la transformación cuántica evoca los afectos trémulos, un temblor ante lo nuevo, atrapado entre el miedo y el entusiasmo. Luego, los momentos de reconocimiento, los momentos en los que algo se pone en su sitio, dando lugar a los afectos sanadores. Lo que parece extranjero para el yo, incluso temeroso, antes en el proceso, unos minutos después se experimenta como algo fundamental y central para el yo. Así, se promueven nuevos significados y potenciales para nuevas formas de ser mediante los afectos de vitalidad positivos liberados.



## Espirales y afectos positivos: fenómenos emergentes con su propia mente

Las motivaciones que emergen de las características dinámicas del proceso transformacional dan lugar a fenómenos que la persona que siente la experiencia percibe como espontáneos, como si tuvieran una mente propia. Estos fenómenos surgen de forma natural durante el metaprocesamiento de la experiencia transformacional en el contexto de un entorno diádico en el que el paciente se siente seguro y reconocido. A través de la dialéctica de la emoción y el reconocimiento, los resultados del proceso transformacional animan el impulso de transformancia del organismo con vitalidad, energía y el acceso a los recursos necesarios para la actividad energética de la vida: para el crecimiento, el aprendizaje y la prosperidad. Si la patología drena y disipa la vitalidad y la energía, el reconocimiento y la emoción (cuando se regulan y se procesan hasta su finalización) son componentes fundamentales de los procesos transformacionales que siguen desarrollándose.

Fredrikson (2001) diferencia entre las *emociones negativas*, para la supervivencia, y las *emociones positivas*, para la ampliación de las capacidades y el crecimiento. Paralelamente, podemos afirmar que el trabajo de procesamiento de las emociones es para manejar los cambios en nuestro mundo, mientras que el trabajo de procesamiento de la transformación es para manejar los cambios en nuestro yo. Las emociones categóricas estrechan necesariamente nuestro enfoque de los retos más importantes para la supervivencia. En cambio, las emociones positivas lo amplían y llevan a la mejora y a la ampliación de nuestros repertorios, los cuales, a su vez, motivan y alimentan la exploración. Nuevas ideas, elecciones y, más importante aún, nuevas capacidades aparecen espontáneamente y dan lugar a nuevas actividades y experiencias que, acompañadas por un afecto positivo, aportan más energía al sistema y vuelven a recargar la espiral.

No es sólo que las heridas de apego se sanen, el trauma se transforme o la depresión desaparezca. Los pacientes mejoran, pero no se trata de volver al estado basal: se trata de la activación de nuevos recursos y capacidades, que puede que no se hayan imaginado nunca, y aún menos previsto, al principio. Cuando las nuevas experiencias y significados se integran en el yo, motivan y organizan nuevas direcciones. El sistema adquiere un nuevo objetivo fijado.

Aunque, a nivel de contenido, los potentes impulsos motivacionales que son características emergentes del proceso transformacional no se pueden describir de antemano, porque no tienen nada de apriorístico, *pueden* describirse dinámicamente y fenomenológicamente (ver Fosham 2005, en prensa; Russell y Fosha, 2008). Estamos en el terreno de los fenómenos, que se describe mejor en el marco de la teoría de los sistemas dinámicos no lineales. La calidad básica de la experiencia emergente es una rendición ante las experiencias de flujo, de estar «en la zona», de cosas que nos llegan espontáneamente, que emergen totalmente formadas, en ocasiones casi sin llevar la marca de la autoría personal. Mozart decía que no se sentía tanto compositor como

*amanuense*, alguien que actúa al dictado de una fuente externa al yo. Tenemos la experiencia de ser un vehículo para esos fenómenos, no viceversa, por lo tanto la sensación de que tienen una mente propia.

La investigación de Fredrickson (2001) se centra en los elementos constituyentes de la resiliencia y en las respuestas comparativas al estrés de las personas resilientes y no resilientes. La resiliencia ante el estrés implica la capacidad de mantener los afectos positivos y de recuperarse rápidamente de los afectos negativos sin recurrir a la negación. Esta definición encaja con lo que las madres que generan seguridad promueven en sus hijos (Schore, 2003a, 2003b) y con lo que promueven las prácticas contemplativas yóguicas (Davidson y col., 2003; Loizzo, en prensa). Esta resiliencia, y los afectos positivos intrínsecos en ella, están muy correlacionados con la salud cardíaca, la longevidad, un matrimonio más feliz, menos resfriados y con todo lo bueno que podamos pensar (Fredrickson y Losada, 2005; Harker y Keltner, 2001).

Estos procesos transformacionales emocionales positivos son, por su propia naturaleza, procesos recursivos, donde más da lugar a más. No es un modelo de saciedad ni un modelo de reducción de la tensión, sino más bien un modelo apetitivo. El deseo surge al hacer. Cuanto más hacemos algo que nos sienta bien, más queremos hacerlo. Según Ghent (2002):

Igual que los sistemas motivacionales llevan a la emergencia de nuevas capacidades y funciones, las *nuevas capacidades engendran nuevas derivadas motivacionales* en una espiral de desarrollo cada vez más compleja. [...] La adquisición de una nueva capacidad es en sí una perturbación que desestabiliza el estado existente de organización motivacional. En la medida en que el uso de la nueva capacidad proporciona placer y satisfacción, reduce el dolor o la aflicción y, en cierto modo, mejora la supervivencia, aparecerá, bloqueando las circunstancias inhibitorias, una nueva necesidad de ejecutar y desarrollar la capacidad. *Las capacidades funcionales adquieren una nueva característica: la necesidad de ejercitar esa capacidad y aumentar su rango* (cursivas añadidas).

Al ejercer nuestras nuevas capacidades, se convierten en parte de quienes somos, nuevas plataformas desde las que podemos llegar al siguiente nivel. Por lo tanto, los ciclos recursivos de transformación sanadora y de fenómenos emergentes dan lugar a nuevos ciclos transformacionales y nuevos fenómenos, y éstos a nuevas capacidades que se traducen en mayores repertorios de pensamiento-acción. No estamos más que empezando a comprender y a aprovechar la plasticidad de nuestro cerebro, como Doidge deja claro en su libro, *The Brain That Changes Itself*:

Muchos de los gustos que nos parecen «naturales» se adquieren a través de un aprendizaje y se convierten en nuestra «segunda naturaleza». Somos incapaces de distinguir nuestra «segunda naturaleza» de nuestra «naturaleza original» porque nuestros cerebros neuroplásticos, una vez se han reprogramado, desarrollan una nueva naturaleza, donde cada fragmento es igual de biológico que el original (2007, p. 102).

Aunque los impulsos de transformancia están programados, no nacemos con el impulso de hacer *ballet* o de arreglar coches o de publicar libros sobre la emoción. (Si

Michael Phelps, hasta la fecha el mejor nadador de la historia de los Juegos Olímpicos, nunca se hubiera acercado a una piscina, no tenemos ni idea de qué habría hecho, si es que hubiera hecho algo). Pero cuando las actividades transformacionales son satisfactorias y agradables y están marcadas por procesos de reconocimiento, hacerlas nos permite convertirnos en quienes creemos que somos. Incluso en la diada paciente-terapeuta: cuando funciona, es como si fuera la única diada que habría podido funcionar. Lo mismo pasa en el caso de una sesión como la descrita anteriormente. El modo en el que se desarrolló tiene la coherencia de la inevitabilidad aunque, en realidad, no tuviera nada de inevitable.

Nuestra segunda, tercera y cuarta naturaleza nos parecen igual de naturales y de fundamentales que las emociones categóricas programadas. Las emociones positivas aportan tanto la motivación como el combustible para esta reprogramación, ampliando y desarrollando lo que consideramos «yo» y completando el círculo, pero en una espiral. Porque ya no somos el «yo» con el que empezamos: durante el viaje, no sólo ha cambiado nuestro destino, sino también nuestro punto de partida.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Cindy Hayden su importante ayuda editorial.



# Notas al pie

1 Este capítulo está dedicado a Allan Whiteman como reconocimiento y gratitud por ser exactamente quien es.

1 En cambio, el momento que evoca emoción es un momento de *no encaje*, en el que lo interno y lo externo no encajan. La emoción surge cuando no se cumplen las expectativas y el yo tiene que echar sus cuentas.

2 El uso del reconocimiento para orientar el proceso terapéutico *supone* que se han resuelto los bloqueos defensivos y los afectos inhibitorios (por ejemplo, ansiedad, remordimiento, culpa, miedo) que dificultan el acceso a la experiencia afectiva de base somática y que su impacto, por lo tanto, se ha minimizado. Esto es cuestión de técnica y representa una parte importante de los textos clínicos, incluidos mis propios textos (por ejemplo, Fosha, 2000). Sin embargo, en este capítulo no se habla de la técnica, sólo se da por supuesta o, como dice la ley, se estipula. No obstante, es necesario comentar este punto porque el reconocimiento puede ir unido a muchos fenómenos que son resultado de los afectos defensivos e inhibidores y, por lo tanto, no van a liberar el proceso de transformación sanadora. Evitar a la gente puede parecer correcto a una persona esquizofrénica, y no salir de la cama puede parecerle bien a una persona con depresión, pero las experiencias de reconocimiento que marcan, refuerzan y amplifican los impulsos basados en la resistencia no son los que nos ocupan aquí. Ni las técnicas para transformar esas experiencias. Lo que estamos describiendo aquí son las experiencias de reconocimiento que marcan, refuerzan y amplifican los impulsos basados en la transformancia, a los que el individuo ya tiene acceso.

3 Véase Fosha (2005) sobre el reconocimiento en el contexto de un encuentro entre el Yo Verdadero y el Otro Verdadero.

4 Mi hipótesis es que mis «procesos de reconocimiento» son similares, o se superponen, con lo que Panksepp y Northoff (2008) llaman el procesamiento relativo al yo y Trevarthen (capítulo 2 de este libro) llama la formación de motivos intrínsecos (IMF).

5 La AEDP es un modelo de tratamiento complejo teórico y clínico. Aquí sólo describiremos los aspectos del modelo que son más relevantes para los temas que estamos tratando. Para una información más completa, especialmente sobre los temas relacionados con las cuestiones clínicas y la técnica, invitamos a los lectores interesados a consultar Fosha, 2000, 2003, 2008 y también el sitio web de AEDP, [www.aedpinstitute.org](http://www.aedpinstitute.org).

6 John Gottman y colaboradores (Gottman, Katz y Hooven, 1997) han desarrollado una idea similar de las metaemociones (es decir, emociones sobre las emociones) pero en un contexto diferente. Están explorando los aspectos problemáticos de la emoción sobre las emociones que causan problemas y síntomas, mientras que yo exploro los aspectos expansivos de las emociones sobre la emoción en el contexto de la experiencia transformacional.

7 No se trata de ser correcto, sino de que las cosas *parezcan* correctas.

8 La relación entre el Yo Verdadero y el Otro Verdadero (Fosha, 2005) es la versión de la AEDP del Yo/Tú de Buber.

9 Muchísimas gracias a Carrie Ruggieri y a su brillante informe sobre mi presentación de este material en la Serie de Seminarios de la AEDP en la ciudad de Nueva York. Ser testigo de mi trabajo transformado a través de la luz de su percepción y experiencia (que momentáneamente lo hicieron distinto) me aportó la experiencia del reconocimiento y la capacidad de guardarlo en mi interior con una mayor comprensión y toda la vitalidad y energía emergentes de esas experiencias.

10 Invito a los lectores interesados a comparar la reacción de este paciente ante la transformación con tres otros casos publicados en Fosha (2006, 2008) y en Russell y Fosha (2008).

11 Las expresiones como «una especie de» y «no sé», tanto por parte del paciente como del terapeuta documentan el proceso de emergencia y el lenguaje de abajo hacia arriba (un lenguaje cuyo objetivo es captar la sensación percibida de una experiencia).

12 William James (1902), en su brillante disquisición sobre la experiencia transformacional, hablaba de la prevalencia de los *fotismos*, unos fenómenos que tienen que ver con la luz en las experiencias transformacionales.

13 Las afirmaciones plataforma son intentos verbales de captar la experiencia emocional que las precede. Son resultado de un proceso cocreado, y reflejan la experiencia y la subjetividad del terapeuta, pero que se consideren correctas o incorrectas depende de si el paciente las percibe como adecuadas. La prueba está en lo que sigue. El establecimiento de una plataforma basada en lo que ya ha sucedido se convierte en la plataforma para la experiencia de reconocimiento del paciente que, a su vez, se convierte en la plataforma para la siguiente ronda.

14 En un correo electrónico a la lista de distribución de la AEDP.





# Emoción, conciencia plena y movimiento

*Expandir los límites reguladores de la ventana de tolerancia a los afectos*

*Pat Ogden*

**RECIENTEMENTE**, la psicoterapia ha empezado a cambiar de enfoque, pasando de los modelos de desarrollo cognitivo a la «primacía del afecto» en un contexto intersubjetivo, redefiniendo la psicoterapia como «la cura de comunicación de los afectos», en lugar de «la cura conversacional» (Schore y Schore, 2008). La regulación de los afectos y los procesos emocionales se destaca como algo central para la psicopatología y, por lo tanto, para la práctica psicoterapéutica (Dorpat, 2001; Fosha, 2000; Goleman, 1995; Schore y Schore, 2008). Los modelos de tratamiento más actuales subrayan la resolución de las emociones no resueltas en las experiencias pasadas dolorosas y la expansión de la gama de afectos. Por consiguiente, entre los principales objetivos de la intervención terapéutica, se incluye una gran gama de emociones desreguladas o no integradas. El paciente a menudo ha eludido esas emociones, al percibirlas como abrumadoras, atemorizantes o demasiado intensas, hasta que, en el contexto de una diada terapéutica sintonizada, se inician, se regulan, se exploran, se experimentan por completo y se transforman.

Dicho esto, un enfoque directo, exclusivo o incluso primario en el procesamiento emocional puede presentar inicialmente dificultades al trabajar con los pacientes que suelen experimentar una abrumadora ola de emociones, una falta de emociones o la misma emoción una y otra vez. En estos casos, la atención directa a las emociones puede exacerbar la desregulación o reforzar los patrones emocionales inadaptados. El afecto se puede regular mejor a través de un enfoque exclusivo en las intervenciones de procesamiento de abajo hacia arriba o sensorimotor que cuestionen estas tendencias, promuevan la estabilización y preparen el camino para un procesamiento futuro eficaz de las emociones. Como veremos, estas intervenciones de procesamiento sensorimotor van más allá de las simples intervenciones de conciencia corporal («¿Qué nota en el cuerpo? ¿Cómo experimenta esto físicamente?»), usando la sensación corporal y el movimiento para tratar y cambiar el modo en que la información *se procesa* a nivel corporal («Siga esta sensación de hormigueo: ¿qué pasa después en su cuerpo? Sienta la tensión en el hombro..., sienta el movimiento de lo que quiere suceder allí; ¿qué sucede cuando ejecuta poco a poco este movimiento?»).

Desde el punto de observación específico del enfoque que prioriza la regulación y el procesamiento de las experiencias sensorimotoras, como tales, este capítulo explora la naturaleza del aprendizaje de los procesos, los problemas relacionados con el trauma y el

apego, y la interfaz entre las emociones y el cuerpo, aclarando cuándo y cómo enfatizar el procesamiento sensorimotor, cuándo enfatizar el procesamiento emocional y cómo integrar ambas cosas. El uso de la conciencia plena dirigida para trabajar con las tendencias procedimentales y para profundizar y mejorar el procesamiento emocional también se subraya. Describo la teoría y la técnica para trabajar en los límites reguladores de la ventana de tolerancia a los afectos, cuando la activación del paciente, tanto emocional como fisiológica, empieza a cuestionar su capacidad integradora, e incluyo una exploración del juego y del afecto positivo.

## Tendencias físicas aprendidas procedimentalmente

El aprendizaje procedimental implica el aprendizaje de procesos (el «cómo» más que el «qué» o el «por qué»). Empezando por la infancia (Tulving y Schacter, 1990), los hábitos procedimentales se forman gradualmente y de manera incremental a medida que se van repitiendo con el tiempo ciertas reacciones a estímulos internos o externos concretos. Una vez aprendidas, estas acciones internas procedimentales (aquellas que no suelen observarse a menudo, como las cognitivas, emocionales y algunas fisiológicas) y las acciones externas (las que se pueden observar: físicas y conductuales) son fiables y duraderas. Por ejemplo, las aptitudes como ir en bicicleta duran en el tiempo y generalmente no se reducen significativamente con el desuso; del mismo modo, tendencias como sentir remordimientos, acompañado de la rigidez física y el retraimiento ante una crítica, también persisten mucho tiempo después de que las situaciones que han provocado estas reacciones en un primer momento hayan pasado.

Como potentes determinantes de las acciones actuales, el aprendizaje procedimental incluye respuestas, aptitudes y comportamientos condicionados habituales (Schacter, 1996) formados por iteraciones repetidas de movimientos, percepciones, cogniciones y emociones (Grigsby y Stevens, 2000). Aunque muchos tipos de acciones aprendidas procedimentalmente se puedan iniciar voluntariamente (por ejemplo, atarse los zapatos), el aprendizaje procedimental no «requiere representaciones mentales conscientes o inconscientes, imágenes, motivaciones o ideas para funcionar» (Grigsby y Stevens, 2000, p. 316). Está caracterizado por una actuación automática y reflexiva, convirtiéndose en una influencia aún más potente debido a su relativa ausencia de articulación verbal, haciendo así que el comportamiento más procedimental no esté disponible para la reflexión meditativa.

*Las tendencias aprendidas procedimentalmente relacionadas con los estímulos*, es decir, las tendencias a responder automáticamente (a nivel cognitivo, emocional y sensorimotor) y de maneras características a condiciones particulares, promueven una anticipación de las acciones que en el pasado eran adaptativas mucho después de que hayan cambiado las condiciones ambientales. Una paciente que había sufrido abusos sexuales por parte de su padre permanecía crónicamente tensa en su infancia ante la expectativa del abuso; como adulta, la tensión muscular se había mantenido, una tendencia física que se exacerbaba con la idea de mantener relaciones íntimas, lo cual contribuía a su sensación crónica de peligro inminente y desregulación de los afectos. Agravadas por unos recordatorios internos y ambientales del pasado, estas tendencias toman el poder cuando otras acciones resultarían más adaptadas a la realidad actual. Aunque esta misma paciente deseaba desesperadamente encontrar una pareja, su tensión muscular y el miedo que la acompañaba impedían la apertura y confianza necesarias para mantener relaciones íntimas.

Las tendencias físicas aprendidas procedimentalmente se pueden ver como «una declaración de la historia psicobiológica y del funcionamiento psicobiológico actual» (Smith, 1985, p. 70) que se complementa y se corresponde con las tendencias

emocionales. Formadas para ayudarnos a lidiar con el trauma temprano y maximizar los recursos de nuestras relaciones de apego, estas acciones son inicialmente adaptativas, pero con el tiempo se convierten en hábitos que suelen ser inadaptados para las situaciones actuales. Se manifiestan como tendencias principalmente *relacionadas con un trauma* o básicamente *relacionadas con el apego*. Las tendencias relacionadas con el trauma derivan de experiencias abrumadoras que no se pueden integrar y que generalmente activan los mecanismos defensivos animales subcorticales y la activación desregulada. Las tendencias inadaptadas relacionadas con el apego derivan de experiencias relacionadas con los cuidadores en la primera infancia que causaron una aflicción emocional pero que no abrumaron al niño. *El trauma relativo al apego* se produce cuando estas experiencias sí que son abrumadoras y se perciben como peligrosas, generando esas respuestas defensivas animales y una desregulación extrema o prolongada. Aunque las tendencias de apego inadaptado y las tendencias relacionadas con el trauma sean unas experiencias interconectadas que se influyen mutuamente y que no se pueden separar en el momento actual, reconocer los principales indicadores de cada una de ellas ayuda a los clínicos a priorizar las tendencias emocionales o físicas que pertenecen al trauma o al apego. Estas elecciones clínicas son cruciales en un enfoque terapéutico integrativo.

### *Tendencias físicas relacionadas con el trauma*

El trauma, según se define aquí, se refiere a la exposición a acontecimientos que representan una amenaza real o percibida a la seguridad o la existencia y que, por lo tanto, activa las defensas subcorticales animales (o de los mamíferos) que no están mediadas por la corteza; en realidad, *desactivan* la actividad cortical cuando se ponen en marcha. Estas defensas se pueden clasificar en tres subsistemas generales, todos los cuales surgen como formas de preservar la supervivencia: (1) *acciones que buscan una relación*, (2) *defensas movilizadoras* que organizan la acción manifiesta, y (3) *defensas inmovilizadoras* que generan una falta de acción física.

#### ACCIONES QUE BUSCAN UNA RELACIÓN

Las acciones que buscan una relación incluyen comportamientos relacionados con el sistema de apego, como el «llanto de apego» que se estimula instintivamente en los niños cuando se sienten afligidos, y que también se activa en los adultos en épocas de estrés y de amenaza. El llanto de apego, creado para solicitar la ayuda y la protección de una figura de apego, debe distinguirse de las acciones relacionadas con el apego creadas para garantizar y mantener unas relaciones duraderas. El apego subyacente es el «sistema de interacción social», mediado por la rama parasimpática ventral del nervio vago, un sistema de búsqueda de la relación que promueve la interacción con el entorno (Porges, 1995, 2001a, 2001b, 2004, 2006a; ver el capítulo 2 de este libro) porque rige partes del cuerpo usadas en los con textos relacionales: apertura de los párpados (por ejemplo, la mirada), los músculos faciales (por ejemplo, la expresión emocional), los músculos del oído medio (por ejemplo, la prosodia) y los músculos para inclinar y girar la cabeza (por

ejemplo, gestos sociales y orientación) (Porges, 2003, p. 35).

La interacción social en ocasiones también puede gestionar, modular e incluso desarmar o neutralizar una amenaza interpersonal, como ilustra el llamamiento de un paciente a la empatía de un delincuente «hablándole de forma condescendiente», activando así su sistema de interacción social y desactivando las acciones de lucha y depredadoras. Ésta es una acción compleja y sofisticada que requiere la habilidad de disociar temporalmente nuestras propias defensas como mamíferos o bien ignorarlas conscientemente, mientras que el llanto de apego es una respuesta más primitiva y más defensiva básica que no requiere interacción con la fuente de la amenaza.

#### DEFENSAS MOVILIZADORAS

Si las defensas relacionales no logran garantizar la seguridad, las defensas movilizadoras de lucha o huida mediadas por el sistema nervioso simpático se activan. Aumenta el torrente sanguíneo hacia los grandes grupos musculares para preparar el cuerpo para realizar acciones manifiestamente de fuerza para garantizar la supervivencia. Cuando la huida parece posible, escapar es la defensa instintiva predilecta (Fanselow y Lester, 1988; Nijenhuis y col, 1998; Nijenhuis y col., 1999) y se puede conceptualizar como escapar del peligro y escapar hacia la seguridad. Cuando la agresividad parece poder ser efectiva o cuando la víctima se siente atrapada, suele provocarse la respuesta de lucha. Además de estas defensas instintivas de lucha y huida, las defensas movilizadoras también pueden incluir acciones aprendidas procedimentalmente como las usadas para hacer funcionar un vehículo a motor, que implica una complejidad de movimientos automáticos (por ejemplo, girar el volante, apretar los frenos) que se pueden ejecutar sin pensarlo en el caso de un potencial accidente.

#### DEFENSAS DE INMOVILIZACIÓN

Cuando las defensas de movilización demuestran ser inefectivas o inadaptadas, como en los casos en los que la respuesta de lucha puede provocar más violencia por parte del autor o cuando el autor y la figura de apego son la misma persona, los comportamientos de evitación pasiva o de inmovilización son las únicas estrategias de supervivencia que quedan (Allen, 2001; Misslin, 2003; Nijenhuis y col., 1998; Nijenhuis y col., 1999; Rivers, 1920; Schore, 2007). Parece que hay al menos tres tipos de defensas de inmovilización: (1) la respuesta de paralización mediada simpáticamente (inmovilidad en alerta), (2) la respuesta de muerte fingida mediada parasimpáticamente (inmovilidad flexible), y (3) el comportamiento sumiso.

- *Inmovilidad en alerta*. La respuesta de paralización se caracteriza por un sistema simpático sumamente activado, posiblemente combinado con la activación del sistema parasimpático (vagal dorsal) (Siegel, 1999): músculos rígidos y tensos, ritmo cardíaco acelerado y una sensación de parálisis unida a una hiperatención. Esta «inmovilidad en alerta» (Misslin, 2003, p. 58) puede parecer similar a la quietud completa salvo por el movimiento ocular y la respiración.
- *Inmovilidad flexible*. La «muerte fingida» o la «inmovilidad flexible» (Lewis y col., 2004) es impulsada por la rama dorsal parasimpática del nervio vago. Se

caracteriza por una musculatura floja, una desconexión conductual, un menor ritmo cardíaco o vahídos (Lewis y col., 2004; Porges, 2001a, 2004, 2005; Nijenhuis y col., 1998, 1999; Scaer, 2001; Schore, 2007). Esta variante defensiva ocurre como «último recurso» cuando todo lo demás ha fallado. Con una inhibición profunda de la actividad motora (Misslin, 2003) unida a una activación simpática pequeña o nula, este estado de hipoactivación es un estado de desconexión que reduce la interacción con el entorno y puede ir acompañado por anestesia, analgesia y retraso musculoesquelético (Krystal, 1998; Nijenhuis y col., 1999).

- *Comportamientos sumisos*. Este tipo de evitación pasiva «tiene por objetivo evitar o interrumpir las reacciones agresivas» (Misslin, 2003, p. 59). Caracterizados por movimientos como evitar el contacto visual o bajar la mirada, agacharse y curvar la espalda ante el agresor, los comportamientos sumisos pueden incluir una obediencia automática a las demandas del agresor. Este comportamiento suele estar caracterizado por una obediencia mecánica o una «robotización» (Krystal, 1978) y suele implicar una ausencia de protesta contra el abuso (Herman, 1992).

Estas estrategias defensivas de los mamíferos están diseñadas para aumentar la seguridad y garantizar la supervivencia. Sin embargo, se convierten en una carga cuando se usan de forma repetida y automática, porque se convierten en tendencias procedimentales inflexibles en lugar de respuestas adaptativas ante una amenaza inmediata. Las personas traumatizadas suelen experimentar recordatorios de los traumas del pasado como indicadores de un peligro actual, lo cual pone en marcha estos subsistemas defensivos animales ascendientes una y otra vez. Al final, se convierten en comportamientos por defecto, por encima de otras acciones más adaptativas. Por ejemplo, los comportamientos sumisos habituales, caracterizados por una obediencia mecánica, pueden llevar a las víctimas a responder a una amenaza percibida con resignación, aceptación y consentimiento. Una paciente permitía repetidamente a un pariente que había abusado de ella cuando era niña entrar en su casa, sabiendo que abusaría de ella. Los niños cuyo tono vagal aumentó como única opción defensiva ante un abuso en la infancia suelen estar hipoactivos de adultos, un estado caracterizado por una postura caída, desplomada o una musculatura flácida. Las tendencias a acciones relacionadas con la paralización se caracterizan por la tensión muscular y una «inmovilidad agitada» y generalmente incluyen un «estado crónico de hipervigilancia», una tendencia a sobresaltarse y ocasionalmente a sentir pánico» (Krystal, 1988, p. 161).

La activación habitual de las defensas movilizadoras de lucha, huida y acciones de búsqueda de relaciones también dificultan el funcionamiento adaptativo. Estas defensas activas van invariablemente acompañadas de hiperactivación y de opresión muscular. Los pacientes con tendencia a las respuestas de «lucha» suelen indicar tensión en los brazos, en los hombros, en la mandíbula y en la espalda; los pacientes que se basan en las acciones de búsqueda de relaciones suelen mostrar en demasía comportamientos empalagosos y de búsqueda de proximidad; los pacientes con respuestas de huida desreguladas suelen mostrar comportamientos de huida, como el abandono precipitado

de situaciones sociales o de la consulta del terapeuta, o escapadas, así como acciones de huida más sutiles como girarse, darse la vuelta, esquivar objetos imaginarios, o dar la espalda. Por ejemplo, un paciente que fue testigo del derrumbe de las torres del World Trade Center se ponía a correr en cuanto escuchaba volar un avión.

Para los pacientes con trastornos disociativos, estas estrategias defensivas animales pueden manifestarse como discretas «partes» del yo, cada una con sus tendencias somáticas particulares (Ogden y col., 2006; Van del Hart y col., 2006). Una paciente, tras años de terapia, explicaba: «Esto [la tensión y el aspecto irritado de su mandíbula] es la parte que lucha, y esto [la caída de la columna vertebral y la pérdida de energía en los brazos] es la parte que se somete, y cuando ya no siento mi cuerpo, ésta es la parte que está ausente». En la terapia, esta paciente inicialmente dijo sentir «volverse loca», reflejando una incapacidad de comprender su sistema disociativo interno y la función adaptativa de las respuestas defensivas animales desviada en su contexto actual no amenazante. Como en la mayoría de los pacientes, fue importante que aprendiera mediante la terapia que, aunque no fuera adaptativo en su vida actual, cada respuesta defensiva animal fue adaptativa en el momento del abuso. No son las respuestas defensivas en sí, sino su actividad excesiva y su inflexibilidad lo que contribuye a la desregulación crónica de los afectos y a la patología en las personas traumatizadas.

### *Tendencias físicas relacionadas con el apego*

Las dinámicas relacionales tempranas son el anteproyecto de la cognición, la variedad de afectos, la habilidad regulatoria y las tendencias físicas en desarrollo del niño (por ejemplo, el modo en que el niño aprende a moverse, sostiene su cuerpo, realiza gestos concretos y expresiones faciales). A partir de las interacciones con las figuras de apego, el niño se forma unos modelos básicos internos (Bowlby, 1988) que están codificados en la memoria procedimental y se convierten en estrategias inconscientes de la regulación de los afectos (Schore, 1994) y de la interacción relacional. Tanto los problemas relacionados con el apego como con los traumas se derivan de entornos traumatogénicos en los que la figura del apego y el autor de los actos son el mismo, pero los problemas relacionados con el apego también derivan de experiencias infantiles que no amenazan la supervivencia con los cuidadores (por ejemplo, una atención paterna inadecuada, una educación dura, incoherente, insensible y demasiado crítica) que causan aflicción emocional pero no son percibidas por el niño como peligrosas físicamente o como una amenaza a su supervivencia.

Cuando una relación de apego ha inducido emociones negativas y cogniciones negativas, también genera unas tendencias físicas, que evitan el movimiento integrado, libre y espontáneo. Por ejemplo:

Si un niño crece en una familia que valora los logros y se le anima a «seguir intentando» todo lo que empieza, su cuerpo conformará su postura, gestos y movimientos en torno a esta influencia. Si este valor se mantiene en detrimento de otros valores, como el «se te quiere por ti mismo, no por tus logros», la

musculatura del niño probablemente estará tonificada y tensa. El cuerpo se movilizará para «seguir intentándolo». Un niño que crece en un entorno en el que persistir no se fomenta o es inadaptado, y donde todo lo que logra es infravalorado, puede tener el pecho hundido, los brazos caídos, y una respiración superficial que reflejará la experiencia del niño de no sentirse asertivo y confiado, de «abandonar». Para este niño, puede ser difícil movilizar suficiente energía o autoconfianza para completar una tarea difícil (Ogden y col., 2006, p. 10).

Estas tendencias físicas, a su vez, refuerzan las emociones negativas crónicas y las distorsiones cognitivas y limitan la variedad de afectos, mientras que una postura alineada, erguida y relajada, una respiración plena y una tonicidad elástica refuerzan la regulación adaptativa de los afectos y su variedad, así como una percepción positiva del yo.

Las tendencias físicas de las historias de apego infantil inseguro son visibles en los pacientes adultos. Los adultos que tuvieron un apego seguro/autónomo muestran la capacidad de regularse interactivamente (Schorre, 1994), reflejada en las tendencias a la acción físicas adecuadas con el contexto que les permiten buscar un contacto y una proximidad adecuados con los demás: interactuar, acercarse y alejarse y establecer unos límites adaptativos. Estas tendencias reflejan la capacidad de pedir y usar la ayuda cuando sus propias capacidades son inefectivas o están sobrepasadas (Fosha, Paivio, Gleiser y Ford, 2009; Ogden y col., 2006; Schorre, 1994). Además, estas personas son capaces de utilizar estrategias autorreguladoras independientemente de los contextos relacionales, lo cual se manifiesta en tendencias físicas como una respiración plena, un buen apoyo (ser consciente de las piernas y los pies, de su peso y de su conexión con el suelo) y un buen centro (ser consciente del centro de su cuerpo y de la percepción corporal de su yo).

Las personas con unas historias de apego inseguras y de evitación rutinariamente evitan las situaciones que estimulan necesidades de apego y prefieren autorregularse bajo el estrés retrayéndose de los demás. A menudo se sienten incómodas, raras o incluso desreguladas cuando ejecutan acciones simples como estirar los brazos y moverse hacia los demás, y pueden percibir los movimientos de rechazo como más familiares y menos turbadores. Joey tuvo una infancia «dura», con un padre alcohólico que no podía tolerar ninguna debilidad en su hijo. Durante la terapia le pedí a Joey que experimentara simplemente el hecho de estirar el brazo como si quisiera tocar a otra persona. Dijo que inmediatamente quería «alejarse», y que preferiría empujar que tocar con el brazo. Cuando al final lo hizo, me dijo: «Es como saltar sobre un precipicio; no sé cómo hacerlo» y su cuerpo reflejaba sus palabras en su tensión, echado ligeramente hacia atrás, con un movimiento rígido del brazo, estirándolo con el codo bloqueado, con la palma hacia abajo. Su mensaje corporal no verbal era que se sentía incómodo y que no esperaba una recepción segura ni empática.

Otras personas con historias de evitación pueden experimentar una baja activación autónoma así como una menor tonicidad muscular, y les parece más fácil retraerse



pasivamente que realizar una acción que pueda promover una interacción con los demás (Cozolino, 2002). Jeanie dijo que las relaciones eran «para los demás», no para ella. Cuando exploró la acción de estirar los brazos en la terapia, su cuerpo se encorvó y el estiramiento fue parcial y débil. No logró extender completamente el brazo (el codo permanecía pegado al lado) y su gesto carecía de energía y convicción. Dijo «¿Para qué? No responderá nadie». La ausencia de tonicidad y de vitalidad en el acto de estirar los brazos coincidía con sus palabras. Ambas cosas reflejaban una insuficiente atención y cuidados paternos empáticos.

Estos patrones de evitación contrastan con los de los pacientes con historias inseguras ambivalentes, que generalmente tienen cierta tendencia hacia los enredos, hacia un comportamiento pegajoso, un afecto mayor y una agitación corporal ante la amenaza de separación de una figura de apego. Estos pacientes, generalmente cómodos con la acción de estirar los brazos, pueden experimentar cierta intolerancia a la distancia, que se corresponde con una tendencia a aferrarse, agarrarse, una incapacidad de literalmente «soltarse». Cuando Carmen experimentaba la acción de estirar los brazos, se inclinaba bien hacia delante, tocando a su terapeuta con todo el brazo extendido completamente, dando un paso hacia delante al mismo tiempo. Preocupada por la disponibilidad emocional y física de su terapeuta, dijo que quería acercarse incluso más, y se agitó e irritó cuando su terapeuta, en lugar de eso, le sugirió que podía intentar tocarla desde una distancia mayor, interpretando la sugerencia como indicativa de la no disponibilidad de su terapeuta.

Cuando la figura de apego también representa una amenaza para el niño, se desprende una serie de comportamientos confusos y contradictorios que se pueden conceptualizar como el resultado de una estimulación simultánea o alternante del apego y de los sistemas de defensa (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999; Main y Morgan, 1996; Steele, Van der Gard y Nijenhuis, 2001; Van der Hart y col., 2006). Cuando se estimula el sistema de apego, la persona busca instintivamente proximidad e interacción, pero durante la proximidad, que se percibe como amenazante, los subsistemas defensivos de huida, lucha, paralización, hipoactivación/muerte fingida o comportamiento sumisos se movilizan. A los terapeutas les pueden dejar perplejos las respuestas paradójicas de sus pacientes ante el contacto relacional. Por ejemplo:

Lisa se quejaba con frecuencia de «no tener a nadie» e imploraba a su terapeuta más contacto: que se sentara más cerca, que le tomara la mano si lloraba, que la llamara para ver cómo le iba la semana. Sin embargo, en las sesiones, Lisa siempre se sentaba dándole la espalda a la terapeuta, mirando hacia el suelo y el sofá, con el cuerpo rígido cuando la terapeuta acercaba su silla un poco más a petición de Lisa. La búsqueda de proximidad emergía en su comunicación verbal, mientras que la evitación se comunicaba físicamente: su cuerpo repelía el acercamiento, evitando incluso el contacto visual (Odgen y col., 2006, p. 53).

Lisa, como la mayoría de los pacientes con traumas de apego no resueltos, estaba

dividida entre su necesidad desesperada de relacionarse y su profundo miedo a las relaciones. Lisa tenía una madre que era una fuente de seguridad y de confort, pero que también solía tener ataques de rabia, durante los cuales descargaba su ira contra ella en forma de maltrato físico y emocional. Con el tiempo, la capacidad de Lisa de tener una regulación emocional adaptativa y una interacción social quedó sacrificada ante unas defensas simpáticas (es decir, la movilización) o vagal dorsal (es decir, la inmovilización) que predominaban sobre el tono vagal ventral (es decir, la interacción social) y unas posturas y gestos asociados con el miedo que se fundían y se contradecían con los movimientos físicos de buscar una relación.

## Las emociones y el cuerpo

Las influencias físicas relacionadas con el trauma o el apego influyen en la emoción y son influidas por ella. La neurociencia nos ha enseñado que las emociones y el cuerpo son mutuamente dependientes e inseparables en cuanto a la función (Damasio, 1994; Frijda, 1986; LeDoux, 1996; Schore, 1994). Darwin (1859/1897) propuso que las respuestas emocionales en sí mismas incluyen una serie de posturas y otros comportamientos motores que pueden denotar una respuesta emocional inmediata ante estímulos actuales, o un estado emocional habitual crónico relativo al pasado pero desencadenado por las condiciones actuales. Damasio (1994, 1999) destacaba que las emociones tienen dos componentes somáticos: la interocepción y la expresión. La *interocepción* suele ser invisible para los demás, y se experimenta como una concienciación subjetiva interna cuando los receptores de los nervios sensoriales (interoceptores) reciben y distribuyen las sensaciones de los estímulos por el cuerpo. Las «[sensaciones] emocionales primarias reflejan la sensación no verbal de cambios en el flujo de activación y desactivación –el flujo de energía y las evaluaciones de información– mediante los estados cambiantes del sistema» (Siegel, 1999, p. 125). En cambio, las posturas, las expresiones faciales y los gestos *expresan* externamente los estados emocionales internos, comunicando estos estados a los demás. Finalmente, las emociones se describen habitualmente como elementos críticos motivadores de la acción, señales que nos orientan hacia importantes estímulos del entorno (Krystal, 1978; Van der Kolk y col., 1996) y que actúan como «motores o frenos para la mayoría de nuestras acciones (Llinas, 2001, p. 155).

Sin embargo, tanto la acción como la interocepción son también precursores y, hasta cierto grado, determinantes de la emoción. Varios estudios demuestran el impacto de la postura y otros movimientos sobre la experiencia, la interpretación y la expresión de la emoción. Los sujetos que recibieron buenas noticias en una postura en la que la columna vertebral estaba encorvada indicaron sentirse menos orgullosos que los sujetos que recibieron las mismas noticias en una postura en la que tenían la columna recta (Stepper y Strack, 1993). Schnall y Laird (2003) mostraron que los sujetos que practicaban posturas y expresiones faciales asociadas con la tristeza, la felicidad o la ira era más probable que recordaran acontecimientos del pasado que contuvieran una valencia emocional similar a la que habían practicado, aunque ya no estuvieran practicando la postura. Del mismo modo, Sijkstra, Kaschak y Zwann (2006) demostraron que cuando los sujetos realizaban cierta postura, era probable que recordaran emociones y recuerdos en los que esta postura estaba operativa. Por lo tanto, los gestos, las expresiones faciales y la postura no son sólo reflejos de la emoción, sino que participan activamente en la experiencia subjetiva de la emoción y en nuestra interpretación de las experiencias. Una postura encorvada puede indicarnos que tenemos la autoestima baja o que estamos deprimidos, mientras que una postura recta puede informarnos de que nos sentimos bien; la boca hacia arriba y sonriendo contribuye a transmitir una sensación de felicidad, a diferencia de la boca hacia abajo con el ceño fruncido.

La acción puede incluso preceder a la emoción, especialmente cuando nos vemos

amenazados. «Reaccionamos automáticamente, y sólo después (aunque sea sólo medio segundo después) nos damos cuenta de que hay peligro y sentimos miedo» (Hobson, 1994, p. 139). Las acciones van inmediatamente seguidas por la valoración del cerebro para determinar el significado de la sensación, la acción y la situación, y es sólo entonces cuando las sensaciones se interpretan como una sensación de peligro (Siegel, 1999). Por consiguiente, como la postura y la acción, la interocepción nos informa sobre la emoción y es el resultado de ella. La sensación de tensión en la mandíbula, hombros o brazos no sólo nos transmite que estamos enfadados, sino que también sirve para mantener la ira; una sensación de hormigueo puede ser resultado de una experiencia atemorizadora y también nos indica que tenemos miedo; la sensación nerviosa de notar mariposas en el estómago resulta y es causante de sensaciones de nerviosismo o entusiasmo. Estas sensaciones internas también reflejan y estimulan las posturas, gestos y expresiones faciales que son los signos externos de los estados emocionales.

La teoría sumamente importante de Nina Bull (1945), que afirma que la «actitud motora» precipita la emoción y que sólo luego llega al comportamiento, destaca el impacto de nuestra manera de mantener el cuerpo y de cómo nos sentimos. Define la actitud motora como «la configuración motora preliminar, o la postura, del cuerpo» que precede y prepara el camino para unas emociones particulares que, a su vez, motivan la acción física. Bull sugiere que «nos sentimos enfadados como resultado de nuestra *disposición* a golpear, y nos sentimos asustados como resultado de nuestra *disposición* a escapar, y no porque realmente peguemos o escapemos» [p. 211, cursivas añadidas]. Bull sigue diciendo que incluso antes de la actitud motora hay una «predisposición», la organización neuronal latente (una tendencia procedimental aprendida) para ejecutar unas actitudes motoras, unas emociones y unas acciones manifiestas particulares.

La teoría de Bull incluye una diferencia muy importante con respecto a la idea de que la emoción es resultado de la acción y viene después de ella (por ejemplo, «tengo miedo porque corro»), una teoría que Bull (1945, p. 210) cree que «no ha logrado distinguir entre la actitud y la acción, la idea de que la sensación viene antes que el comportamiento no tiene lugar en [este] esquema». Damasio (1999) reconoció este punto en su descripción de la conciencia de la emoción como la única parte a la que nos referimos con las emociones.

Las sensaciones físicas y los cambios fisiológicos pueden reflejar unas «tendencias disposicionales» que parecen similares a la «actitud motora» de Bull. Porges (capítulo 2 de este libro) escribe que la neurofisiología determina la unión entre la expresión emocional y los estados viscerales, porque los cambios en el sistema nervioso contribuyen a la actividad muscular, incluyendo la expresión facial y los movimientos de las piernas, los brazos y el tronco. Hurley (1999) va un paso más allá describiendo los continuos bucles de retroalimentación de la emoción, la percepción, la cognición y los comportamientos, afirmando que ninguno precede al resto. Los conceptos anteriores se correlacionan con el modelo de desarrollo estructural de Lane y Schwartz (1987), que categoriza la capacidad de ser consciente y de describir las emociones en el yo, así como en el otro, con respecto a cinco fases: sensaciones físicas, tendencias a la acción físicas,

emociones únicas, mezcla de emociones y mezclas de mezclas de emociones.

Este apartado no estaría completo sin una referencia a los «sistemas operativos emocionales» (Panksepp, 1998a) o «sistemas de acción» (Ogden y col., 2006; Van der Hart y col., 2006). Estos sistemas psicobiológicos preparados evolutivamente, cada uno con su valencia emocional característica, nos estimulan a formar relaciones de apego cercanas (motivadas por el amor, la añoranza, la aflicción tras la separación y, bajo amenaza, el miedo), explorar (caracterizado por el interés y la curiosidad), jugar (caracterizado por la alegría y la risa), participar en relaciones sociales (motivadas por sensaciones como el afecto y la convivialidad), regular la energía (mediante el comer, el dormir, etc.), reproducirnos (regido por el deseo y el impulso sexual), y preocuparnos por los demás (motivado por emociones como la ternura y la compasión) (Bowlby, 1969/1982; Cassidy y Shaver, 1999; Fanselow y Lester, 1988; Lichtenberg, 1990; Lichtenberg y Kindler, 1994; Marvin y Britner, 1999; Panksepp, 1998a, Van der Hart y col., 2006).

Los sistemas de acción forman muy probablemente una base evolutiva para las tendencias procedimentales. Cuando se activa un sistema de acción concreto, se estimulan unas tendencias físicas concretas que corresponden a las emociones características de ese estado. Por ejemplo, la curiosidad del sistema de exploración se manifiesta en buscar y orientar los movimientos que permiten la investigación de la novedad. El sistema de juego, caracterizado por la risa, implica diferentes patrones de movimiento: inclinar la cabeza; una postura relajada, abierta; movimientos no estereotipados que cambian rápidamente (Beckoff y Byers, 1998; Beckoff y Allen, 1998; Brown, 1995; Caldwell, 2003; Donaldson, 1993). El sistema de cuidar a los demás se manifiesta en un comportamiento «sutil, cálido y suave» (Panksepp, 1998a, p. 247) producido cuando el cuidador sintoniza su voz, comportamiento y contacto con las necesidades de la persona a la que cuida. Una gran variedad de comportamientos sociales va unida a la comunicación social, incluyendo los gestos, las expresiones faciales y corporales y las vocalizaciones. El sistema de reproducción incorpora unas secuencias de movimientos particulares características no sólo del comportamiento sexual, sino también del cortejo y del flirteo: contacto visual, sonrisas, vocalizaciones, que son de tono más elevado y de mayor volumen, y gestos exagerados (Cassidy y Shaver, 1999). Cuando estas acciones, diseñadas para cumplir el propósito de su sistema de acción correspondiente, se ejecutan de forma repetida, se forman las tendencias procedimentales relacionadas con la activación de ese sistema.

### *Tendencias emocionales relacionadas con el trauma*

Para reiterarlo, las estrategias defensivas en los animales y sus correspondientes emociones estimuladas por la amenaza son adaptativas en el momento de peligro inmediato, pero ambas tienden a convertirse en tendencias inflexibles en las personas con trastorno por estrés postraumático (TEPT) y otros trastornos relacionados con el trauma. Una vez valorado el peligro, la activación emocional, ahora interpretada habitualmente como terror o ira, sirve para sostener las estrategias defensivas animales instintivas

(Frijda, 1986; Hobson, 1994; Rivers, 1920). Estas emociones desreguladas suelen persistir en las personas traumatizadas, que se caracterizan por sufrir no sólo por «sentir demasiado», sino también por «sentir demasiado poco» (Van der Kolk, 1994). Las defensas movilizadoras mediadas simpáticamente conllevan una amplificación de los estados emocionales subjetivos (sentir demasiado), lo cual es muy distinto de la reducción y la mitigación de los estados emocionales subjetivos (sentir demasiado poco) que suelen ir unidas a la defensa de hipoactivación inmovilizadora (Ogden y col., 2006; Van der Hart y col., 2006). El miedo y el terror que se corresponden con las respuestas de huida pueden volverse crónicos, desencadenados repetidamente por estímulos condicionados. Las personas con una defensa de «lucha» desregulada pueden estar emocionalmente reactivas, enfadadas o ser violentas, a la merced de ataques de rabia ante la más mínima provocación. Los pacientes que tienden más a una respuesta de paralización hablan de impotencia y pánico asociados con sentirse paralizados, mientras que las respuestas de «muerte fingida» y de sumisión, acompañadas por un mayor tono vagal dorsal, son precursoras de una desconexión subjetiva, o ausencia, de las emociones, como indican los pacientes que dicen: «Yo no estaba allí, no sentí nada». Las respuestas de inmovilización crónicas provocan sensaciones de impotencia, de pérdida del centro de control interno, menor autoestima y una incapacidad de ser efectivamente asertivos (Krystal, 1988). Al culparse a sí mismos, los pacientes sucumben luego a los remordimientos y a las sensaciones posteriores de inadecuación y desesperación, especialmente si no logran comprender que una falta de asertividad suele ser resultado de una tendencia de depender de las defensas inmovilizadoras de seguridad y no meramente una deficiencia psicológica.

Las tendencias disociativas de las personas traumatizadas también pueden generar estados emocionales diferentes correspondientes con diferentes partes internas disociativas del yo. Como observa Van der Hart y col. (2006, pp. 98-99): «Las alternancias discretas de afecto (así como de los pensamientos, sensaciones y comportamientos que las acompañan) pueden ir de la mano con cambios entre varias partes disociativas de la personalidad, porque cada una puede dar lugar a diferentes afectos e impulsos». Los pacientes con trastornos disociativos pueden experimentar una mayor desregulación de los afectos como resultado de las emociones opuestas entre varias partes de su personalidad: una puede ser agresiva, otra temerosa, mientras que otra puede que busque desesperadamente proximidad y apego (Van der Hart y col., 2006). Aquí también es importante notar que las partes interactúan entre sí internamente. Cuando una parte inicia un llanto de apego, puede que se estimule una parte de lucha, lo cual a su vez puede provocar la huida o la paralización en otras partes, etc. Estas diferentes partes de la personalidad con sus emociones y tendencias a la acción física correspondientes pueden entrometerse espontáneamente en el funcionamiento diario de las víctimas, profundizando aún más su aflicción y desregulación.

Al no poder integrar adecuadamente la activación de la emoción y la acción adaptativa, con el tiempo, los pacientes pueden experimentar las emociones como llamamientos urgentes a una acción explosiva y desregulada, o quejarse de depresión,

falta de acción y motivación, o alternar entre ataques de acción impulsiva y estancamiento. Las emociones relacionadas con el trauma suelen permanecer constantes en el tiempo y son exacerbadas por los detonantes internos y externos actuales, haciendo que las personas revivan continuamente el tono emocional de las experiencias traumáticas anteriores.

### *Tendencias emocionales relacionadas con el apego*

Las emociones relacionadas con el trauma, descritas anteriormente, interactúan con las emociones relacionadas con el apego igual de potentes resultantes del «procesamiento relacional en las experiencias afectivas intensas y las consecuencias a largo plazo de la internalización del manejo diádico de esas experiencias» (Fosha, 2000, p. 42). Con cada categoría de apego, se encuentran unas tendencias emocionales particulares; estas tendencias interactúan con las potentes emociones que se corresponden con las defensas animales relacionadas con el trauma, pero también se distinguen de ellas.

Las personas con patrones inseguros desarrollan unas emociones y expresiones habituales que son defensas que minimizan o bloquean los afectos aterradores o aversivos (Fosha, 2000; Frijda, 1986). Estas emociones defensivas relacionales y sus funciones deben distinguirse de las correspondientes con las defensas animales activadas bajo condiciones percibidas de peligro físico y de amenaza vital. Las defensas relacionales probablemente se construyan sobre las defensas animales, pero son mucho más sofisticadas psicológicamente, al ser resultado de una «consciencia de orden superior» que incluye el concepto de una percepción del yo y una comprensión conceptual del pasado, el presente y el futuro (Edelman, 1999). Los afectos asociados con las defensas relacionales limitan el impacto negativo de las emociones dolorosas que evocaron una regulación y una empatía inadecuadas o inapropiadas de los cuidadores. En los pacientes adultos, estos patrones emocionales se pueden experimentar como familiares y habituales, circulares, interminables y sin resolución, y van de la mano de las tendencias físicas relacionadas con el apego (descritas anteriormente).

Las personas con historias de apego inseguro o de evitación generalmente desestiman las señales de aflicción interna y minimizan sus necesidades emocionales. Tras haber perdido la esperanza de que comunicar las emociones negativas dará como resultado la obtención de unos cuidados para regularlas, puede que estas personas no sólo no puedan comunicar sus emociones, sino incluso experimentarlas. Dependiendo de la autorregulación y de la dominancia parasimpática (vagal dorsal) (Cozolino, 2002; Schore, 2003a) para autorregularse, la experiencia emocional se limita (Cassidy y Shaver, 1999). Esta «regulación excesiva» indica una capacidad reducida de experimentar emociones tanto positivas como negativas (Schore, 2003). Al perder el acceso a las emociones fuertes, así como a una amplia gama de afectos, estos pacientes suelen presentarse con un afecto plano. La experiencia afectiva se ha abandonado a cambio del funcionamiento, lo cual lleva a «un aislamiento, una alienación, un empobrecimiento emocional y, en el mejor de los casos, a una frágil consolidación del yo» (Fosha, 2000, p. 43).

En cambio, la emocionalidad de los pacientes con historias de apego inseguro o

ambivalente se deriva de haber tenido en la infancia a un cuidador poco de fiar cuya atención se podía obtener sólo de manera intermitente a través de un comportamiento pegajoso y necesitado y con una mayor emocionalidad. Las señales amplificadas para reclamar la atención llevan a un aumento de la aflicción (Allen, 2001), que genera una mayor reactividad emocional en la edad adulta, en una incapacidad de modular la aflicción y una vulnerabilidad ante las alteraciones infrarregulatorias (Schoore, 2003a). Preocupados por los estados emocionales internos, estos pacientes tienden a un afecto desregulado mezclado con una elevada ansiedad (Fosha, 2000). Al contar un problema relacionado con su matrimonio a su terapeuta, Carmen se inclinaba hacia delante llorando, gesticulando dramáticamente, con un rostro excesivamente expresivo, buscando insistentemente el contacto visual, envuelta en su propia aflicción y expresión en lugar de en un contacto auténtico, sin ser consciente de su intrusión en la «frontera» física de su terapeuta y de la incomodidad de la terapeuta con la proximidad «demasiado cercana» de Carmen. En lugar de mejorar la conexión interpersonal, la emocionalidad de este patrón sabotaba el contacto auténtico.

La persona con un historial de apego desorganizado/desorientado ha crecido con unas figuras de apego que provocaban extremos de afectos bajos (como en el caso del abandono) y altos (como en el maltrato) que suelen durar en el tiempo (Schoore y Schoore, 2008). Al experimentar un tono simpático elevado (alarma intensa, niveles superiores de cortisol, y un ritmo cardíaco elevado) junto con un tono vagal dorsal aumentado (ritmo cardíaco más lento y desconexión: Schoore, 2001) estos niños, posteriormente adultos, son incapaces de autorregularse efectivamente o interactivamente.

Sufren desde cambios rápidos, drásticos, agotadores y confusos de estados emocionales intensos, miedo desregulado, ira o incluso exaltación, a desesperación, impotencia, remordimientos o un afecto plano. Estos patrones suelen convertirse en patrones duraderos de diferentes partes disociativas, algunas de las cuales evitan la regulación interactiva, y otras evitan la autorregulación, y la mayoría de ellas no son buenas en ninguna de estas cosas.

A diferencia de las personas con historias de apego inseguras, las personas con un historial de apego seguro generalmente muestran un grado de «competencia afectiva» que incluye «ser capaz de sentir y procesar las emociones para un funcionamiento óptimo manteniendo la integridad del yo y la relación proveedora de seguridad» (Fosha, 2000, p. 42). Sin embargo, aunque las figuras de apego del niño con un apego seguro proporcionen una regulación y una reparación adecuadas, sin embargo se favorecen unas respuestas emocionales concretas por encima de otras, incluso en las mejores familias. La interpretación habitual de la activación emocional de forma predecible lleva a ciertos sesgos hacia ciertas emociones. Por ejemplo, Jim, con un apego seguro/autónomo y exitoso y feliz en su matrimonio y su trabajo, habitualmente interpretaba las sensaciones de activación emocional como frustración e ira, al haber crecido en una familia que minimizaba las emociones vulnerables de tristeza, sufrimiento y decepción. Había reducido su variedad de afectos para «encajar» en esa familia, y las emociones de tristeza y pena permanecían sin reconocerse y sin resolverse. En cambio, Leslie mostraba



una afinidad a la tristeza, evitando las sensaciones de ira o rabia, una tendencia desarrollada en una familia que favorecía las sensaciones más vulnerables por encima de las más agresivas y asertivas. Para maximizar la disponibilidad de sus cuidadores, Leslie suprimía las sensaciones de ira. Estas tendencias emocionales también van acompañadas y son sostenidas por unas tendencias somáticas que limitan el rango de afectos de la persona, pero que no indican necesariamente unos historiales de inseguridad.

Los pacientes con historias de apego tanto seguro como inseguro muestran patrones de menor variedad de afectos relacionados con los sistemas de acción innatos como resultado de unas respuestas de las primeras figuras de apoyo ante la activación de esos sistemas. Algunos pacientes con padres demasiado serios tienen dificultades en jugar; otros que crecieron en entornos excesivamente protegidos se sienten incómodos con la curiosidad de la exploración; algunos se sienten raros y cohibidos en grupo, mientras que otros parecen incapaces de experimentar una empatía adecuada para motivar un comportamiento efectivo de sus cuidadores, y algunos cuyas figuras de apego desaprobaban el comportamiento de flirteo permanecen poco naturales y raros durante el cortejo. Entre los componentes importantes de la terapia, figuran la observación de las tendencias físicas y emocionales relacionadas con la activación de varios sistemas de acción, ayudar a los pacientes a elaborar el dolor emocional cuando la activación de los sistemas particulares ha evocado desaprobación o peligro, y luego cultivar las emociones suprimidas y las acciones relacionadas con cada sistema.

### *Observaciones sobre el juego y el afecto positivo*

La capacidad de juego y de afecto positivo suele ser reducida o estar ausente en los pacientes que han asociado el afecto positivo con la vulnerabilidad al ridículo, la desaprobación, el desdén o incluso el peligro. Una gran variedad de estados de afectos positivos dependen de la capacidad de regular toda la gama de activación, lo cual, en la infancia, se ve facilitado por las respuestas sensibles y sintonizadas del cuidador ante el afecto positivo y negativo. La «madre suficientemente buena» (Winnicott, 1945) interactúa activamente con su hijo, combinando repetidamente los estados de alta activación con las relaciones interpersonales, el juego y el placer, ayudando al mismo tiempo al niño a recuperarse de los estados negativos de aflicción, fatiga e incomodidad. Por lo tanto, «la regulación de los afectos no sólo consiste en la reducción de la insensibilidad afectiva, la disminución de la emoción negativa. También implica una amplificación, una intensificación de la emoción positiva, condición necesaria para una autoorganización más compleja» (Schoore, 2003a, p. 78).

El juego y otros estados de afectos positivos no se pueden desarrollar a la sombra de la amenaza y del peligro, ni bajo la vigilancia de una figura de apego estricta, desaprobadora o demasiado seria. Dependen de la experiencia subjetiva de seguridad y confort, pero en el caso de muchos pacientes, algunos estados conflictivos de incomodidad o de miedo impiden estos estados. Cualidades como la espontaneidad, la vitalidad, el placer y la flexibilidad, así como la confianza y la resonancia necesarias para iniciar una relación íntima profundamente satisfactoria son precisamente los rasgos que

son incompatibles con el aprendizaje procedimental relacionado con el trauma. Muchas tendencias relacionadas con el apego que se formaron cuando los cuidadores no eran alegres, eran demasiado críticos ante las rarezas y el entusiasmo normales en la infancia, o cuando destacaban indebidamente el logro, el orden y la etiqueta por encima de la espontaneidad y la diversión, interfieren con el afecto positivo y el carácter alegre.

Muchos pacientes están más acostumbrados a las acciones y objetivos que tienen que ver con evitar el dolor y el miedo que con buscar el afecto positivo. Preocupados por la posibilidad del riesgo, las críticas o el rechazo, no han aprendido a atender a las cosas, a las personas o a las actividades que pueden aportarles placer. Estos clientes indican que no conocen sus propias preferencias (qué actividades les aportarán placer, satisfacción, alegría u otras sensaciones de bienestar, qué les despierta curiosidad o qué les interesa, o qué estímulos sensoriales son buenos o significativos para ellos) (Migdow, 2003; Resnick, 1997).

Las tendencias físicas relacionadas con el trauma y el apego son generalmente inflexibles y carecen de espontaneidad. Los movimientos característicos de las interacciones poco alegres o demasiado alegres suelen ser restringidos, estereotipados, rígidos, agitados o nerviosos (Beckoff y Byers, 1998; Brown, 1995). En algunos casos, como en el del paciente que se quejaba de ser disperso, impulsivo e incapaz de comprometerse, incapaz de contenerse e impetuoso, los movimientos precipitados reflejaban unas tendencias procedimentales. En el tratamiento, las exploraciones que aumentan la capacidad del paciente de jugar y el afecto positivo pueden mitigar las tendencias procedimentales inadaptadas. El terapeuta hace un seguimiento de las respuestas corporales evocadas por la narrativa del paciente, pendiente no sólo de las indicaciones de las tendencias procedimentales relacionadas con el trauma y con el apego, sino también de expresiones características de la interacción social, del afecto positivo y del juego. Se pueden observar en una postura corporal relajada y abierta la inclinación de la cabeza (Beckoff y Allen, 1998; Caldwell, 2003; Donaldson, 1993), gestos expresivos o movimientos que cambian rápidamente y no son estereotipados (Goodall, 1995). Incluso al principio de la terapia, los pacientes pueden experimentar breves momentos de placer, diversión y conexión resonante con el terapeuta, incluyendo gestos no verbales concretos, posturas y movimientos como un aumento espontáneo de la proximidad y los gestos, una mejor interacción social, contacto visual y expresiones faciales relajadas y móviles (Beckoff y Allen, 1998). El terapeuta observa meticulosamente las acciones y los afectos espontáneos incipientes (el inicio de una sonrisa, un contacto visual significativo, un movimiento más expansivo o más alegre) que indican un afecto positivo, y aprovecha esos momentos participando del mismo modo o llamando la atención hacia ellos y expresando curiosidad, permitiendo que el momento perdure. Favorecer una alegría simple, el humor y la ligereza que van unidos al comportamiento de juego y las sensaciones de competencia, alegría, paz, amor y la expresión auténtica de otros efectos positivos puede contrarrestar el trabajo a menudo duro de la terapia y ayudar a los pacientes a ampliar sus límites reguladores para incluir las emociones positivas intensas y también las negativas.

## Conciencia plena dirigida y tratamiento

Para descubrir y cambiar las tendencias procedimentales, el terapeuta se interesa no sólo en la narración o «historia», sino en observar la aparición de tendencias procedimentales en el aquí y ahora en la hora de la terapia. Mediante la práctica de la conciencia plena, los pacientes aprenden a notar más que a representar o «hablar» de estas tendencias. El terapeuta y el paciente, juntos, «estudian lo que está sucediendo», no como una enfermedad o algo de lo que deshacerse, sino en un esfuerzo por ayudar al cliente a ser consciente de cómo gestiona la experiencia y cómo puede ampliar su capacidad de experimentar» (Kurtz, 1990, p. 111). Como la conciencia plena «está motivada por la curiosidad» (Kurtz, 1990, p. 111), «permite que los pensamientos y las sensaciones difíciles [y las sensaciones y movimientos corporales] estén simplemente allí, aportarles una atención amable, adoptar hacia ellos una postura más de “bienvenida” que de “necesidad de resolver”» (Segal y col., 2002, p. 55). La conciencia plena también incluye nombrar y describir la experiencia usando el lenguaje (Kurtz, 1990; Ogden y col., 2006; Siegel, 2007). Esta observación no crítica y esta descripción de una experiencia interna implica la corteza prefrontal en el aprendizaje de las tendencias procedimentales más que en su representación (Davidson y col., 2003). Como las emociones y las tendencias procedimentales son el ámbito del hemisferio derecho (Schore, 2003a), mientras que el lenguaje pertenece al ámbito del hemisferio izquierdo, la conciencia plena puede servir para promover la comunicación entre los dos hemisferios (Neborsky, 2006; Siegel, 2007).

La conciencia plena es una actividad que es similar, pero diferente, al concepto de «mentalización» (proceso mediante el cual comprendemos los contenidos de nuestra mente y de la mente de los demás; Allan, 2008; Fonagy y col., 2002). Aunque el proceso de mentalización puede ser consciente, implicando el funcionamiento reflexivo explícito, suele ocurrir automáticamente, sin pensarlo ni deliberarlo. Esta mentalización «implícita» está influida por varios factores, incluyendo la postura, la sensación y el movimiento del cuerpo así como los estados emocionales crónicos y agudos. Por ejemplo, la mentalización de una persona cuyo cuerpo está constreñido y tenso es diferente de la de una persona cuyo cuerpo no está en tensión; la mentalización de una persona que tiene la columna encorvada y los hombros caídos hacia delante es diferente de otra que tiene la columna recta y los hombros bien colocados. Mediante la conciencia plena, somos conscientes de estas tendencias procedimentales y de su contribución a la mentalización implícita. Entonces, la mentalización puede ser más explícita a medida que estos fenómenos implícitos se vuelven conscientes y se reflexiona sobre ellos. La conciencia plena también es útil para cambiar las tendencias procedimentales, para que la mentalización implícita se vuelva más adaptativa y responda mejor a las situaciones vitales actuales en lugar de pasadas.

Las definiciones de conciencia plena suelen incluir el hecho de estar abierto y receptivo a «todo lo que surja en el ojo de la mente» (Siegel, 2006), sin preferencias. La «conciencia plena dirigida» (Ogden, 2007) es una aplicación de la conciencia plena que

dirige la conciencia del paciente hacia elementos concretos de la experiencia del momento presente considerados importantes para los objetivos terapéuticos. Cuando la conciencia plena del paciente no está dirigida, suele encontrarse a merced de los elementos de la experiencia interna que aparecen de forma más vívida en el primer plano de la conciencia (generalmente, los aspectos desregulados, como pánico o imágenes intrusivas, que causan más desregulación, o sus patrones familiares relacionados con el apego. Un ejemplo de conciencia plena no regulada sería una pregunta general a un paciente desregulado, como por ejemplo: «¿Cuál es su experiencia ahora mismo?». Un ejemplo de conciencia plena dirigida que guía la atención del paciente hacia lograr el objetivo de estar más conectado sería: «¿Qué nota ahora mismo en su cuerpo, especialmente en las piernas?». Probablemente, el paciente indicará que no puede sentirse las piernas, lo cual prepara el camino para generar sensación y movimiento en sus piernas al prestarles atención, promoviendo así el objetivo terapéutico de la conexión. Dirigir la conciencia plena hacia las emociones o el cuerpo permite utilizar intervenciones precisas dirigidas hacia el procesamiento emocional (la experiencia, articulación, expresión e integración de las emociones) así como el procesamiento sensorimotor (la experiencia, articulación, expresión e integración de sensaciones y acciones físicas).

## Ampliar los límites reguladores de la ventana de tolerancia a los afectos

La «ventana de tolerancia a los afectos» se refiere a una zona de activación óptima dentro de la cual se pueden experimentar y procesar con efectividad las emociones. Los estados hiperactivados o hipoactivados superan la ventana de tolerancia a los afectos y no conducen al procesamiento eficaz y resolución de los estados emocionales. Las tendencias relativas al trauma y al apego inadaptado reducirán la ventana de tolerancia, y es fundamental ampliar esos límites (ver la figura 8.1).

Ampliar los límites reguladores del paciente implica experimentar y expresar las emociones básicas, integrando las emociones disociadas u ocultas, aumentando la capacidad de tener afectos positivos, y cuestionando las tendencias procedimentales físicas con nuevas acciones. Aunque estas emociones y nuevas acciones en ocasiones sean intensas y dolorosas, también aportan una sensación de estar vivo, de novedad y de riqueza que sirve para conectar a los pacientes con capas más profundas de su abanico emocional. La activación y procesamiento de estas emociones lleva a nuevos recursos, energía y significado (ver también Fosha, capítulo 7 de este libro; Trevarthen, capítulo 3 de este libro).

Los límites reguladores de la ventana de tolerancia a los afectos se cuestionan y se amplían en la psicoterapia a medida que los pacientes ejecutan nuevas acciones físicas capacitadoras, imposibles durante un acontecimiento traumático real, o realizan acciones relacionales anteriormente inefectivas que fomentan el apego, la conexión y la resonancia interpersonal, o realizan las diferentes acciones que fomentan y reflejan el afecto positivo (ver la figura 8.2). Los afectos centrales se basan en la elaboración de las acciones físicas correspondientes: la ira adaptativa se mantiene con una mayor alineación de la columna, un grado de tensión física y la capacidad de empujar o atacar; la alegría, mediante una elevación de la columna y un movimiento expansivo; la empatía, ablandando el rostro y el pecho, y quizás un ligero estiramiento de los brazos; el juego, mediante la inclinación de la cabeza y cambios espontáneos y rápidos de movimiento.

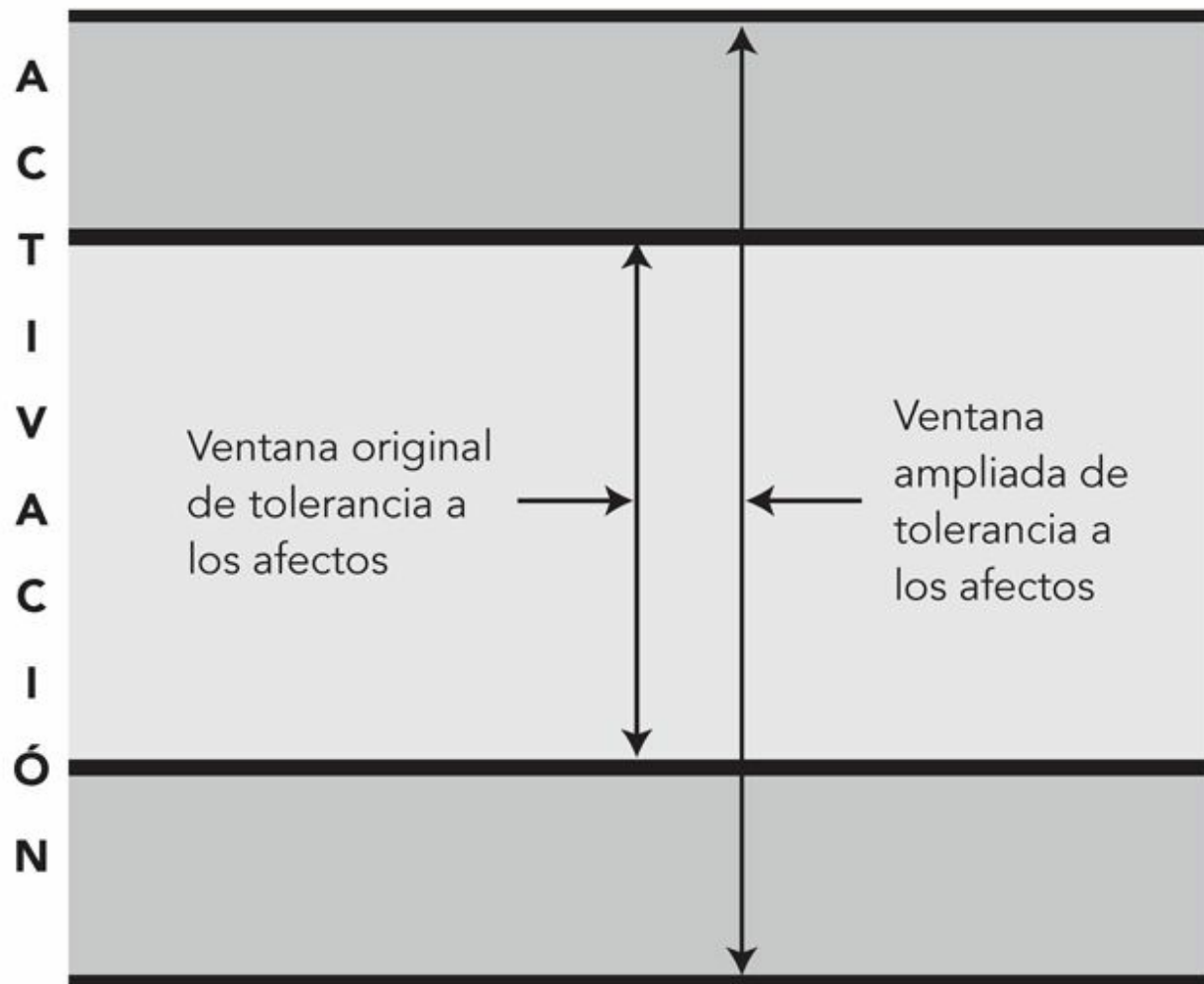


FIGURA 8.1

Ventana de tolerancia a los afectos.

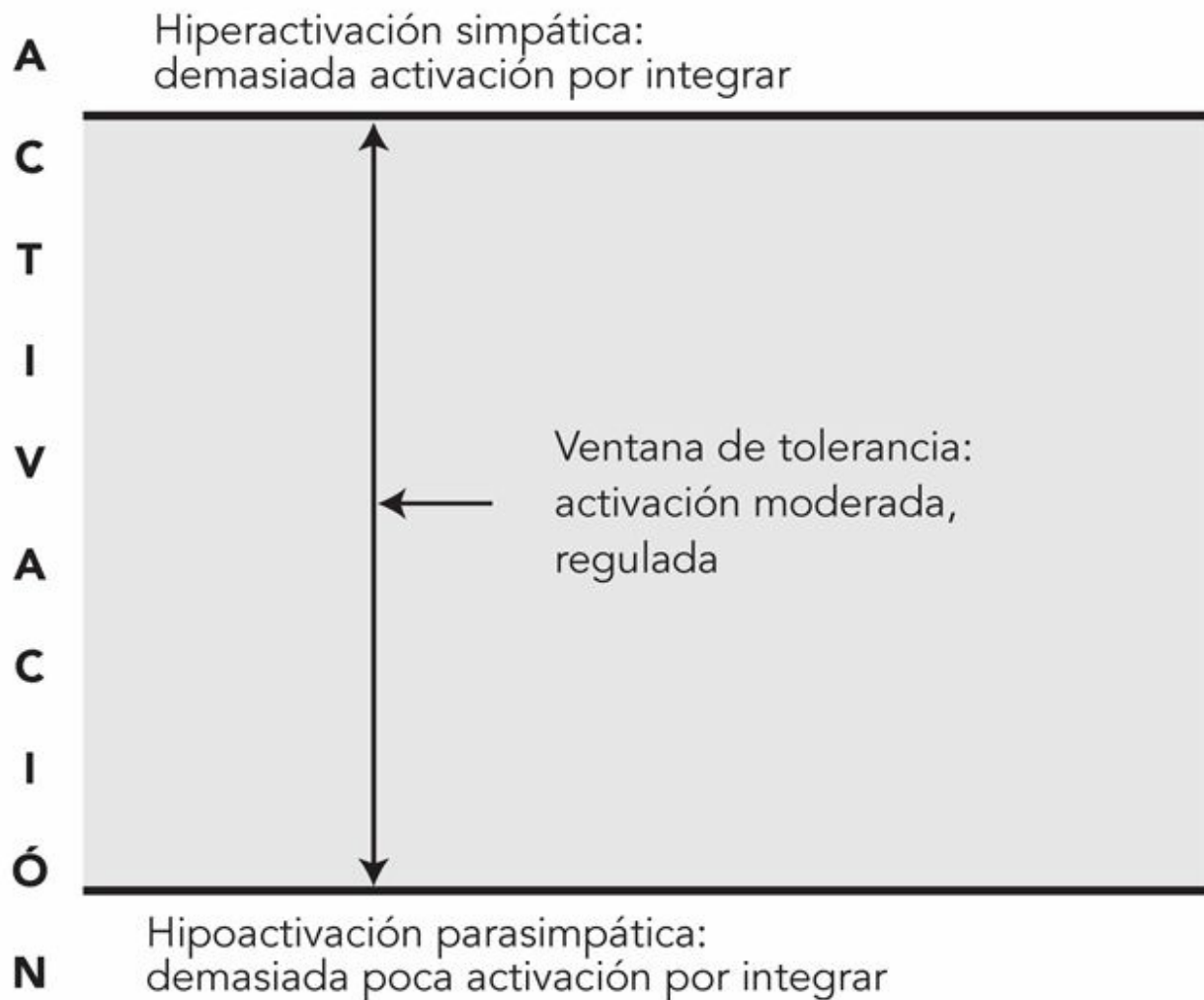


FIGURA 8.2

Ampliación de los límites reguladores de la ventana de tolerancia a los afectos.

Sin embargo, descargar los *patrones* de emociones asociadas a menudo exacerba las tendencias procedimentales, repite el pasado y, por lo tanto, impide la ampliación de los límites reguladores. Por consiguiente, es importante que los terapeutas evalúen la naturaleza o la fuente de activación emocional del paciente: un patrón, tendencias procedimentales que incluyen respuestas defensivas animales desreguladas, hiperactivación relacionada con un trauma o tendencias emocionales; emociones habituales derivadas de un historial de apego; o una respuesta emocional auténtica que amplía la variedad de afectos, termina el asunto inacabado, recupera emociones que han sido disociadas, devaluadas o suprimidas, o aumenta la tolerancia a los afectos positivos.

Bromberg (2006) afirma que «volver a contar es volver a vivir» y que, aunque los terapeutas deben «intentar no ir más allá de la capacidad del paciente de sentirse seguro en la consulta, es inevitablemente imposible que lo logre, y es debido a esta imposibilidad por lo que puede producirse el cambio terapéutico» (p. 24). El trabajo con emociones

básicas fuertes y auténticas y nuevas acciones físicas pueden precipitar una activación excesiva que sobrepase la capacidad integradora del paciente. Estas nuevas emociones y acciones generalmente hacen que la activación aumente hasta los límites de la desregulación y requiera una regulación atenta y sensible por parte del terapeuta, quien garantizará que la activación sea suficientemente elevada para ampliar la ventana, pero no tanto como para sacrificar la integración. Por otro lado, si la activación emocional y fisiológica del paciente permanece constantemente en la parte media de la ventana de tolerancia (por ejemplo, en niveles bajos típicos de los estados de miedo y ansiedad), no podrá procesar la experiencia pasada o ampliar sus capacidades físicas y emocionales porque no estará en contacto con las tendencias de apego traumáticas o demasiado afectivas en el aquí y el ahora en la hora de la terapia. Por tanto, como afirma Bromberg, la terapia debe ser «segura pero no demasiado segura» para ampliar la ventana de tolerancia a los afectos.

El terapeuta y el paciente deben evaluar constantemente el nivel de activación y la capacidad de procesamiento del paciente en los límites reguladores de la ventana de tolerancia. Cuando la activación alcance los límites reguladores, es imperativo evitar estimular más activación emocional o fisiológica y evitar seguir con acciones físicas que causen más desregulación en detrimento de la integración, trabajando en lugar de eso en los límites con intención hacia la integración.



## Trabajar con tendencias relacionadas con el trauma

El objetivo general de la terapia es la integración. Al principio del trabajo terapéutico con personas traumatizadas, la activación generalmente se desregula (es decir, supera la ventana de tolerancia del paciente) tanto debido a la relación como por la articulación de los acontecimientos traumáticos. La abreacción y la expresión de la emoción relacionada con el trauma que se produce más allá de los límites reguladores de la ventana de tolerancia a los afectos del paciente no se fomentan porque no promueve la integración (Van der Hart y Brown, 1992). Pero atendiendo de forma *preferencial* y *exclusiva* al procesamiento sensorimotor cuando la activación está en los límites de la ventana de tolerancia, los pacientes aprenden que la activación abrumadora puede volver a entrar dentro de los límites de la ventana. Esto se puede hacer independientemente de cualquier contenido emocional o cognitivo particular. Observar y cambiar las tendencias somáticas en el presente hacia la exclusión de las emociones y el contenido limita la información que hay que manejar en una cantidad y una intensidad tolerable que se pueda integrar, facilita la regulación de los afectos y prepara el camino para el trabajo futuro con las emociones intensas sin causar una desregulación excesiva.

La primera tarea de la terapia es enseñar a los pacientes unas habilidades concretas que sirvan para que su activación vuelva dentro de la ventana de tolerancia. Tras años de celibato, Marcia, víctima de abusos sexuales, empezó a explorar la intimidad sexual con su novio, lo cual a su vez desencadenó una desregulación ascendente. En la terapia contaba: «Mi cuerpo está descontrolado. No puedo comer, no puedo dormir». Al pedirle su terapeuta que «observara lo que le ocurría por dentro» (una orden de final abierto, de conciencia plena general), Marcia indicó sentir pánico y temblores, algo que exacerbaba su desregulación. El terapeuta de Marcia usó entonces la conciencia plena dirigida pidiendo a Marcia que prestara atención sólo a su sensación corporal, evitando las descripciones de las emociones y del contenido: «Centrémonos en su cuerpo: sienta el pánico como sensación corporal. ¿Qué siente a nivel corporal?». Marcia dirigió toda su atención hacia la sensación de temblor, usando un vocabulario relacionado con las sensaciones (por ejemplo, hormigueo, movimiento, temblores, calma) en lugar de vocabulario relacionado con las emociones (por ejemplo, atemorizada, avergonzada, con pánico, nerviosa) para describir a su terapeuta su experiencia somática. Para animar a Marcia a describir la progresión de estas sensaciones hasta que las sensaciones disminuyeran, su terapeuta siguió utilizando la conciencia plena dirigida; por ejemplo: «Quédese con esta sensación de temblores. ¿Qué pasa después en su cuerpo? ¿Cómo cambia la sensación?». Poco a poco, las sensaciones se calmaron, los temblores se redujeron, y la activación de Marcia volvió a su ventana de tolerancia.

La conciencia plena dirigida también puede ayudar a los pacientes a descubrir sus defensas capacitadoras y de movilización. En 1925, Janet describió que los pacientes traumatizados son incapaces de llevar a cabo acciones capacitadoras o «actos triunfales» (p. 669).

Cuando los pacientes prestan por primera vez atención a su cuerpo, generalmente

toman consciencia de sus defensas incapacitadoras e inmovilizadoras en lugar de las acciones triunfales. Pero cuando aprenden a ampliar y afinar la consciencia plena de su cuerpo, casi siempre descubren los impulsos de lucha o huida que estaban inhibidos, en interés de la supervivencia, durante los acontecimientos traumáticos originales, pero que estaban confinados en su cuerpo. Estas acciones capacitadoras suelen revelarse en los movimientos preparatorios, las acciones físicas casi imperceptibles que se producen antes de la ejecución completa de un movimiento más grande.

Por ejemplo, cuando Marcia habló por primera vez del abuso que sufrió de niña, sólo era consciente de la sensación de colapso en su cuerpo y de una tendencia hacia las respuestas de hipoactivación: distancia, no sentir «nada». Sin embargo, al seguir explorando sus sensaciones corporales, notó una leve tensión en la mandíbula, una tensión que parecía bajarle por el cuello hasta los brazos. Al final, Marcia notó un pequeño movimiento en los puños, que parecía indicativo de un movimiento agresivo más grande. Cuando el terapeuta le indicó que sintiera la tensión y que notara lo que su cuerpo «quería hacer», Marcia fue consciente de los impulsos de golpear, y lentamente realizó este movimiento contra una almohada que el terapeuta sujetaba. Al terminar este movimiento, Marcia también indicó el impulso de escapar, percibido como una tensión en los músculos de las piernas, que ejecutó estando de pie y experimentando su capacidad de alejarse de los estímulos no deseados.

Trabajar con estos actos físicos de triunfo está relacionado con el trabajo con los patrones de emociones y, a la larga, con nuevas respuestas adaptativas emocionales. En un momento dado, mientras Marcia recordaba a su padre entrando en su dormitorio cuando ella era pequeña, levantó las manos en un movimiento de protección, pero de repente las manos bajaron de nuevo hacia el cuerpo. Al pedirle que notara ese movimiento, Marcia expresó sentirse avergonzada, una emoción aversiva que se correspondía con los impulsos de acurrucarse en lugar de protegerse mediante movimientos de empuje. Al seguir el impulso de enroscarse, Marcia pudo experimentar sus sensaciones de vergüenza con su terapeuta, que la regulaba empáticamente, facilitando no sólo la expresión emocional de Marcia, sino también que se diera cuenta de que los abusos no fueron culpa suya. Sin embargo, esto fue sólo un paso en el proceso de Marcia, ya que el «acto triunfal» capacitador de empujar quedó incompleto y no fue ejecutado. Por lo tanto, al calmar su activación emocional, el terapeuta le pidió que volviera a recordar el momento en el que su padre entraba en su habitación cuando era pequeña y que descubriera lo que su cuerpo «quería hacer», de nuevo facilitando no sólo la consciencia somática, sino también el *procesamiento* somático. Esta vez, Marcia indicó una sensación de rabia (contraria a su patrón habitual de impotencia, culpa y miedo) acompañada por una tensión en los brazos, que resultó ser la defensa de movilización incipiente que, inteligentemente, abandonó durante el abuso. En esta ocasión, Marcia fue capaz de sostener la consciencia plena dirigida hacia la rabia y su experiencia somática, y estas dos cosas soportaron la ejecución de una nueva acción a diferencia de la repetición de la sumisión y de la culpa.

En una terapia anterior, Marcia había expresado repetidamente tendencias de

remordimientos e impotencia, pero su propensión a romper a llorar interfería con unas respuestas emocionales y físicas más adaptativas como la ira y la acción asertiva. Cuando descubrió su rabia por lo que había sucedido y fue capaz de ejecutar sus actos triunfales, indicó tener una sensación interior de «sentirse segura en su cuerpo» y «más yo misma de lo que nunca me he sentido». Cuando ella y su terapeuta compartieron su profunda apreciación por ese progreso, Marcia empezó a llorar calmadamente. Expresó su profunda pena por haber perdido la confianza inocente en su padre, algo que atesoraba de pequeña. Estas emociones tan potentes fueron acompañadas de otro arrebató de activación, desafiando los límites reguladores de su ventana de tolerancia, pero, mientras lloraba, la voz empática de su terapeuta y la regulación interactiva evitaron que el estado de Marcia siguiera escalando, lo cual dio como resultado una ampliación de su ventana de tolerancia a los afectos y de su sensación de competencia. Después, Marcia le dijo haber percibido una nueva sensación de movimiento fluido y de relajación y receptividad global en su cuerpo.

## Tratamiento de las tendencias relacionadas con el apego

Los afectos aversivos relacionados con el apego, como el remordimiento o defensas que enmascaran o suprimen una emoción más profunda, sintetizan las interacciones tempranas con los cuidadores relacionadas con los afectos y limitan la experiencia, la variedad y la expresión de los afectos. Generalmente, estas emociones han formado unas estrategias satisfactorias para colmar las necesidades cuando la comunicación emocional auténtica ha resultado insatisfactoria, tienen un carácter repetitivo y a menudo enmascaran y protegen contra un nivel de sensaciones más profundo. Orientados hacia estas necesidades, los patrones emocionales se usan manipulativamente (inconscientemente, sin malicia) para influir en las acciones de los demás estimulando la culpa o la compasión o solicitando atención, ayuda, empatía, liberación de la presión, privacidad o conexión. En lugar de descargar esos patrones emocionales inadvertidamente, es importante ayudar a los pacientes a descubrir su función y a experimentar los afectos auténticos o «centrales» subyacentes (Fosha, 2000). Los afectos centrales proporcionan una sensación de contacto profundo y de confort con el yo y con el yo en la relación: la experiencia y la expresión del dolor emocional sin la máscara de la emoción defensiva, y la alegría, orgullo, amor y profunda resonancia en el contexto diádico.

Jim entraba en un estado de ira rápidamente, expresando frustración e irritación ante la más mínima provocación. Al aparecer su patrón de respuesta mientras estaba hablando de las críticas de su esposa hacia él, su terapeuta le pidió que se centrara en las tendencias somáticas correlacionadas con la emoción. Primero indicó sentir tensión en la mandíbula, brazos y hombros, y expresó también sensaciones de ira. El terapeuta reflejó empáticamente su afecto, pero también dirigió su conciencia plena hacia su cuerpo más que hacia sus emociones. Al abstenerse Jim de expresar la ira y permanecer centrado en su cuerpo, notó tensión en el pecho. Al reconocer que esta sensación era diferente de la tendencia física que iba unida a su ira característica, el terapeuta pidió a Jim que se centrara en esa tensión, que observara sus parámetros, y que la exagerara ligeramente (para aumentar la señal de una emoción más central). Jim dijo que le dolía el corazón, y espontáneamente recordó una escena de sus padres ridiculizándole mucho por ser incapaz de ayudar a su hermana pequeña con los deberes. La tensión en torno a su corazón aumentó, y el terapeuta le volvió a pedir que siguiera prestando atención a su cuerpo y a encontrar las palabras que según él iban unidas a esa tensión. Jim dijo en voz baja: «No puedo mostrar mi dolor..., debo ser duro». Y con estas palabras, la emoción subyacente de dolor y de decepción oculta por el patrón de irritación e ira emergió y se hizo más profunda. La resonancia empática del terapeuta le permitió completar la expresión de este afecto central subyacente y evitado y permitió a Jim cultivar nuevas respuestas emocionales más adaptativas. Con el tiempo, Jim fue capaz de expresar una variedad de emociones básicas y también aprendió a realizar nuevas acciones físicas más adaptativas. Practicó el hecho de ablandar la zona alrededor del corazón para permitir la conexión con emociones más vulnerables, colocándose las manos suavemente sobre el

corazón, relajando conscientemente el pecho y usando la respiración para ablandar el tórax. Aprendió a ser consciente de las acciones físicas indicativas de ira y frustración, como la tensión en la mandíbula, brazos y hombros, y a diferenciar si representaban patrones reactivos fijos o si eran respuestas adaptativas al momento presente.

## Activar y regular el juego y el afecto positivo

El hecho de que el terapeuta anime a experimentar una amplia variedad de afectos positivos y sus acciones físicas amplía los límites de la ventana de tolerancia y ofrece el potencial de aumentar la capacidad de interacción social y confianza en la relación. En el contexto de la sintonización sensible y la colaboración, el paciente puede aprender a ser más curioso y más consciente de la experiencia interna como respuesta al pensamiento, al recuerdo o su participación en el juego y en el afecto positivo, a los movimientos que los expresan o a momentos espontáneos de interacción alegre y afecto positivo con el terapeuta.

Joan dijo a su terapeuta que a menudo le decían que era «demasiado seria» y que su marido se quejaba de su incapacidad de disfrutar. Estas observaciones quedaban corroboradas por su comunicación corporal: Joan tenía el cuerpo agarrotado, encorvado, con una rigidez extraña, transmitía el mensaje de «manténgase alejado» tanto emocional como físicamente. La tensión en los hombros encorvados, la falta de movimiento y de libertad en la parte superior de su cuerpo y unos andares lentos y pesados reflejaban la sensación de que Joan estaba acostumbrada a las adversidades. Aunque Joan afirmaba con tristeza que le gustaría disfrutar más de la vida, también hablaba de una sensación de incomodidad o incluso de alarma cuando intentaba ser menos seria y estar más alegre. Al haber crecido con una cuidadora materna estricta, sombría, nerviosa y deprimida que la protegía muy poco del comportamiento aterrador de su padre alcohólico, podemos inferir que, como bebé y como niña, Joan sufrió un cuidado inadecuado de sus estados de aflicción y una pérdida de interacciones alegres y de tono positivo entre madre e hija.

Inicialmente, los intentos del terapeuta de ayudar a Joan a realizar los movimientos flexibles y no estereotipados característicos del afecto positivo activaron las tendencias defensivas de apego y animales procedimentalmente aprendidas. Cuando Joan empezó a explorar los movimientos expresivos y alegres, indicó tensión y opresión en el cuerpo, indicándole que cabía esperar ridículo o incluso peligro. Su terapeuta la enseñó a practicar una respuesta defensiva movilizadora de empujar, usando la tensión en un gesto de establecimiento de límites y de protección. Practicó este movimiento una y otra vez, fomentando cada vez más una sensación de seguridad y de dominio que aliviaba su miedo y su inmovilización paralizante.

Al final, el terapeuta de Joan le preguntó qué tipo de posturas y de movimientos querría hacer su cuerpo en un contexto de disfrute, diversión y seguridad, y Joan pensó que esas acciones serían libres, espontáneas y expresivas, unas cualidades que desafiaban su habitual comportamiento contenido y rígido. De forma despreocupada y jovial, el terapeuta realizó esos movimientos (inclinación de la cabeza, movimientos de baile con las piernas y con los brazos) según las instrucciones de Joan, primero ejemplificándolos para ella y luego pidiéndole que intentara imitar esos movimientos. Al principio, Joan se reía de forma nerviosa, pero luego indicó de nuevo que esas acciones alegres le daban miedo, sintiendo el impulso de dejar de moverse y volver a su tensión habitual. Pero como ya había trabajado tanto su miedo y las correspondientes tendencias físicas, su

terapeuta permaneció empáticamente jovial, ayudándole a sentir la seguridad del aquí y el ahora, animándola a mantener contacto visual, y también recordándole su nueva capacidad aprendida de poner límites y decir «no». Con su apoyo, Joan fue capaz de explorar los movimientos espontáneos, relajados y expresivos característicos del afecto positivo.

Durante la terapia, Joan y su terapeuta practicaron varios movimientos que facilitaron el afecto positivo, como comparar la forma de andar de Joan con un muelle, andar con la cabeza erguida, cambiando la posición encorvada de los hombros y la columna por una postura más recta que fomentaba el contacto visual y la interacción con los demás. Con una práctica continuada, una postura más integrada, unas acciones expresivas y los afectos positivos se hicieron más naturales y accesibles para Joan, y sus movimientos fueron cada vez más imprevisibles, libres y complejos, y ocurrían sin que el terapeuta se los pidiera. Aunque su activación emocional aumentó durante muchos momentos en los que experimentaba distintos afectos positivos (jovialidad, alegría, entusiasmo, maestría, orgullo, recepción de la mirada positiva del terapeuta, resonancia profunda e incluso amor entre el terapeuta y la paciente), la elevada activación iba unida a un afecto positivo, a diferencia de la asociación que solía hacer de la activación elevada con un afecto negativo, peligro e hipervigilancia. Con el tiempo, el hecho de experimentar y mejorar los afectos positivos y de amplificar los movimientos que los acompañan cuestionó las tendencias procedimentales de Joan, reforzó su resiliencia y optimismo, estimuló su interacción social y amplió su ventana de tolerancia.

## Conclusión

Destacando la relación entre el afecto, el cuerpo y el cerebro, Ratey (2002) escribe: «Cuando sonreímos, nos sentimos más felices, y cuando nos sentimos más felices sonreímos... La retroalimentación entre las capas o los niveles del cerebro es bidireccional; si activamos un nivel inferior, estaremos predisponiendo un nivel superior, y si activamos un nivel superior, estaremos predisponiendo un nivel inferior» (p. 164). Los clínicos pueden usar la retroalimentación entre las emociones, las sensaciones y la acción física en beneficio de la terapia integrando el trabajo directo con el movimiento y las sensaciones corporales en sus destrezas básicas. Aunque tratar las emociones (y las cogniciones) es fundamental en el tratamiento, no sustituye la observación meticulosa de las tendencias físicas aprendidas procedimentalmente ni su interrupción reflexiva que enseña a los pacientes a usar su propio movimiento, postura y sensaciones para regular la activación y ampliar su propia capacidad de regular los afectos. La realización satisfactoria de acciones previamente temidas o desconocidas en el contexto de una interacción social sintonizada con el terapeuta, junto con el procesamiento adecuado de las emociones básicas previamente temidas o desconocidas, sirve para desarrollar unas capacidades relacionales más adaptativas, reforzar las capacidades interactivas y de autorregulación y ampliar los límites regulatorios de la ventana de tolerancia. La completa integración del trabajo con la emoción y la elaboración de acciones físicas maximizan la posibilidad terapéutica y, con el tiempo, inspiran a los pacientes a tener una gama más amplia de comportamientos y afectos enriquecedores.



9

# La emoción en la pareja

*Intimidad encontrada, intimidad perdida, intimidad recuperada*

*Marion F. Solomon*

**LAS PERSONAS SE CONOCEN**, intiman y se conectan de maneras que les afectan tanto a nivel neurológico como psicológico. Las emociones juegan un papel fundamental en este proceso. En las relaciones seguras, las emociones son vehículos para comunicar y solidificar los vínculos de apego. En cambio, las parejas acuden a la terapia con los relatos de sus problemas, que a menudo cubren un profundo pozo de emociones renegadas, de necesidades de dependencia insatisfechas y de dolor emocional. Cuando las emociones básicas profundas son inaccesibles y las necesidades emocionales permanecen insatisfechas, las potentes sensaciones desreguladas suelen interferir con la capacidad de autorregularse o de reparar el daño. Si nos fijamos en la cantidad creciente de personas que buscan terapias para resolver sus problemas de pareja, queda claro que muchas parejas son incapaces de dar y de recibir las cosas que son esenciales para mantener un apego seguro; es decir, empatía, escucha, tacto, resonancia diádica, una sensación de ver y de ser visto por el otro y, a la larga, una oportunidad de estar en contacto con las emociones básicas permaneciendo presentes mutuamente.

La investigación ha demostrado que el cerebro es un órgano dinámico, conectivo y que busca socialmente (Siegel, 1999). Tenemos la necesidad neurológica de contar con unos apegos seguros. Estos apegos seguros proporcionan una sensación de seguridad y de disponibilidad emocional en momentos de aflicción que permanece constante desde la primera infancia y durante toda la vida. El comportamiento, la activación, la regulación de las emociones y la conciencia se organizan simultáneamente mediante un proceso interactivo que ayuda a solidificar los vínculos emocionales y permite la exploración segura del entorno. En todas las subsiguientes relaciones a lo largo de la vida, emergen subcorticalmente unas sensaciones que influyen en el proceso de razonamiento y de toma de decisiones. Cuando emergen sensaciones negativas en torno a defectos de apego no resueltos, las defensas contra el dolor emocional se cierran, y la exploración y los nuevos repertorios de conductas parecen poco seguros.

Los circuitos neuronales que subyacen tras los vínculos emocionales están siendo identificados actualmente, gracias a la colaboración de psicólogos clínicos, expertos en desarrollo y neurocientíficos, que también están integrando el importante conocimiento que está emergiendo. En los últimos años, la neurociencia nos ha permitido conocer la

plasticidad del cerebro y los circuitos transmisores que se pueden modificar y redirigir mediante los pensamientos, las sensaciones, las creencias, las relaciones y las condiciones de vida externas (Doidge, 2007; Siegel, 2007). A partir del conocimiento sobre cómo los circuitos del cerebro afectan y se ven afectados por las experiencias del pasado, influyendo en las percepciones de las relaciones actuales, es posible entender por qué la gente que se conoce, se enamora y se casa más tarde puede verse mutuamente como causa de ansiedad, aflicción y peligro (Solomon y Tatkin, en prensa). Las nuevas situaciones reactivan viejos patrones de memoria. En cuestión de milisegundos, los procesos subcorticales fusionan las reacciones emocionales pasadas y presentes. Aparecen unas sensaciones que pueden influir en los procesos de razonamiento y de toma de decisiones.

Las relaciones íntimas pueden crear crecimiento y cambio o, alternativamente, pueden quedar bloqueadas en patrones de interacción destructivos. Este capítulo explora maneras de reconocer y cambiar las interacciones bloqueadas y dolorosas entre los miembros de la pareja y muestra cómo las emociones y su regulación (o su ausencia) desempeñan un papel tanto en la desregulación como en la sanación de esos patrones. Los actuales estudios neurocientíficos que están descubriendo formas de reactivar la mente, el cerebro, la memoria y la cognición están dando lugar a unas intervenciones clínicas que ayudan a los miembros de la pareja a percibir y a responder a las emociones y comportamientos del otro de nuevas maneras.

## El cerebro social: emociones y apego

Los estudios confirman una elevada correlación entre las categorías de apego temprano y los patrones de apego en los adultos (Main, 2000). Desde antes del nacimiento y a lo largo de toda la vida, el cerebro, el cuerpo y el sistema nervioso están conectados en interacción con el entorno, con cascadas de emociones que disparan las reacciones químicas que afectan a la mente en desarrollo (Siegel, 1999). Los niveles de activación, la conciencia y el comportamiento están organizados simultáneamente en el cerebro mediante este proceso interactivo. La vida psíquica de la persona se origina en este campo interaccional. El contacto ojo con ojo, piel con piel entre el bebé y su cuidador regula por primera vez y organiza la experiencia de los estados interiores (Schoore, 2001).

Stern (2000) identifica varias percepciones del yo que se organizan mediante las interacciones con «otros yoes reguladores». Nos descubrimos a nosotros mismos a través del reflejo en los ojos del otro (Winnicott, 1958). Al mismo tiempo que aprendemos hasta qué punto podemos depender del otro para estar seguros, desarrollamos nuestros patrones únicos de relacionarnos. Estos patrones se convierten en modelos básicos internos que dan forma a todas las relaciones futuras (Bowlby, 1969/1982).

Si nos tocan, nos alimentan y nos sostienen con seguridad, aprendemos a depender de los demás, y se desarrolla un modelo de apego seguro. En un apego seguro, se produce una sintonización, un conocimiento y una aceptación de nosotros tal y como somos, más que según lo que se supone que debemos ser para obtener el amor de la otra persona. A través de las interacciones emocionales positivas (madre y bebé, pareja) es probable que nos sintamos reconocidos, amados y valiosos. En las relaciones que funcionan bien, cada miembro se siente mejorado mediante la interacción con el otro. Cuando las cosas van bien, el modelo básico de apego seguro y las interacciones de afecto positivo conformarán nuestras expectativas al adentrarnos en situaciones nuevas. Esta influencia temprana no garantiza un matrimonio feliz, como tampoco significa que un apego temprano inseguro signifique una vida adulta desprovista de buenas relaciones. Pero un apego seguro hace que sea más fácil manejar el estrés que siempre surge en una relación comprometida y de larga duración.

Para que se produzcan relaciones íntimas, el *sistema de búsqueda de afecto* (Cassidy, 1999, p. 123), la parte del cuidador del sistema de apego, debe funcionar bien. El concepto de «base segura» de John Bowlby (Ainsworth, Blehar, Water y Wall, 1978) puede considerarse como una plataforma desde la cual explorar la descripción de «apego seguro ganado» de Main (2002). Los estudios demuestran que una buena relación puede alterar patrones de apego previamente distorsionados. Treboux y Crowell (2001) han estudiado las representaciones del apego adulto en dos acontecimientos vitales ordinarios: el matrimonio y el nacimiento de un hijo. En su investigación, descubrieron que estas transiciones podrían servir como catalizadores para el cambio en los modelos de funcionamiento interno de Bowlby (Bowlby, 1969/1982). Así, durante un período de cinco años, descubrieron que una relación adulta segura se asociaba con unas respuestas

en la Entrevista sobre apego adulto que pasaban de «inseguras» a «seguras ganadas» (Main, 2002). Este hallazgo confirma otros estudios que demuestran que las conexiones entre las neuronas se pueden modificar y conformar directamente mediante la experiencia actual, gracias a la plasticidad neuronal del cerebro (Schoore, 2003a, 2003b; Siegel, 2007).

El apego seguro facilita el confort con autonomía. Las personas con un apego seguro buscan cariño y dan el cariño que el otro quiere. *Dar cariño* significa estar disponible para una pareja adulta en momentos de estrés. Significa reconocer cuándo el otro necesita atención y hacer todo lo necesario para dársela. Significa ser cariñoso, respetuoso con la verdad del otro, y aceptar distintas maneras de ser y de sentirse. Según Cassidy (1999):

Esta necesidad de ser visto es igual de importante en los vínculos de apego significativos entre adultos que en el vínculo bebé-cuidador. Lo que se requiere es poder confiar en que los demás serán capaces de responder sensiblemente cuando estemos en medio de experiencias difíciles y de emociones perturbadoras. No hay ninguna vida que no tenga elementos estresantes. Una cosa es segura en todos nosotros: habrá momentos en que nos dañarán el corazón y la mente. Para todos, en la vida, hay momentos en los que en nuestro núcleo más interior experimentamos miedo, tristeza, ira, pena. En esos momentos, todos deseamos que nos cuiden y nos quieran en una relación de apego primario. Aquí es donde se pone a prueba una relación y se confirma la seguridad de que se puede confiar en el otro, o no (p. 130).

Sólo tras un número suficiente de interacciones en las que se prueba la seguridad del apego, y en las que se satisface positivamente la señal de confort y seguridad, se desarrollan representaciones del otro como una persona cariñosa, responsable y sensible, y de uno mismo como susceptible de ser amado y valorado. Las interacciones emocionales positivas que surgen tras las rupturas reparadas con éxito son cruciales (Fosha, 2001,<sup>1</sup> 2003; Schoore, 1994; Tronick, 2007) porque forman parte de las representaciones que son la base de los modelos básicos seguros del yo y del otro. Estos modelos básicos internos acompañan a la persona, niño o adulto por los diferentes fallos normales de sintonización, seguidos por experiencias reparadoras. Cuando esto sucede, la relación se convierte en un vínculo emocional sanador, «un refugio en un mundo desalmado» (Lasch, 1995).

Un aspecto importante de la confianza necesaria para que una relación íntima funcione bien es creer que somos valiosos y susceptibles de ser amados. Esta convicción también ayuda a desarrollar los vínculos del apego seguro. Cuando, mediante las interacciones emocionales reactivas repetitivas, coincide un modelo interno positivo del otro con un modelo de la representación interna positivo de uno mismo, tenemos las condiciones necesarias y suficientes para las relaciones íntimas. Cuando no se dan estas condiciones, las relaciones lo acusan.

## Cómo las defensas contra las emociones dolorosas duran como patrones para toda la vida

Las reacciones afectivas de las personas con traumas tempranos no resueltos suelen crear patrones de apego disfuncionales en las relaciones íntimas en la edad adulta. Los estudios muestran una elevada correlación entre los cuidados recibidos en la infancia y el cariño hacia la pareja en la edad adulta (Cassidy y Shaver, 1999). Las alteraciones en el apego resultan de separaciones reiteradas, estrés prolongado o experiencias traumáticas en nuestros vínculos tempranos. A menos que esta situación se reconozca y se resuelva mediante una relación reparadora, las defensas protectoras que parecían necesarias para la supervivencia física o psíquica se programan y afectan a las relaciones a lo largo del tiempo. La reaparición de sensaciones internas en situaciones posteriores puede alterar la capacidad de responder adecuadamente. Cuando surgen emociones fuertes y no están reguladas dentro de la contención y la seguridad de un apego seguro, se hace difícil distinguir entre los impulsos de ira, la activación de la ansiedad, y las defensas aprendidas tempranamente contra el afecto de miedo o de dolor. Estas defensas, que se han incorporado en el modelo de funcionamiento interno, se desencadenan en cada nueva relación. Las parejas se ponen a prueba repetidamente. Este proceso ocurre como en modo de piloto automático, sin que seamos conscientes de ello ni lo planifiquemos, porque está programado en nuestro cerebro.

Como los patrones de respuesta afectiva están codificados a nivel sub-cortical, las emociones, defensas y representaciones permanecen almacenadas en la memoria implícita (Siegel, 1999). Un acontecimiento interpersonal desencadena una activación emocional que causa una pérdida temporal (una especie de viaje en el tiempo en el que pasado y presente se funden). La situación actual y la persona actual adoptan la característica de una o más personas del pasado. La pareja y la madre (o el padre) se pueden fusionar en ese momento, preparando el terreno para una reacción defensiva a ambos lados y la aparición del «monstruo del matrimonio» (Tatkin, comunicación personal, 27 de septiembre de 2003). Veremos esta dinámica más adelante, en el caso de Ted y Robin.

Las parejas generalmente acuden a la terapia cuando se ven presas en patrones de interacción repetitivos, desconcertantes y dolorosos. Ambos miembros relatan los problemas que hay entre ellos, y cada uno piensa que los problemas están en el otro. Sin embargo, al describir su insatisfacción e incomodidad en la relación, su relato suele reflejar culpabilidad e inadecuación. Cuando se les pide que lo clarifiquen, un miembro puede expresar entumecimiento, dolor corporal o sensaciones vagas de que algo va mal. El terapeuta puede ser consciente de las transferencias entre los miembros de la pareja y de las reacciones de transferencia hacia el terapeuta. Muchas personas acuden a la terapia temiendo que las sesiones conjuntas puedan ser un territorio peligroso en el que se los culpará, o en el que emergerán sensaciones de vergüenza o humillación, dejando al descubierto a un yo necesitado, temeroso e indefenso.

Las parejas suelen interactuar entre sí desde un nivel verbal consciente, sin ser

conscientes de los apoyos emocionales subcorticales. Las narraciones verbales conscientes en las que las parejas suelen basarse son producto de las funciones corticales del hemisferio izquierdo que ofrecen una narración de los problemas presentados de un modo que protejan a quien los narra de los remordimientos o la culpa. En ocasiones, los miembros de la pareja se convencen mutuamente, o al terapeuta, de que la causa del problema es el sexo, el dinero, el trabajo, la mala comunicación, la familia extendida, etc. Pueden ser problemas reales, pero a menudo son capas que cubren problemas emocionales profundos ocultos.

El niño pequeño usa todas las defensas que tiene disponibles, incluyendo la negación, la disociación, la proyección de la emoción hacia los demás, y una miríada de defensas diseñadas para protegerle de quedar abrumado por emociones peligrosas. Las emociones son especialmente aterradoras y dolorosas cuando no hay nadie presente que nos comprenda o nos consuele. Lo que a menudo parece ser una gran ansiedad puede ser una «capa», una reacción defensiva que cubre emociones básicas ocultas. Lo que parece ser una representación patológica puede ser un intento de compartir con otra persona unas emociones demasiado primitivas para ponerlas en palabras. Cuando ha habido un trauma grave, la persona puede intentar crear ciertas sensaciones en el otro, para que éste sepa también cómo son las sensaciones insoportables. Con emociones y defensas como éstas, las representaciones son pruebas para ver si esta persona entiende y es suficientemente fuerte y se preocupa lo suficiente para contener las emociones que son demasiado dolorosas de soportar para la persona. Las relaciones con la pareja y con el terapeuta se ponen repetidamente a prueba para ver si, finalmente, hay alguien que pueda proporcionar ese apego sanador que se ha necesitado durante tanto tiempo. A menudo, se tarda años en confiar en el otro cuando están en juego emociones tóxicas.

Las acciones y las palabras que parecen no tener sentido al escuchar las explicaciones sobre las dificultades pueden volverse más comprensibles cuando el terapeuta ayuda a los miembros de la pareja a prestar atención al trasfondo emocional de la narración superficial. Es el camino hacia las emociones evitadas que anteriormente parecían demasiado abrumadoras. Este tipo de intervención se hace mejor en el momento en que, durante la sesión, uno de los dos miembros de la pareja experimenta la aparición del contenido emocional como incómodo, amenazante e inexplicable. El objetivo es hacer que las sesiones sean un entorno seguro para la contención y la desintoxicación de las emociones dolorosas. Estas emociones no sólo se ocultan a los demás, sino que incluso se esconden a uno mismo (un afecto aterrador de extrema vulnerabilidad relacionado con el abandono, sensaciones de rabia intensas en torno a una necesidad insatisfecha e imposible de satisfacer), emociones demasiado embarazosas a las que enfrentarse.

Mary Main (2002) presentó unos estudios que indicaban que una relación de cinco años con una pareja segura puede cambiar un apego inseguro y transformarlo en seguro. Deben hacerse más estudios para determinar qué sucede con las emociones tóxicas en una relación adulta segura. Vídeos de sesiones de terapia de pareja muestran cómo las emociones paralizadas parecen distenderse, paredes profundamente afianzadas empiezan a desmoronarse, y los miembros de la pareja se relajan y empiezan a decir cuándo les

duele algo o cuándo tienen miedo en momentos de interacción.<sup>2</sup> El impacto sanador de lo que sucede cuando las emociones básicas que contienen la verdad emocional (Fosha, capítulo 7 de este libro) pasan a un primer plano queda ilustrado en el trabajo clínico con Ted y Robin.



## Comprender la experiencia interaccional

Una parte importante de comprender y contener la experiencia interaccional en la relación de pareja es ser consciente de lo que está sucediendo en el aquí y el ahora cuando sale a la superficie una emoción intensa que debe resolverse. La capacidad del terapeuta de prestar atención a las reacciones fisiológicas y emocionales de ambos miembros, y de las suyas propias, aporta una información vital para ayudar a todos los implicados a comprender el proceso de la relación en el momento. Los patrones que se repiten con el tiempo quedan programados en el cerebro y en el cuerpo. Las nuevas experiencias pueden modificar el cerebro y el sistema nervioso, pero las parejas en apuros suelen tener dificultades en generar situaciones nuevas. En lugar de eso, sus interacciones durante el conflicto suelen no ser contingentes y son repetitivas. La gente se queda bloqueada en sus propios patrones habituales y recurren a las personas que tienen cerca para representar una parte complementaria. En lugar de escuchar lo que dice el otro, cada uno echa mano de unos guiones comunicativos rígidos en los cuales las dificultades nunca se resuelven. Lo que solemos ver en terapia de pareja es que los miembros se esfuerzan con frustración y sin éxito en encontrar una manera mejor de sentirse seguros, valiosos y amados.

Si alguno de los miembros se ve a sí mismo con poco valor y poco susceptible de ser amado, basándose en sus mensajes incrustados en el cerebro en etapas anteriores de su vida, el resultado puede predisponerle a encuentros dolorosos con otros y a una selección reincidente de parejas despreciativas o poco disponibles. *Esta consecuencia desafortunada puede ser debida no tanto a un deseo masoquista de dolor sino más a una búsqueda constante de reparación.* «Quizás esta pareja potencial, que me recuerda a alguien importante en otra etapa de mi vida, entenderá mis necesidades, me amará, me tratará con afecto, calmará mis heridas, será la relación sanadora que necesito». Solemos seleccionar a parejas que tienen heridas emocionales similares o complementarias, donde cada uno desea y pone a prueba la capacidad de la otra persona de reconocer su parte más oscura y aun así quererla. Como la tendencia a apretar una herida en un brazo o una pierna, presionamos repetidamente nuestras heridas emocionales (Cassidy, 1999).

Todos los terapeutas que trabajan con parejas, o con personas que han sufrido repetidamente problemas relacionales han visto este patrón. En ocasiones, el terapeuta escucha la descripción de una persona sobre su pareja y se pregunta cómo puede vivir con ese «monstruo». Los terapeutas de familia han descrito la transformación de la narrativa de sus pacientes de «amante de ensueño» a «la peor pesadilla» (Behry, 2007).

## Caso ilustrativo: Ted y Robin

Recibí una llamada urgente de Ted, un antiguo paciente, para pedirme una sesión conjunta con su esposa, Robin. Hacía casi dos años que no tenía noticias suyas, cuando me escribió desde Las Vegas diciéndome que iban a casarse y que la vida era maravillosa. Ahora, me decía que tenían que venir enseguida porque él, enfadado y harto, estaba a punto de hacer la maleta y dejarla, igual que hizo en parte con su primera esposa.

Ted y yo trabajamos juntos durante casi cuatro años tras divorciarse de su esposa, con la que estuvo casado dos décadas, y luego bruscamente abandonó un prestigioso empleo. Lleno de un profundo dolor y desconfianza, sospechaba que los empleados del nuevo negocio que acababa de abrir le dejarían y le robarían sus ideas, y que las mujeres se interesaban por él sólo por el dinero de su cuantiosa jubilación; tampoco confiaba en la terapia porque pagaba por ella, «igual como pagaría por una prostituta», dijo desdeñosamente.

Sabía que Ted había tenido muchos problemas de apego temprano. Parecía que habíamos recreado juntos la experiencia de padre poco disponible-hijo enfadado con la que creció. Durante la terapia, solía enfadarse conmigo. Odiaba tener que parar al final de la sesión, se ponía rabioso cuando llegaban las vacaciones, y se quejaba porque yo nunca podía hablar mucho rato cuando me llamaba por la noche. En ocasiones parecía que estuviéramos en una zona de guerra, incluso mientras estaba sentado correctamente mirándome a los ojos y hablándome de su esposa; la guerra se producía por dentro, en las sesiones, y necesitaba que yo permaneciera conectado mientras él atravesaba esos momentos.

El trabajo de reparación empezó en la relación terapéutica. Cuando los sentimientos surgían durante las sesiones, aprendió a detenerse, a prestar atención a su cuerpo y a respirar. Le comenté cómo me afectaba nuestro trabajo, y me aseguré de adaptar mi respiración, postura corporal y expresión facial a sus ritmos; en ocasiones, cuando notaba que mi mente estaba dispersa, le comentaba que «nos estábamos perdiendo». Cuando le dije que ambos teníamos cierto impacto en el otro, pasó de enfadarse conmigo por mi retraimiento a comprobar en sí mismo dónde estaba él cuando yo me había desconectado.

Aunque en las sesiones tuvimos algunos encuentros muy difíciles, sus relaciones profesionales mejoraron, su agitación en la cola del supermercado se redujo, superó su miedo de viajar en avión, y fue capaz de aguantar una película sin tener que levantarse dos o tres veces para «escapar». Seguía teniendo citas, pero las relaciones eran cortas, y se terminaban en cuanto la mujer expresaba su interés en un acercamiento.

Cuando Ted conoció a Robin algo cambió. Ya no hablaba de la sensación de vacío interior, ni de la rabia, o la sensación de estar perdidos, o los «monstruos negros» con los que soñaba, o el deseo de encontrar a una mujer que «no le volviera loco». Ted estaba en la fase eufórica del enamoramiento («Por primera vez, sé qué es el placer»).

El cerebro enamorado produce una sensación maravillosa de atemporalidad y euforia que implica poco raciocinio y mucha emoción (Bartels y Zeki, 2000; Fisher, 2004). Se

activan millones de redes neuronales, y los centros del cerebro que median en las emociones, la sexualidad y el yo empiezan a expandirse y reorganizarse. Con el amor de pareja se dispara la dopamina y la norepinefrina, unos neurotransmisores que sustentan el sistema de recompensa y que son muy similares a los implicados en las adicciones.

Al principio, la historia de amor estaba bastante desequilibrada. Robin le dijo a Ted que todavía se estaba recuperando del fallecimiento de su prometido en un accidente de tráfico un año antes y que no estaba preparada para una relación. Su reticencia parecía hacer que Ted la deseara todavía más; le mandaba flores a diario. No dejaba de preguntarme cómo hacer que ella se interesara más por él, y se enfadaba conmigo («de todas formas, ¿quién le necesita?») por no aconsejarle en «asuntos del corazón», porque yo había escrito libros sobre las relaciones, y luego me llamaba a las diez de la noche («Robin me está volviendo loco»).

Cuando Ted llamaba a Robin, ella tardaba días en devolverle la llamada. Igual que le pasaba con sus amistades de la infancia, tenía que hacer él todo el trabajo para mantener una relación. Pero cuando las amigas de ella, que le conocieron, la animaron a quedar con él y volver a vivir, él estaba exultante, asegurando que era el tipo de mujer que deseaba (fuerte, independiente, valiosa en varios sentidos). Se le declaró al cabo de unas semanas de conocerse. Robin salió con él, pero le hizo esperar hasta el primer aniversario de salir juntos. Aunque ella parecía estar muy lejos mientras caminaban por la playa viendo la puesta de sol, al final de la noche ella «dejó caer la palabra matrimonio» en la conversación.

Cuando al cabo de poco vinieron a la consulta para su primera sesión en pareja, entendí por qué Ted estaba tan enamorado. Robin era impresionante; una mujer de casi 1,80 metros de altura, unos 30 y pico años, con el pelo rubio recogido en un moño. Hacían una pareja muy atractiva. Me vi arrastrado hacia su historia (su presión por casarse, su necesidad de mantener cierta distancia) aunque intenté mantener la postura terapéutica adoptada por Wilfred Bion (1977), una postura «sin memoria ni deseo».

Les pedí que me contaran qué estaba sucediendo en su relación. Robin respondió explicándome la muerte de su prometido y que ella no estaba tan preparada para avanzar como Ted quería («A veces pienso que podríamos casarnos, pero me gustaría que me dejara más espacio»). Cuando le pregunté si podía centrarse en sus sensaciones no resueltas por un momento, me dijo que le costaba acceder a ellas, y cuando le sugerí que se centrara en comprobar qué sucedía en su cuerpo para ver si surgía alguna idea, sensación o emoción, me dijo «ahora mismo, nada». Finalmente, cuando observé que la pérdida de su prometido había sido obviamente traumática para ella y le pregunté qué le parecía que, en la sesión conjunta, abordáramos algo que podía suscitar muchas emociones, me dijo que las emociones nunca habían formado parte de su repertorio.

Consciente de que las preguntas de final abierto sobre sus emociones probablemente no resultarían en ningún diálogo útil, me centré en algunas preguntas concretas sobre su historia y sus relaciones tempranas. Por ejemplo, le pregunté de quién se sentía más cerca siendo niña. Le pregunté si recordaba quién había, si es que había alguien, cuando se caía o se lastimaba. Usando algunas de las otras preguntas desarrolladas por Mary

Main (2002) para su estudio en la Entrevista de apego adulto (AAI, según sus siglas en inglés) y por Stan Tatkin (2007) en su extensión, AAI preguntas para parejas, seguí con preguntas como «¿Quién la acostaba por la noche?». <sup>3</sup> Sólo parecía cómoda cuando respondía a las preguntas de respuesta factual.

Le pedí a Robin que dijera tres palabras que describieran su relación con su madre cuando era muy pequeña. Me dijo «cariñosa», «amable» y luego no se le ocurría ninguna otra palabra. Le pregunté si podía darme ejemplos de cuando su madre era cariñosa. Me dijo que su madre «siempre estaba en casa... Era ama de casa». Dijo que su madre «no era como las madres de muchos de mis amigos». Cuando le pedí ejemplos de cuando era «amable», me dijo «mamá dejaba todo lo que estuviera haciendo si yo la necesitaba». Le pregunté si había algo más, y añadió «yo era muy buena y no pedía gran cosa... Leía mucho, y cuando pedía libros, mamá me llevaba a la tienda y me dejaba elegir todos los que quisiera». Básicamente, le costaba hacer un relato coherente sobre su relación con ambos progenitores.

Tuve la impresión de que Robin fue una chica solitaria con un patrón de apego de evitación. Era distinta de Ted, que también experimentó la soledad de joven, pero la odiaba. Tenía sensaciones ambivalentes de querer conectar desesperadamente, pero no podía soportar las intensas emociones que surgían cuando la gente le decepcionaba.

En nuestra siguiente sesión conjunta, les pedí que me contaran más sobre cómo evolucionó su relación. Sabía que Ted había aparecido en la vida de Robin cuando intentaba que la compañía de informática que ella dirigía se uniera a su conglomerado de empresas. Ella dijo que su interés por quedar con ella un día le pareció bastante emocionante. «No aceptaba un no por respuesta, y me encantaban sus atenciones, pero algo en él me daba miedo. Tardé bastante tiempo en salir con él, y luego las cosas empezaron a ir un poco más deprisa de lo que había planeado». Ella reflexionó sobre sus sensaciones ambivalentes un año más tarde, cuando ella y Ted estaban viendo juntos la puesta de sol. No entendía por qué le habló de matrimonio. «Salió de mí, pero todavía no estaba preparada».

Dijo que seguían viniéndole a la mente recuerdos de su prometido fallecido. Observé que nunca mencionaba su nombre. Parecía que había algo irreal, una cortina de humo, pensé. Le sugerí que, en lugar de explorar sus emociones, quizás podría prestar atención durante unos minutos a su respiración y observar qué sucedía en su cuerpo al hablar de la conmoción del accidente fatal de su prometido. Cada vez que le venía algún recuerdo sobre momentos o lugares que compartieron, parecía abrumada por la pena. Recordó una cena en la playa con Ted, al principio, durante la cual no dejaba de recordar otro momento, otra playa, y a otro hombre en su vida, y le costaba decirle adiós. En los últimos dos años había habido muchas escenas como ésta en su mente. Sus emociones se desataban cada vez que algo le recordaba a su prometido. Por eso mantenía a Ted a distancia, explicó.

Le pregunté qué esperaba lograr en la sesión conjunta. Robin volvió a su primer aniversario y al paseo por la playa en la puesta de sol. Fue la primera vez en que no pensó en su prometido fallecido, dijo, quizás había llegado el momento de casarse. Ted,

añadió, es un hombre maravilloso, amable y generoso. Me preguntaba cómo se sentiría Ted al escuchar aquello. Yo también me sentía protector hacia él, porque no me parecía que Robin estuviera ni de lejos preparada para sentir amor por nadie. Ted simplemente dijo: «Sí, casémonos».

Robin mencionó que el hecho de venir a las sesiones con él la ponía muy nerviosa, porque sólo había hablado con una terapeuta una vez. Le pedí que me lo contara, y me dijo que fue cuando era adolescente, por unos problemas familiares. Después la terapeuta habló con sus padres y ellos inmediatamente la sacaron de la terapia. Cuando le pedí que me contara más detalles, Robin estuvo de acuerdo en hacerlo en una sesión sola, y buscamos una fecha, pero como noté su incomodidad y su reticencia en seguir adelante, le ofrecí derivarla a otro terapeuta para que pudiera hablar en privado sobre las cosas que tenía en la cabeza. Estuvo en silencio un momento y luego dijo: «No, no hace falta». Pero anuló y volvió a pedir hora para nuestra sesión en dos ocasiones.

Estaba claro que el comportamiento distanciado del que Ted se quejaba era un patrón de apego de evitación a largo plazo. Por lo que pude saber a partir de lo que Robin me contó con vacilación cuando finalmente vino a la consulta, es que fue criada por una madre que no satisfacía ninguna de sus necesidades emocionales y por un padre cuyo interés por los negocios no le dejaba ni tiempo ni ganas de percatarse de las necesidades de su esposa o de sus dos hijas pequeñas. Su madre había tenido tres abortos en un esfuerzo por dar a su marido lo que dejó claro que realmente quería: un hijo que heredara su imperio empresarial. Robin tenía toda la ropa y los juguetes que pedía, pero ni gota del amor que anhelaba.

Robin intentó repetidamente obtener la atención de su padre y a los trece años pensó que lo estaba logrando cuando su padre empezó a invitarla a sus viajes de negocios. Pero encontró que su comportamiento era inapropiado y le rechazó cuando él le hizo insinuaciones sexuales. Intentó hablar con su madre, quien insinuó que estaba imaginándose todo y la envió a la terapeuta que vio una sola sesión, tras lo cual Robin fue enviada a un internado y nunca más volvió a casa. (Se preguntaba por qué la terapeuta no denunció a su padre. «Quizás tampoco me creyó»). Fue a la universidad, hizo un posgrado y viajó por todo el país, prosperando en el campo de las tecnologías emergentes. Se sintió mucho más cómoda cuando empezó a hablar de su trabajo.

Le hice volver al tema de su familia preguntándole cómo se sentían sus padres con respecto a sus logros. Inmediatamente, su cuerpo pareció inclinarse. Esto era especialmente evidente cuando hablaba de su relación con su padre, así que le pedí que notara qué sucedía en su cuerpo en ese momento. Dijo «quiero acurrucarme y morir». Le dije que podía ver todo su dolor. Se puso la mano en la garganta y bajó la cabeza. Cuando le pedí que se fijara en cualquier palabra, sensación o imagen contenidas en su garganta, parecía estar a punto de romper a llorar, pero no dijo nada; yo tampoco, y al cabo de unos minutos se giró y empezó a llorar.

Robin y yo nos pasamos el resto de la sesión hablando de sus remordimientos al pensar en su familia. Dijo que se cierra cuando piensa en su padre. Sabe que está enfadada con su madre por seguir viviendo con él y también quizás por exponer a su

hermana a los abusos. Le pregunté si había hablado del tema alguna vez con su hermana, y me dijo que no. En realidad, expresó su sorpresa al estar hablando del tema ahora, porque era una parte de su vida que había mantenido encerrada.

La gente no había sido una fuente de seguridad para ella. «Confíaba en las máquinas y en los animales», dijo Robin. («Es una de las buenas cosas que obtuve de mi padre», dijo. «Es un genio de la informática, uno de los primeros en el campo tecnológico»). Ella se ganaba la vida diseñando sistemas informáticos para una pequeña compañía de éxito que creó con un compañero de clase tras licenciarse. Cuando su compañero le sugirió que unieran sus vidas además de sus negocios, se comprometieron, y permanecieron así seis años porque, a pesar de sus reiteradas peticiones, Robin dijo que nunca se había sentido preparada para casarse. Cuando él falleció tan repentinamente, se dio cuenta de cuánto le había amado y pensaba en su pérdida constantemente.

Le pregunté a Robin qué quería hacer. Dijo que no estaba segura, pero Ted era probablemente el mejor candidato que tendría nunca para casarse. «Tenemos mucho en común. Probablemente sería una buena idea». Aunque me preguntaba si el matrimonio sobre esta base funcionaría, dije sólo que debía tomarse todo el tiempo que necesitara antes de decidirse; mientras tanto, sugerí que la terapia podría serle útil y le di el nombre de un compañero.

Ted me dejó claro cuando le vi que no estaba de acuerdo con mi mensaje de no apresurarse a casarse cuando todavía quedaban tantos temas por resolver. No tuvo ningún reparo y, como Robin, no me estaba pidiendo consejo. No creía que necesitaran más sesiones conjuntas para hablar de las cosas, dijo que Robin se sentía muy bien tras su sesión conmigo y que llamaría al terapeuta que le había indicado en caso de que quisiera hablar más.

No le llamó. Se casaron en Las Vegas y me mandaron una fotografía de ambos, abrazados, mirando hacia la cámara. Era la típica foto de boda, pero me hizo preguntarme si realmente se miraron a los ojos en algún momento. La siguiente vez que tuve noticias suyas fue cuando Ted me llamó de nuevo desesperado. Le di cita la primera hora que tenía disponible.

«¿Qué ha ido mal esta vez?», empezó preguntando Ted, sintiendo como si hubiera regresado a su primer matrimonio. En cierto modo, así era. El distanciamiento de Robin siempre había formado parte de su relación, hasta el punto de que incluso cuando hacían el amor él nunca sentía que ella estuviera totalmente con él. Ahora, sus relaciones sexuales se habían convertido en inexistentes, y esto era particularmente doloroso para Ted porque la sexualidad era un lugar en el que él podía experimentar emociones reprimidas y expresar sus necesidades insatisfechas desde la infancia y «sentirse como un adulto». El sexo era un terreno en el que se podía permitir de forma segura ser tocado, abrazado, calmado, sentirse potente. El patrón de Ted y Robin de búsqueda-evitación parecía estar convirtiéndose en una serie de batallas airadas y en ocasiones explosivas. Sugerí una sesión doble de terapia de pareja para ver si podíamos dilucidar lo que estaba sucediendo entre ambos.

Al principio, cada uno tenía mucho que decir sobre lo que iba mal en el otro. Les dije

que usaban demasiadas palabras y que tenían que hablar más despacio. Les pedí que se miraran y que respiraran profundamente varias veces, luego que se miraran fijamente a los ojos e intentaran sintonizar con lo que el otro podía estar experimentando. Ambos se sintieron incómodos haciendo el ejercicio en la sesión: Robin se sentía muy incómoda con Ted «mirándola»; Ted tenía miedo de hacer algo mal y de fracasar. A la mitad de la doble sesión, Robin dijo que necesitaba una pausa para ir al baño. Le comenté que era posible que su cuerpo le estuviera diciendo que la tensión era demasiado elevada, y les sugerí que se tomaran diez minutos.

Cuando retomamos la sesión, les expliqué lo que yo pensaba que estaba sucediendo a unos niveles que estaban fuera del conocimiento consciente. Sus problemas estaban más en la parte emocional que racional de su cerebro, dije. Podía ser que necesitaran «mantener la emoción a raya durante el tiempo suficiente para usar las funciones corticales que nos permiten ver lo que está pasando en su interior». Quizás sería mejor que fueran conscientes de las reacciones de su cuerpo y las emociones que surgían al explorar su relación.

Ted fue incapaz de describir la emoción y sólo pudo expresar sensaciones de ansiedad, una capa sobre el afecto básico. Robin también tenía un sistema de defensa que la protegía contra las emociones. Observando su respuesta en la sesión, noté que cuando aparecía un afecto intenso, rápidamente pasaba a una posición de «rostro en blanco», una especie de respuesta de paralización (Porges, 2006b) que Tronick (2007) ha descrito como una de las características más preocupantes del apego defectuoso en los primeros vínculos entre el bebé y su cuidador. La «cara paralizada» seguramente disparaba las alarmas de Ted.

Al observar estos patrones bloqueados, intenté ajustar mis propias habilidades corticales con mis reacciones físicas y emocionales durante la sesión, permaneciendo consciente de mi cuerpo y regulando mi activación. En ocasiones, soy consciente de que mis pensamientos sobre lo que está sucediendo durante las sesiones intensas sirve para regular a la baja mi activación.

## Cavilaciones a media noche sobre el caso de una pareja compleja

Así pues, ¿qué pasaba con Ted y Robin, dos personas vulnerables que tenían que manejar las repercusiones de un apego temprano fallido? Me puse a pensar en nuestro trabajo por la noche, preguntándome *cómo* podría ayudarles, *si* podría ayudarles. En ocasiones, me desesperaba pensando que nada de lo que hiciera rompería ese patrón mutuamente doloroso.

Es posible que un terapeuta con cierta formación en la teoría del apego y la neurociencia de los afectos pueda ver estos principios en acción en los patrones relacionales y las defensas reflexivas (el sustrato del comportamiento) que son únicos en cada miembro de una pareja. En ocasiones, aunque no siempre, este conocimiento proporciona al terapeuta una sólida base desde la cual ayudar a los miembros de la pareja a curar antiguas heridas. Pueden hacerlo (sanar viejas heridas) tratando no sólo las emociones intensas, sino también la sensación de fracaso y de culpa que hace que sea difícil hablar de las sensaciones intensas.

Ted había aprendido unas formas únicas de usar su corteza para controlar las reacciones emocionales hiperactivas y para tomar sus decisiones empresariales de forma original. Robin no había sido nunca capaz de confiar porque su sistema de memoria implícita quedaba inundado con mensajes de peligro en cuanto se acercaba demasiado a alguien en una relación íntima. Su amígdala hacía horas extra, obligándola a poner barreras a su alrededor para evitar las intrusiones. Los patrones de apego de ambos funcionaban en modo piloto automático, con poca o nula información procedente de la corteza prefrontal reflexiva. Los sentimientos amorosos que Ted había sentido desde el momento en que conoció a Robin, y la idea de ella de que amaba a Ted cuando aceptó casarse con él no tenían nada que ver con la trayectoria de «conspiración» en la que se encontraban. Sus patrones de apego temprano eran los que tenían que ver con esto.

Al principio de la relación, cada uno de ellos consideraba al otro como una isla de seguridad en un mundo peligroso. Siempre hay el deseo de encontrar a alguien que nos quiera, que sintonice con nosotros y nos proporcione una experiencia reparativa para nuestros apegos tempranos traumáticos (Johnson, 2004). Desgraciadamente, Ted y Robin seleccionaron lo que les resulta más familiar, que les permitió representar sus respectivos fallos de apego. Luego, se defendieron del dolor infligido por el otro. Cada uno se sentía demasiado vulnerable para expresar sus necesidades de dependencia al otro (Solomon, 1989), pero tampoco podían reconocer su vulnerabilidad, y en lugar de eso se defendían contra ello.

El patrón de evitación de Robin la hacía retraerse cuando las demandas de más cercanía de Ted traspasaban los límites minuciosamente establecidos por ella. La historia de Ted de apego inseguro le hacía buscar cercanía aun temiendo que le volvieran a hacer daño de nuevo. Cuando era capaz de hablar sobre sus antiguas sensaciones de ira, lograba cierto alivio. A pesar de sus intensas reacciones físicas y emocionales, no mostraba sus sensaciones de ira, pero solía quedarse con una precaria sensación de



inestabilidad. Siempre había deseado tener a alguien disponible, que le comprendiera y aceptara sus emociones profundamente ocultas y aisladas. Creía que sus emociones incontroladas fueron la causa del fin de su primer matrimonio. Esta percepción fue su principal motivación al principio para buscar tratamiento y hacer el trabajo necesario para cambiar; es decir, *experimentar* las emociones en lugar de dejarse llevar por ellas. En la terapia individual encontró un lugar en el que expresar sus sensaciones y, luego, lentamente, experimentar el afecto primitivo intenso sin ser rechazado por la otra persona. Vio que a nadie le destruían las sensaciones que surgían en las sesiones de terapia. Usando ciertas imágenes y aprendiendo a conectar con conciencia plena con las emociones que surgían, se enfrentó a partes de sí mismo que nunca antes había podido tocar. Poco a poco, empezó a cambiar su patrón con sus compañeros y amigos.

Cuando se casó con Robin, los mensajes de peligro de ella le indicaban que evitara la presión de Ted de mayor acercamiento. Su frustración sexual y emocional se convirtió en un torrente de ira de sensaciones venenosas. Ella estaba muy incómoda con cualquier petición sexual e hizo lo que aprendió a hacer con las insinuaciones sexuales de su padre: distanciarse más. Le decía a Ted que quería que la amara por sí misma, no por lo que pudiera obtener de ella sexualmente. Él le respondía explicándole que se sentía mucho más cariñoso tras mantener relaciones sexuales, y que si ella quería demostrarle que le amaba, el sexo era la mejor manera de demostrárselo.

Para Robin, el amor y el sexo eran cosas distintas. Sabía que al día siguiente de hacer el amor, él parecía más tranquilo. Pero eso le hacía sentir que él simplemente la estaba utilizando para sentirse mejor. No tenía ni idea de los efectos calmantes de la oxitocina que pasa por el cerebro tras el orgasmo, así como durante las experiencias intensas de vinculación/apego. Ella sentía que cuando él la presionaba para mantener relaciones sexuales con ella, incluso viendo que ella no quería, se convertía en un objeto para su uso, no alguien a quien amaba.

Cada uno habló, esperando ser comprendido; ninguno escuchó el mensaje del otro. Tras los relatos opuestos de cada uno de ellos, se encontraban unas experiencias dolorosas de su primera infancia. Lo que había quedado no resuelto estaba siendo reproducido de manera inconsciente, con la esperanza de que esta vez lo que fue mal en la infancia pudiera ir bien.

Dos días antes de la llamada de Ted, hubo un punto de inflexión en su relación. Su repetitivo diálogo sobre el sexo y el amor llegó a un límite. Ted estaba describiendo su sensación de rechazo. Dijo que se había enfadado mucho en el aniversario del día en que se conocieron. Ted compró a Robin unos pendientes de brillantes y le dijo que se iba a tomar dos semanas de vacaciones para el viaje a París que ella le había pedido hacer. Robin estaba cariñosa y afectuosa en esa cena en un buen restaurante. Al volver a casa, Robin dijo que estaba agotada y se quedó dormida inmediatamente al acostarse. Ted no dijo nada pero al día siguiente estuvo frío y distante.

En su sesión de terapia, Ted dijo que había aprendido a controlar sus emociones cuando se enfadaba, y por lo tanto no dijo nada a Robin. Por muchas cosas que hiciera para acercarse a ella, dijo, ella claramente no quería tener nada sexual con él. Él no podía

seguir casado con Robin viendo que ella no le amaba. Su ira fue aumentando al hablar sobre poner fin a su matrimonio. Robin parecía patidifusa. Dijo que la ira de Ted la asustaba, y que siempre que se ponía así le daban ganas de irse a otra habitación. La consulta estaba repleta de una emoción que parecía estar a punto de explotar. Les dije que parecía que ambos estaban sufriendo un tremendo dolor, y que ya sabía que escuchar al otro era muy difícil. Hablé tranquilamente de lo que me parecía que les estaba pasando por dentro. Robin estaba experimentando la sensación de peligro que había experimentado durante mucho tiempo. Ted estaba sintiendo el rechazo que había sido un problema para él toda la vida. El problema para su relación era el modo en el que cada uno se protegía. Cuando aparecen sensaciones intensas, y no pueden escuchar el dolor del otro, el terapeuta debe sintonizar empáticamente con ellos para modular esa intensa emoción desregulada.

A medida que iba hablando, buscaba en ellos signos que indicaran que se habían calmado lo suficiente para escucharme, y posiblemente para escucharse mutuamente. Cuando ambos asintieron a algo que yo había dicho, les pedí que giraran las sillas y mantuvieran contacto visual. Les sugerí que, mientras se miraran, fueran conscientes de lo que estaban sintiendo. Al cabo de un rato, Robin empezó a llorar. Pero no habló. Tras unos minutos, dijo: «Creo que quiero irme ahora». Yo le dije: «Estoy seguro de que tiene ganas de escapar, pero es porque lo que está sintiendo es tan doloroso que tiene que alejarse de ello, como ha hecho durante tanto tiempo. Simplemente, siéntase y permanezca con esta sensación sin decir nada», le sugerí. De nuevo, el trabajo importante es contener las emociones tóxicas y ayudar a los miembros de la pareja a permanecer presentes ante lo que surja, en lugar de permitirles escapar, pelear o paralizar sus emociones. «Quiero estar aquí con Ted –dijo finalmente–. Me digo a mí misma que debo hacerlo, pero en ocasiones no puedo». De nuevo, se quedó en silencio, y parecía que se iba a poner a llorar aunque intentara evitarlo.

«¿En ocasiones, ¿se acuerda de su padre cuando se siente presionada por Ted?», le pregunté. «No... Sí... Todo es muy confuso».

«Ted –le pregunté–, ¿cuánto le ha contado Robin sobre por qué tenía tan poco contacto con sus padres?».

«Me dijo que su padre se le insinuaba. Siempre se siente incómoda cuando ve a sus padres. No le gusta hablar del tema. Dice que es historia, que ya ha pasado».

Le pedí a Robin que explicara qué pasaba cuando su padre intentaba abusar de ella. Dijo: «Creo que es muy importante, y que le está afectando más de lo que usted piensa». Robin se puso a llorar más, diciendo solamente que «todo era muy confuso». Se lo contó a su madre, y luego a «la señora» a la que su madre la llevó, pero nadie la creyó. La enviaron lejos.

«¿Qué le dijo a la terapeuta a la que la llevó su madre sobre su padre y sus intentos de abusar de usted?», le pregunté.

«No lo *intentó*; ¡lo *hizo*! Estas palabras traumáticas salieron a borbotones. «Me hizo daño, y me dijo que nunca se lo contara a nadie. Y que de todas formas nadie me escucharía. Y tenía razón, y me enviaron lejos. No me gusta la cercanía. Me da miedo».

Robin siguió varios minutos, hablando, y luego llorando en silencio. Allí estaba, la verdad de lo que le sucedió y toda la emoción que estaba encerrando en su interior.

«Y ha tenido que callarse esto todos estos años –le dije–. Su padre la violó, y la castigaron enviándola lejos».

«Por eso siempre te quedas paralizada –dijo Ted–. No lo sabía. Nunca te haría daño».

«Pero lo haces cuando te enfadas y luego permaneces en silencio conmigo».

Ted se acercó a Robin y la rodeó con el brazo. Ella le rodeó con sus brazos y él la abrazó.

Tuvieron que trabajar mucho para sanar esta relación y a sí mismos. Pero el secreto que había mantenido a Robin alejada de los hombres de su vida ahora lo veía como una experiencia traumática en la que ella podía trabajar. Sus emociones le mostraron el camino: la llevaban al distanciamiento cuando estaban desreguladas, y la llevaban a la cercanía cuando estaban reguladas. El hecho de contar a Ted lo que le había pasado y de pedirle que la comprendiera y la ayudara abrió una puerta para que él se conectara con ella.

Han pasado siete años desde que Ted me llamó pidiéndome ayuda en su matrimonio. Ted y Robin siguen casados. En ocasiones tienen dificultades y me llaman para una «sintonización». Pero han aprendido a conectar emocionalmente. Sus miedos iniciales se desvanecieron. Se abrazan a menudo, se miran a los ojos cuando hablan y han encontrado el modo de satisfacer sus diferentes necesidades sexuales. Robin dijo la última vez que nos vimos que su mayor decepción era no haber podido aún tener hijos.

## De enemigos íntimos a pareja íntima: el proceso de la terapia conjunta

Observar a las parejas interactuar en momentos estresantes durante una sesión conjunta transmite mucha más información sobre la dinámica de su relación que las historias contadas por un miembro de la pareja a un terapeuta individual. Observando cuál de ellos habla primero, cómo responde el otro, si resuelven las cosas o avanzan hacia una solución o les parece bien no estar de acuerdo, si responden al otro con críticas o recurren al rechazo o a ponerse a la defensiva, si hay signos de los «Cuatro Jinetes» de Gottman (1999) –críticas, desprecio, estar a la defensiva, evasivas– o no, el terapeuta de pareja puede recoger indicadores fiables sobre cómo opera cada miembro en la relación.

Las parejas que se quejan de falta de comunicación puede que estén comunicándose constantemente sobre cosas que el otro no quiere escuchar (o ver). El terapeuta puede comentar las señales no verbales (por ejemplo, una sonrisa cuando la reacción más adecuada sería la ira, mover el pie y mirar hacia el suelo cuando la pareja está hablando) no para acusar, sino para identificar alguna información importante. Esta información constituye la base para entender cómo ha aprendido cada uno a funcionar en el mundo y cómo cada uno maneja cuestiones como la reserva y la distancia, el poder y el control.

Cuando parejas como Ted y Robin buscan ayuda para su relación, sus relatos conscientes sobre lo que va mal casi nunca tiene que ver con la dinámica defensiva/protectora subyacente que puede ser la causa de los problemas entre ellos. Aquí es donde el terapeuta debe intervenir para facilitar los cambios necesarios y mejorar la relación. El trabajo requiere la mejora de las posiciones positivas y las interacciones emocionales positivas para construir unos apegos seguros.

Una de las fuerzas más potentes identificadas en la literatura psicoanalítica es la de la transferencia (poner rostros antiguos a personas nuevas). Esto sucede por parte del paciente y del terapeuta, y sucede en todas las relaciones poderosas entre las personas. Estaba claro que tanto Ted como Robin habían tenido un apego temprano fallido. Cada uno de ellos estaba programado para defenderse del dolor que sufrieron en las relaciones clave tempranas. Cada uno de ellos moldeaba la relación para convertir al otro en el «monstruo del matrimonio» (Tatkin, comunicación personal) del cual defenderse. Recrearon sus antiguas expectativas y formas de evitar el dolor de la separación y de la pérdida no resuelta. Su dolor y sus defensas eran evidentes en sus músculos, garganta, rostro y todo lo basado en el sistema nervioso autónomo. Durante las sesiones, el cuerpo de Robin se tensaba, su garganta se ponía rígida y la voz ronca al centrarnos en áreas que activaban las sensaciones. Ted alternaba entre las lágrimas y la agitación, con el cuerpo temblando mientras intentaba sentarse y permanecer quieto. Estos temblores contenidos me recordaban nuestras primeras conversaciones, en las que hablaba de tener que contenerse para no lanzar un ladrillo por la ventana cuando se enfadaba.

Mientras que muchos psicoterapeutas están formados para sintonizarse con las respuestas sensorimotoras en los pacientes y con sus propias reacciones que surgen en respuesta a los pacientes en el contexto terapéutico, la mayoría de los cónyuges saben

poco sobre lo que hace el cuerpo con las emociones intensas que se mantienen fuera del conocimiento consciente. Cuando entre los miembros de la pareja se producen respuestas tipo transferencia, la tendencia es que cada uno desarrolle unas narrativas que ayuden a explicar «por qué me siento tan agitado, airado o nervioso con esta persona con la que estoy comprometido». Casi nunca ninguno se pregunta en medio de una pelea con su pareja «¿Qué está pasando en el aquí y el ahora que está enfadando tanto a mi pareja o está haciendo que se retraiga así?». En lugar de eso, los patrones de defensa y ataque toman el control de la interacción. Los mismos argumentos se repiten continuamente sin ninguna resolución. Realmente no conocen los trasfondos emocionales que se están removiendo entre ambos. Pero enseñar a las parejas a hacerse esta pregunta y atender a las reacciones corporales que van unidas a todo aquello que surge puede ser una potente manera de desbancar los patrones afianzados y dejar espacio a unas interacciones más satisfactorias.

## Las estructuras límbicas y corticales

Los relatos de Ted y Robin sobre su relación y los incidentes específicos de los que estábamos hablando procedían de áreas del cerebro especializadas en la narración, en sistemas explícitos que son más lineales. Por otro lado, las reacciones emocionales intensas surgen de áreas más primitivas especializadas en sistemas no verbales e implícitos que no son lineales. Cuando estamos ante una amenaza, el tronco cerebral y las áreas límbicas se activan. En cuestión de milésimas de segundo, se produce una descarga de adrenalina y de otras hormonas excitativas. Las funciones superiores de la corteza prefrontal, el «consejero delegado» (Behry, 2007) del cerebro que ayuda a calmar la mente, a regular el cuerpo y a reactivar el razonamiento reflexivo, ceden el control a los circuitos emocionales del miedo.

La amígdala es una de las estructuras del cerebro que procesa las percepciones y las ideas y les pega la etiqueta de «ten miedo, ten miedo». Situadas cerca del centro del cerebro, este puñado de neuronas en forma de almendra se desarrolló mucho antes de la evolución del centro del conocimiento consciente, el neocórtex. Cuando se encuentra ante demasiada amenaza, la hiperactividad en la amígdala puede alterar el procesamiento normal a través del hipocampo cercano y hacia arriba, hacia las áreas corticales superiores. En casos como éstos, algunas personas reaccionan de forma autoprotectora, sin interesarse por la continuidad o la integridad de la relación, y sin poder secuenciar adecuadamente los acontecimientos después. Esto es porque el hipocampo, una estructura en forma de cuerno que procesa y transfiere la memoria a corto plazo en memoria de largo plazo y que es mayoritariamente responsable de contextualizar las experiencias, ponerlas en su lugar y secuencia, está desconectado durante las amenazas (Hebb, citado en Siegel, 1999).

El miedo es sin duda una de las emociones que se desarrolló primero en la evolución de la humanidad. *En las experiencias percibidas como peligrosas, una respuesta ante la amenaza que surge instantáneamente puede salvar la vida.* Los mensajes que se transmiten inmediatamente al cuerpo crean una sensación de peligro y de preparación para la lucha o la huida.

Este proceso es el que puede convertir a la pareja íntima en un enemigo íntimo. La programación conjunta que empieza en un estado de amor romántico y sigue a lo largo de la relación íntima crea un conocimiento profundo, una empatía que no se usa necesariamente para propósitos benignos o positivos. ¿Quién puede hacernos más daño que una pareja que conoce nuestras áreas más sensibles y nuestras vulnerabilidades y decide utilizarlas como arma? El resultado puede ser lo que Kohut (1984, p. 210) describió como «lo que contiene aquello que rompe los matrimonios, acompañado por el odio imperecedero de un cónyuge hacia el otro».

Estamos en un momento clave en el desarrollo de nuevos modelos para tratar a las parejas que les ayuden a descontaminar el poder destructivo de la emoción y, como vimos en el caso de Ted y Robin, a establecer una seguridad ganada en la relación mediante la recuperación del poder sanador de las emociones bien reguladas. Estamos

empezando a saber cada vez más sobre los procesos que pueden ayudar a los enemigos íntimos a convertirse de nuevo en parejas íntimas.

### *Métodos de tratamiento para recuperar las emociones*

- *Proporcionar un lugar seguro para experimentar las emociones dolorosas sin el peligro habitualmente asociado a las conversaciones sobre sentimientos.*

Cuando las parejas tienen problemas evidentes que nunca parecen resolverse, lo que no funciona, básicamente, no son los problemas evidentes, sino el miedo a las emociones de uno mismo y del otro. El terapeuta modela nuevas formas de reaccionar en el presente cuando la emoción intensa y la defensa surgen como restos de un trauma pasado. Puede que sea necesario bajar el ritmo de la acción. «Ted, ¿podemos parar un momento? Antes de que se enfadara tanto, su rostro y sus ojos parecía como si estuvieran conteniendo una profunda tristeza. ¿Podemos volver a ese momento y hablar de cómo se sintió cuando Robin dijo que usted le daba tanto miedo que pensaba en salir corriendo?».

Se invita a los miembros de la pareja a resistir al impulso de reaccionar al miedo o a la ira con la lucha, la huida, la paralización o la disociación. Éstos son algunos de los principales indicadores del apego alterado de forma temprana que quedan programados como patrones que conforman las relaciones íntimas adultas. Aquí es donde el terapeuta puede ser más efectivo, prestando atención a lo que está sucediendo en el momento. El terapeuta, de nuevo, reduce el ritmo de la acción entre los miembros de la pareja, animando a cada uno a ser consciente de sus sentimientos comentando la postura corporal propia o del otro o sus gestos faciales, o cualquier cosa que esté sucediendo en el aquí y el ahora de la sesión.

El objetivo es contener los sentimientos en lugar de intentar librarse de ellos o defenderse de ellos de un modo que suscite reacciones destructivas. Con la ayuda del terapeuta, la pareja puede aprender a: (1) preguntarse si sus percepciones son correctas para la situación actual; (2) hacer pausas cuando las emociones son abrumadoras; (3) preguntarse si su comportamiento los está llevando al lugar que quieren; (4) atender/comprender el significado de lo que está sucediendo con respecto a lo sucedido en el pasado, y (5) probar nuevas formas de responder.

- *Atender a las reacciones afectivas y fisiológicas de cada miembro de la pareja, especialmente como respuesta al otro.*

El terapeuta debe mantener una postura sintonizada y equidistante de ambos miembros de la pareja. Este posicionamiento evita el peligro de que un miembro de la pareja se convierta en el paciente identificado y el otro en el que está allí «para ayudar». Las parejas caen a menudo en este patrón sin ser conscientes de ello: cada uno ha ido adoptando poco a poco el rol en la relación que le era familiar por su historia temprana y ha avanzado mediante la historia de las interacciones entre ambos.

Para asegurarse de que ambos experimentan las emociones sintiéndose sostenidos y contenidos, es necesario incluirlos a ambos en los comentarios. Por ejemplo, tras la

anterior pregunta a Ted: «Robin, he observado que apenas respiraba cuando Ted ha empezado a hablar sobre cómo usted se cierra cuando él intenta iniciar una relación sexual. ¿Podemos hablar de esa antigua sensación de insensibilidad que ha mencionado y ver si la está experimentando ahora?».

Cuando existen indicios de apegos traumáticos, las sesiones se contemplan para desarrollar la función reflexiva de la corteza prefrontal. Pero, primero, las emociones se tienen que experimentar, no evitar. Esto requiere un entorno terapéutico en el que ambos miembros de la pareja se sientan lo suficientemente seguros para permitir que se vean las emociones que vayan surgiendo. El terapeuta se percata de las lágrimas contenidas y de los comentarios sobre el dolor, y la culpabilidad, de las necesidades insatisfechas o desbaratadas; comenta la ira que debe de estar contenida y ofrece oportunidades para mirar el dolor, la tristeza o el miedo; el terapeuta, con la pareja, mira su incomodidad y su negativa a decir cosas que puedan causarles problemas en el momento en el que salgan por la puerta de la consulta.

En el caso de Ted y Robin, cuando las emociones surgen ahora, Robin es capaz de sintonizar con Ted y reconocer la diferencia entre su ira y su ansiedad. Ted ha empezado a entender la diferencia entre las respuestas de evitación de Robin hacia él y su recuerdo de dolor y terror en torno al sexo. Para crear un clima de cambio entre ellos, fue necesario ayudarles a tocar las emociones básicas y permanecer con ellas, fomentando al mismo tiempo el conocimiento consciente y la comunicación contingente.

- *Atender a las propias emociones y reacciones fisiológicas y considerar un sinceramiento consciente ocasional.*

Terminé basándome en las sensaciones de mi cuerpo y en las emociones que surgían en mí y en lo que veía en las reacciones de Ted y Robin cuando sus interacciones iban mal y sus emociones parecían tóxicas. Para llegar a esa isla de seguridad que proporcione un entorno para la sanación y el crecimiento conjunto, me pareció útil arriesgarme a compartir con ellos algunas de mis respuestas y preguntarles si encajaban con lo que ellos estaban experimentando. En ocasiones, las respuestas del terapeuta no encajan, pero el tratamiento puede soportar los comentarios incorrectos de los terapeutas si se plantean como preguntas o si se matizan («No estoy seguro, pero me pregunto si...»). A menudo, confiar en las propias sensaciones y reacciones es el camino para tratar las reacciones inconscientes entre la pareja en el momento de la sesión.

- *Activar el neocórtex, fomentar los afectos positivos y promover la acción positiva.*

La postura del terapeuta aquí es que «la pareja no está enferma, está atascada» (Johnson, 2003a). Cuando el sistema emocional se encuentra bajo estrés crónico, las estructuras cerebrales que permiten los procesos cognitivos claros se desactivan. Demasiado a menudo, los miembros de la pareja no tienen acceso a las herramientas con las que hablar sobre su historia de resentimiento acumulado. El objetivo es hacer que



piensen en la relación en lugar de permanecer con el resentimiento o con el miedo o la ansiedad que mucha gente aporta a las nuevas situaciones. Los terapeutas, usando sus propios recursos personales (humor, contar historias, pensamiento analítico), pueden desarrollar unas intervenciones que mejoren la función reflexiva de la corteza prefrontal en las personas con las que trabajan.

Es importante ayudar a las parejas a comprender que los mecanismos protectores que evolucionaron en una etapa temprana de la vida, por necesidad, pueden tener repercusiones negativas cuando se representan de nuevo en relaciones actuales. Si desarrollan la capacidad de verse mutuamente teniendo esto en cuenta y con esta «visión de la mente»,<sup>4</sup> es menos probable que sean críticos con los rasgos necesarios para la supervivencia del otro. Además, identificar sus respectivos patrones únicos de apego en ocasiones puede sacar los problemas de la pareja del ámbito de la culpa y los remordimientos.

- *Aprender las técnicas del «sistema de interacción social» y activarlo.*

El sistema de interacción social (Porges, 2001b, 2003, 2006a, 2006b; ver también el capítulo 2 de este libro) es un constructo de base neurobiológica que describe el intricado funcionamiento de las numerosas vías neuronales implicadas en la coordinación de la actividad autónoma con el comportamiento social. Como define Porges (2006a), el constructo del sistema de interacción social integra los vínculos entre los diferentes componentes anatómicos y neuronales y describe el modo en que mantienen las estrategias adaptativas para manejar el entorno, incluyendo las respuestas de lucha/huida/paralización cuando el entorno se experimenta como amenaza. El sistema está formado por circuitos implicados en la regulación de los estados viscerales, incluyendo el ritmo cardíaco y los músculos del rostro y de la cabeza (Denver, 2004). Fuera del conocimiento consciente, el sistema nervioso evalúa el riesgo en el entorno y regula la expresión del comportamiento adaptativo basándose en la historia aprendida de qué hacer cuando surgen el estrés y el miedo.

La interacción social positiva requiere una neurocepción de seguridad (ver Porges, capítulo 2 de este libro) y la formación de fuertes lazos que superen la prueba del paso del tiempo. Para parejas como Ted y Robin, cuyas historias de apego están impregnadas de miedo y defensas contra el sufrimiento, el trabajo terapéutico requiere una exploración de los patrones que se han desarrollado entre ellos, el estrés y la evitación que produce miedo y distanciamiento en Robin, mientras Ted sigue persiguiéndola porque el terror del aislamiento es una recreación insoportable de su pasado. Su dificultosa relación habría podido continuar en ese estado durante años si hubieran seguido siendo incapaces de cuidarse mutuamente, teniendo demasiado miedo cada uno de ellos a la soledad para ponerle fin.

El tratamiento se centra primero en ayudar a cada miembro de la pareja a reconocer, sin culpa ni remordimientos, lo habitual que es que los patrones desarrollados en las primeras etapas de la vida se reproduzcan en una relación actual. A partir de este

fundamento básico, hay varias maneras de mejorar las emociones positivas y las interacciones emocionales positivas. Por ejemplo, el terapeuta puede ponerles deberes para mantener la continuidad del trabajo entre las sesiones: «Tengan un cuaderno a mano y anoten las veces que se sientan heridos por su pareja o anoten las cosas que le gusten de su pareja». Otra opción: «Escriba las cosas que crea que harían sentir bien a su pareja. Comparta la lista con su pareja y compruebe si ha acertado».

- *Ayudar a los miembros de la pareja a desarrollar una regulación mutua.*

Los terapeutas deben ayudar a la pareja a comprender que el propósito de las relaciones íntimas en nuestra época y en nuestra cultura no es el mismo que el que era en tiempos históricos (supervivencia mutua) sino más bien regulación mutua y contacto emocional positivo, y que las sensaciones emocionales son resultado de nuestro patrimonio evolutivo, no una señal de inmadurez o patología. Cuando los miembros de la pareja se sienten «sentidos» por el otro, se desarrolla un nuevo tipo de apego seguro (Main, 2002) que ayuda a cada uno a ser más fuertes individualmente. Se puede animar a la pareja a reconocer y respetar el valor de satisfacer sus profundas necesidades de dependencia y de hablar de sus necesidades para un contacto emocional positivo.

Cuando las parejas aprenden a practicar unas habilidades que mejoran la conexión mientras protegen los límites individuales, el resultado es una regulación mutua (interdependencia con diferenciación; Solomon, 1994). Ed Tronick (2007, p. 9) sugiere que cada miembro afecta al otro en su autorregulación durante el proceso de regulación mutua. «Cada persona es un sistema autoorganizado que tiene sus propios estados de conciencia (estados de organización cerebral) que se pueden ampliar a unos estados más coherentes y complejos en colaboración con otros sistemas autoorganizados». Tronick ve esta explicación como una manera de mejorar la relación terapéutica, ya que tanto el terapeuta como el paciente crean y transforman unos estados terapéuticos de conciencia únicos mediante la regulación de sí mismo y del otro. Del mismo modo, las parejas íntimas en la terapia conjunta pueden explorar y desarrollar nuevos caminos para crear y transformar sus estados relacionales. El objetivo final es facilitar un apego seguro ganado (Main, 2002).

## Conclusión

Ahora comprendemos mejor por qué las personas que se conocen, se enamoran y se casan más tarde acaban viéndose como fuente de ansiedad, aflicción y peligro. Cada relación, a lo largo de la vida, contiene los restos de interacciones anteriores. Personas como Ted y Robin, que sufren varias rupturas en su sistema de apego, viven en un estado de ansiedad en sus relaciones íntimas. Muchas interacciones diarias desencadenan una respuesta de amenaza, junto con la anticipación de un fallo empático, una frustración, una crítica, un castigo o retraimiento. Cualquier momento interaccional puede recrear en cada miembro de la pareja una chispa de activación neuronal, que actúa como recordatorio de unos recuerdos que permanecen olvidados y de la separación y la pérdida en momentos de necesidad emocional.

Y ahora también estamos empezando a comprender mejor cómo las parejas que terminan viéndose como fuente de ansiedad, aflicción y peligro pueden recuperar su intimidad y pueden acabar confiando en el otro y saber que son capaces de ayudarse mutuamente. Cuando parejas como Ted y Robin buscan ayuda para su relación, sus relatos conscientes de lo que va mal raras veces toca la dinámica defensiva/protectora subyacente que puede estar causando los problemas entre ellos. Los terapeutas pueden intervenir para facilitar los cambios necesarios y mejorar la relación (1) creando seguridad, (2) deshaciendo los patrones defensivos y (3) facilitando que se aireen, se compartan y se regulen las emociones básicas durante mucho tiempo negadas. El trabajo también requiere la mejora de las emociones positivas y de las interacciones emocionales para crear unos apegos seguros. Estamos a la vanguardia del desarrollo de nuevos modelos para tratar a las parejas que ayuden a descontaminar el poder destructivo de la emoción y a establecer la seguridad ganada en la relación recuperando el poder sanador de las emociones bien reguladas.



## Notas al pie

1 Ver, en particular, la configuración Yo-Otro-Emoción de Fosha, una versión del modelo básico interno con la regulación de la emoción integrada en él (pp. 118-126).

2 Cintas de parejas presentadas por Susan Johnson, Stan Tatkin, Marion Solomon y John Gottman, en las conferencias «Anatomy of Intimacy», Universidad de California, Irvine.

3 Elaboración de la AAI, modificada por el doctor Stanley Tatkin y vista en las cintas de sus seminarios de formación.

4 Siegel (2007) describe la *visión de la mente* como la capacidad de estar y ver a la otra persona.

10

# La emoción excesiva

*Comprender y transformar las relaciones amorosas en una terapia de enfoque emocional*

*Susan Johnson*

**WILLIAM JAMES DESCRIBIÓ** las emociones como unas «tendencias de respuestas conductuales y fisiológicas adaptativas convocadas directamente por situaciones evolutivamente significativas» (1894). En una de las situaciones evolutivamente más importantes de todas (la creación y el mantenimiento de los vínculos emocionales entre las parejas sexuales), las emociones son frontales, centrales y en ocasiones extremas. Para crear un cambio significativo y duradero, la disciplina de la terapia de pareja debe encontrar el modo de manejar, regular y aprovechar la fuerza de la naturaleza que es emoción en bruto para orientar a las parejas con problemas hacia una conexión estable, positiva y emocionalmente satisfactoria.

En el pasado, esto se consideraba una tarea imposible. Durante muchos años, los terapeutas de pareja se dedicaban a convencer a las parejas con problemas a minimizar o sustituir sus emociones con razón, percepción, habilidades de negociación y resolución pragmática de problemas. Los enfoques boweniano, conductual y centrado en las soluciones, en particular, avanzaron en esta dirección. Pero una emoción intensa en las relaciones primarias es difícil de sortear y se suprime a un precio muy alto. Las buenas noticias son que ya no hace falta que hagamos esto. Ahora, tenemos el conocimiento científico necesario para poder usar el considerable poder de la emoción para transformar las percepciones emocionales clave, las señales y las formas básicas en que las parejas participan en las situaciones que definen toda relación amorosa. En lugar de temer su potencial disruptivo, ahora podemos sacar provecho del poder transformacional excesivo de la emoción. Podemos crear una terapia de pareja emocionalmente inteligente.

Esta terapia, en primer lugar, debería encajar con lo que conocemos como variables emocionales en el sufrimiento de la relación y en su satisfacción. En segundo lugar, debería reflejar la nueva claridad científica sobre la naturaleza de la emoción en general. Y, en tercer lugar y más concretamente, debería basarse en una teoría del amor que ofrezca una guía para las excesivas y cautivadoras emociones del amor y cómo definen nuestras relaciones. En cuarto lugar, también debería proporcionar un mapa claro de los procesos de cambio que mostrara cómo tratan las intervenciones la emoción disfuncional y cómo usan la experiencia y la expresión emocional para crear cambios en los patrones

cognitivos, conductuales e interaccionales. Estos cuatro requisitos han sido abordados en la literatura actual sobre la terapia de parejas centrada en las emociones (EFT; Johnson, 2004, 2005, 2008b). Este capítulo explora la terapia enfocada hacia las emociones (EFT) como una de estas terapias.

El modelo de la EFT está bien validado. Los metaanálisis describen una tasa de recuperación del 70-73 % y una importante tasa de mejora del 86 % en las parejas con problemas tratadas con EFT (Johnson, Hunsley, Greenberg y Schindler, 1999), y hay evidencias de resultados estables incluso en las parejas de alto riesgo (Clothier, Manion, Gordon Walter y Johnson, 2001). También hay evidencias de efectividad con parejas traumatizadas y deprimidas. La EFT se usa en muchos tipos diferentes de parejas (por ejemplo, de clase trabajadora, con menos formación y ejecutivas, parejas homosexuales y heterosexuales) y de culturas (por ejemplo, parejas asiáticas, latinas, del norte de Europa, japonesas, norteamericanas). También hay varios estudios que han validado el proceso de cambio documentado en el modelo EFT. Todos los estudios sobre la EFT están enumerados en el sitio web [www.eft.ca](http://www.eft.ca).



## ¿Cuán importante es la emoción al definir la calidad de las relaciones amorosas?

Para el público en general, ésta es una cuestión irrelevante. La principal expectativa para las personas que tienen una pareja de larga duración es la sensación de conexión emocional, de amar y ser amado (Coontz, 2005). Los estudios sobre el matrimonio también han dejado claro que variables como la contención del conflicto no están en el «corazón» de esas relaciones. Huston y colaboradores, en un estudio sobre la trayectoria de las parejas recién casadas, descubrió que, a los cinco años, la capacidad de respuesta emocional era el indicador más poderoso de satisfacción (Huston, Caughlin, Houts, Smith y George, 2001). En general, la emoción positiva parece ser el mejor indicador de la satisfacción y la estabilidad matrimonial (Gottman, Coan, Carrere y Swanson, 1998), mientras que las expresiones faciales de emoción negativa, especialmente el miedo en el rostro del marido y un desdén airado en el rostro de la esposa, han resultado ser potentes indicadores de una trayectoria futura negativa de las relaciones matrimoniales (Gottman, 1994). Las formas negativas habituales de expresar las propias emociones crean patrones destructivos estables en las interacciones (por ejemplo, cuando un cónyuge culpa airada y críticamente al otro y éste responde con una evitación de la expresión emocional y con retraimiento). Este patrón, en particular, es un potente indicador de divorcio (Gottman, 1994).

Parece que hay cierto consenso en el campo de las relaciones en torno a cómo regulan las parejas sus emociones y, por lo tanto, el modo en que interactúan con la persona amada a nivel emocional es un determinante clave de la calidad de la relación. La emoción y la comunicación emocional son elementos organizativos o destacados en los sistemas sociales humanos (Johnson, 1998). De manera circular, las señales emocionales organizan el baile de la relación, y los patrones de respuestas de este baile dan forma después a las realidades y respuestas emocionales.

También está cada vez más claro que las parejas son los reguladores ocultos no sólo de la vida emocional del otro, sino también de su fisiología. Los estudios recientes sobre la neurobiología de la emoción nos muestran que en las relaciones íntimas estamos inmersos en un «dueto neuronal» (Goeman, 2006), en el que los miembros de la pareja influyen en los sistemas cardiovascular, inmunológico y endocrino del otro. También sabemos que la soledad puede aumentar la presión sanguínea hasta el punto de duplicarse el riesgo de infarto y de ictus (Hawkley, Masi, Berry y Cacioppo, 2006), y en hombres y mujeres con disfunción cardíaca congestiva el estado del matrimonio del paciente es igual de buen indicador de la supervivencia a los cuatro años que la gravedad de los síntomas y el grado de discapacidad (Coyne y col., 2001). Además, cuanto más beligerantes y despectivos son los conflictos de las parejas, mayores suelen ser los niveles de hormonas del estrés y más deprimido está el sistema inmunológico. Estos efectos parecen influir directamente en procesos como la cicatrización de las heridas (Kiecolt-Glaser y col., 2005). Las señales emocionales son la música del baile entre las parejas íntimas. La música da forma a la respuesta emocional y física de cada persona, guía los movimientos

de cada miembro de la pareja y favorece la aparición de más movimientos en el otro.

## ¿Qué es la emoción?

Cualquier terapia de pareja efectiva no sólo debe contener las emociones negativas, sino también dar forma sistemáticamente a las emociones positivas y usarlas para promover respuestas como la compasión, el cariño y el deseo de conexión que son vitales en una relación amorosa. Comprender la naturaleza general de la emoción es fundamental. En primer lugar, la emoción no es una respuesta primitiva, irracional o simplemente una sensación o un «sentimiento». Es un sistema de procesamiento de información de alto nivel que integra el conocimiento de las necesidades y metas innatas de la persona con la información recibida del entorno y las consecuencias previsibles de sus acciones (Frijda, 1986). Está compuesto por los siguientes elementos (Arnold, 1960):

- *Valoración inicial rápida e inconsciente de las señales del entorno relacionadas con los imperativos básicos para la supervivencia y una orientación hacia las señales relevantes.* La emoción nos orienta y nos dirige hacia aquello que es importante en nuestro entorno. Las personas que no pueden acceder a la emoción debido a un daño cerebral no pueden tomar decisiones ni hacer elecciones racionales (Damasio, 1994). Quedan atrapados en la consideración de todas las posibilidades posibles porque no tienen una brújula interna que los oriente hacia lo que quieren y necesitan, que les haga percibir qué es importante para ellos.
- *Respuestas corporales.* La palabra *emoción* procede de la palabra en latín *emovere*, que significa «mover». La emoción nos «mueve» física y mentalmente. Tanto la valoración inicial como la respuesta corporal ocurren sumamente rápido, sin meditación cognitiva, mientras que la parte que más razona del cerebro, la corteza frontal, integra la información a un ritmo más lento. Esto es especialmente así en las reacciones de miedo, para las cuales una respuesta inmediata es vital y puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.
- *Reevaluación cognitiva.* El significado de las señales y las sensaciones se considera y se evalúa y este significado se vincula e integra en marcos cognitivos.
- *Predisposición a la acción.* La emoción nos motiva y nos predispone para la acción de una forma rápida y convincente (Tomkins, 1962, 1963). La ira, por ejemplo, suele dar lugar a la afirmación de las necesidades y el miedo suele dar lugar a las respuestas de huida o paralización. Para el terapeuta de parejas, es importante observar que las señales que surgen como resultado de este proceso luego comunican a los demás nuestro estado interior y nuestras intenciones. La expresión de los afectos también organiza el reflejo interpersonal o la tendencia a la acción del otro.

Este tipo de información es directamente relevante para el terapeuta. En la EFT, por ejemplo, el terapeuta puede trabajar con estos elementos para «desempaquetar» una respuesta emocional particular y luego volver a envolverlo todo en una nueva construcción. Más adelante en este capítulo encontrará un ejemplo de este proceso.

Parece que existe cierto consenso general (Ekman, 2003) en afirmar que las emociones básicas, que pueden reconocerse universalmente a partir de diferentes configuraciones faciales, son las siguientes: ira, tristeza, miedo, alegría, sorpresa y entusiasmo, repugnancia y remordimiento. Estas emociones parecen ser universales y estar asociadas con patrones neuroendocrinos y lugares específicos en el cerebro (Panksepp, 1998a). Las emociones, a menudo, tienen «prioridad de control» (Tronick, 1989) y pueden fácilmente pasar por encima de otras señales y comportamientos, especialmente en las relaciones importantes con aquellas personas de las que más dependemos. Como afirma John Bowlby (1980), el padre de la teoría del apego:

Las emociones más intensas surgen durante la formación, el mantenimiento, la perturbación y la renovación de las relaciones de apego. La formación de un vínculo se describe como enamorarse de alguien, mantener un vínculo como amar a alguien y perder a una pareja como estar de luto. Del mismo modo, la amenaza de la pérdida provoca ansiedad y la pérdida real da lugar a la pena, y cada una de estas situaciones es probable que dé lugar a la ira. El mantenimiento incuestionado de un vínculo se vive como una fuente de seguridad, y la renovación de un vínculo como una fuente de alegría. Como esas emociones suelen ser un reflejo del estado de los vínculos afectivos de una persona, la psicología y la psicopatología de la emoción resultan ser en gran parte la psicología y la psicopatología de los vínculos afectivos.

La emoción se divide en al menos tres niveles: (1) adaptativo, primario o básico; (2) secundario o reactivo, como cuando notamos el pinchazo del miedo pero lo ignoramos o lo manejamos poniéndonos a la defensiva airadamente; e (3) instrumental, como cuando expresamos la emoción para manipular a otros (Greenberg y Johnson, 1988). Las emociones primarias también pueden convertirse en inadaptativas cuando se aprenden en exceso o se basan en una experiencia traumática abrumadora (Greenberg y Paivio, 1977). Las emociones reactivas secundarias tienden a ocultar respuestas primarias, a oscurecer la respuesta original y a llevar las interacciones entre la pareja íntima hacia una dirección negativa. La EFT aboga por evocar las emociones orientadas hacia el apego primario para cambiar los patrones de respuesta negativa habituales que reflejan respuestas emocionales secundarias explorando, por ejemplo, la desesperación y el miedo primarios que subyacen tras la ira crónica aparente de la pareja. Cuando este tipo primario de miedo se expresa, da lugar a una respuesta diferente en la pareja y empieza a cambiar los patrones interaccionales negativos que estaban atascados.

## La emoción en el contexto de las relaciones amorosas

Los terapeutas de pareja necesitan más que una comprensión general de la emoción. Deben comprender cómo funcionan las emociones, y cómo ayudan a definir las relaciones íntimas. Este conocimiento debe cubrir unos aspectos concretos. Por ejemplo:

¿Cuándo es especialmente fundamental la interacción emocional positiva en una relación íntima?

¿Cómo comprendemos los potentes dramas emocionales que caracterizan las relaciones amorosas?

¿Qué hacemos con las habituales diferencias en la expresión emocional entre los miembros de una pareja?

La teoría del apego (Bowlby, 1969/1982, 1988; Johnson, 2003a) ofrece al terapeuta una guía útil para estos aspectos al ayudar a definir las características de las relaciones amorosas, establecer objetivos de tratamiento que sean relevantes y significativos e identificar las mejores formas de intervenir. Ofrece al terapeuta de parejas una brújula en el proceso de cambio. Y todavía más: en los últimos quince años, el trabajo en el apego de los adultos (Cassidy y Shaver, 1999; Rholes y Simpson, 2004; Mikulincer y Shaver, 2007) ha validado y ampliado las formulaciones originales de la teoría del apego y ha dejado claro que esta teoría es, al mismo tiempo, una teoría de la regulación intrapsíquica de los afectos y una teoría sistémica de las relaciones. La sensación de conexión segura con una persona amada nos puede ayudar a mantener nuestro equilibrio emocional, en lugar de quedar inundados bajo una emoción abrumadora o suprimir las emociones hasta el punto de quedar insensibilizados o incapaces de usarlas como guía o de sincronizarnos de manera flexible con nuestra pareja. Como Schore observa (1994, p. 244), el contacto con una figura de apego comprensiva y segura «tranquiliza al sistema nervioso». Una relación segura promueve la regulación óptima de los afectos, y viceversa (Fosha, 2000).

El papel del apego en la regulación de los afectos puede verse en un estudio de Coan, Schaefer y Davidson (2006). Las mujeres del estudio se colocaban dentro de una máquina de resonancia magnética y se les decía que cuando vieran unos destellos de luz en ocasiones notarían un calambre en los pies. Así, los investigadores podían ver cómo se encendía el cerebro como respuesta a este elemento estresante. El hecho de que las dejaran solas en la máquina maximizaba la respuesta de estrés y la experiencia subjetiva de dolor provocada por los calambres. Sin embargo, cuando un extraño les sostenía la mano, la respuesta de estrés y la intensidad del dolor se reducían. La reducción más significativa se producía cuando el cónyuge estaba presente para sostener la mano de la mujer. Este efecto fue directamente proporcional a la calidad positiva de la conexión de la mujer con esta pareja. Los estudios sobre el apego en adultos también coinciden con el hallazgo de que la sensación de conexión segura con la persona amada fomenta la capacidad de manejar las emociones negativas extremas (por ejemplo, las emociones que

surgen de traumas como el encarcelamiento como prisionero de guerra) (Solomon, Ginzburg, Mikulincer, Neria y Ohry, 1998). La sensación de conexión segura también ayuda a la gente a procesar más las experiencias emocionales cotidianas y a procesar la emoción de un modo que promueva los comportamientos positivos en las relaciones, como la confianza y la asertividad (Levy y Davis, 1988).

## Teoría del apego

La teoría del apego afirma que buscar y mantener el contacto emocional con las personas que son significativas para nosotros es un principio innato, primario y motivador en el ser humano a lo largo de la vida. Por tanto, la dependencia es una parte innata del ser humano más que un rasgo de la infancia que dejamos atrás. La sensación de conexión con una figura de apego es un mecanismo de supervivencia innato. La presencia emocional, física o representacional de las figuras de apego proporciona una sensación de confort y de seguridad, mientras que la inaccesibilidad percibida de dichas figuras crea aflicción. La sensación de conexión emocional segura con otra persona es el antídoto natural a la ansiedad y la vulnerabilidad. Los apegos seguros crean un *refugio seguro* que ofrece un amortiguador contra los efectos del estrés y de la incertidumbre (Mikulincer, Florian y Weller, 1993) y un contexto óptimo para el desarrollo continuo de una personalidad madura, flexible y con recursos. El apego seguro también ofrece una *base segura* desde la cual las personas pueden explorar su universo y responder adaptativamente a su entorno. Esta base segura promueve la confianza necesaria para arriesgar, aprender y actualizar continuamente modelos del yo, de los demás y del mundo para que se facilite el ajuste a nuevos contextos. La conexión segura con una figura de apego refuerza la capacidad de mantener una posición más objetiva y reflexionar en uno mismo, en el propio comportamiento, las respuestas emocionales y los estados mentales (Fonagy y Target, 1997). Las personas que tienen un apego seguro son más capaces de tomar riesgos emocionales, pedir y proporcionar apoyo a los demás y manejar el conflicto y el estrés. Sus relaciones suelen ser más felices, más estables y más satisfactorias que las de las personas con apegos inseguros.

El apego seguro complementa la confianza en uno mismo y la autonomía (Feeney, 2007). La dependencia segura y la autonomía son dos caras de la misma moneda, en lugar de dicotomías (ver también Hughes, capítulo 11 de este libro, y Solomon, capítulo 9 de este libro), como se suele presentar en la literatura sobre parejas y familias. La seguridad se asocia con una sensación más coherente, articulada y positiva del yo (Mikulincer, 1995). Cuanto más conectados de forma segura estamos, más separados y diferentes podemos ser. La salud en este modelo significa mantener una sensación percibida de interdependencia, en lugar de intentar convertirse en «autosuficiente» y mantener límites con los demás. Los componentes principales de los vínculos seguros son la accesibilidad emocional y el grado de reacción. Una figura de apego puede estar presente físicamente pero emocionalmente ausente. Si no hay percepción de la accesibilidad o la implicación emocional, resulta un proceso emocional de angustia por separación. En términos del apego, cualquier respuesta (incluso la ira) es mejor que ninguna.

La emoción es fundamental para el apego, y esta teoría proporciona una guía para comprender y normalizar muchas de las emociones extremas que van unidas a las relaciones con problemas. Teóricos como Panksepp (1998a; ver también el capítulo 1 de este libro) sugiere que una pérdida de conexión con una figura de apego induce un tipo de

miedo particular (un pánico primario). Este concepto encaja con la creencia de Bowlby de que el aislamiento es *inherentemente* traumatizante para los seres humanos. Cualquier forma de amenaza al individuo o a la relación activa las emociones y las necesidades de apego. Las necesidades de apego para sentir confort y conexión se convierten entonces en especialmente destacadas e imperiosas, y se activan los comportamientos de apego, como la búsqueda de proximidad. La sensación de conexión con una persona amada es un dispositivo de regulación emocional integrado primario. El apego a las otras personas importantes es nuestra «principal protección contra las sensaciones de impotencia e insignificancia» (McFarlane y Van der Kolk, 1996, p. 24).

Si los comportamientos de apego no logran evocar una reacción confortante y el contacto de la persona querida, se produce un proceso prototípico de protesta airada, de aferramiento, depresión y desesperación, que a la larga puede culminar en un duelo y en un proceso de separación emocional. La represión es una respuesta natural a la pérdida de conexión. Bowlby consideraba la ira en las relaciones cercanas como un intento de establecer contacto con una figura de apego inaccesible, y la distinguía de la ira de la esperanza, donde se espera una respuesta viable del otro, y la ira de la desesperación, que se vuelve desesperada y coercitiva. En las relaciones seguras, la protesta por una inaccesibilidad percibida se reconoce y se acepta (Holmes, 1996). Los terapeutas orientados al apego ven muchas respuestas emocionales extremas en las parejas con problemas como un pánico primitivo o emociones secundarias de reacción a este pánico. Este enfoque difiere de otras perspectivas, en las que estas respuestas pueden verse como señales de inmadurez, una falta de habilidades comunicativas, un defecto de personalidad, o una señal de «enredo» en la relación de la pareja.

En esta teoría, las formas de regular las emociones primarias de apego son finitas, y las diferencias individuales en la regulación y la expresión emocional son previsibles. En las relaciones seguras, la conexión con la pareja se usa como forma de confort y para crear una sensación de homeostasis emocional. En las relaciones inseguras, sólo hay pocas formas de manejar la respuesta negativa a las preguntas: «¿Puedo contar contigo?»; «¿Responderás cuando te necesite?»; «¿Puedo depender de ti?»; «¿Me valoras a mí y la conexión conmigo?».

Las respuestas de apego inseguro se organizan en torno a dos dimensiones: la ansiedad y la evitación (Fraley y Waller, 1998). Cuando la conexión con otro irremplazable está amenazada, las emociones del apego, sobre todo la ansiedad, pueden hiperactivarse. Los comportamientos de apego se agudizan y se intensifican; puede desarrollarse un aferramiento ansioso, una búsqueda e incluso intentos agresivos de obtener una respuesta de la persona amada. Incluso cuando la persona amada responde, es posible que no se confíe del todo en la respuesta obtenida, pudiendo permanecer una sensibilidad emocional agudizada a las señales de las relaciones. Esta respuesta puede ser momentánea o convertirse en crónica y ser una manera habitual de tratar las emociones e interactuar con la pareja.

La segunda estrategia para manejar la falta de interacción emocional segura, especialmente cuando se ha perdido la esperanza de obtener una respuesta, es intentar



desactivar el sistema de apego y suprimir las emociones y las necesidades de apego, centrándose en las tareas externas y evitando las tentativas de interacción emocional. Desgraciadamente, la supresión del afecto es un trabajo duro e *ineficaz*, que a menudo genera una mayor activación fisiológica y una mayor tensión entre ambos miembros de la pareja (Gross, 2001). Si este estilo de regulación del afecto se generaliza, impide efectivamente que la persona sea consciente de sus respuestas y necesidades emocionales y excluye a la pareja. Estas dos estrategias básicas de regulación de los afectos –(1) *la intensificación ansiosa de la emoción*, que da lugar a comportamientos de aferramiento hipervigilantes, y (2) *la evitación distante*– tienden a buscar respuestas de confirmación por parte de la pareja. Una tercera estrategia, la *evitación temerosa* (Bartholomew y Horowitz, 1991), en la que la pareja se aferra y luego, cuando se le ofrece cercanía, la evita, se asocia con los apegos traumáticos en los que los demás son tanto la fuente como la solución al miedo (Johnson, 2002).

Las estrategias de ansiedad y evitación fueron las que se identificaron primero mediante el experimento de separar y volver a unir a madres con sus bebés. Algunos bebés fueron capaces de modular su aflicción por la separación, conectar con sus emociones y procesarlas para dar señales claras a la madre, y aceptar su contacto tranquilizador y reconfortante cuando ella volvía. Luego, confiando en su respuesta en caso de ser necesaria, retomaban la exploración y el juego. Se consideraba que estos niños tenían un *apego seguro*. Otros se alteraban mucho en el momento de la separación y se aferraban o expresaban su ira a la madre a su regreso. Eran difíciles de consolar y parecían pasar de una emoción reactiva negativa a otra. En su caso, se consideraba que tenían un *apego ansioso*. Un tercer grupo mostraba signos de aflicción fisiológica significativa, pero mostraba poca emoción en la separación o en el reencuentro. Los bebés de este grupo se centraban en tareas y actividades y se consideraba que tenían un *apego de evitación*. Estos estilos son «patrones de interacción social y estrategias de regulación de las emociones que se mantienen a sí mismos» (Shaver y Clarke, 1994, p. 119). Aunque estas formas habituales de interacción pueden ser modificadas con nuevas relaciones, también pueden dar forma a las relaciones actuales y, por consiguiente, perpetuarse a sí mismas.

Estas estrategias tienen un impacto en muchos comportamientos relacionales porque esculpen la naturaleza de la interacción emocional con los demás. La investigación ha descubierto que el apego seguro está vinculado a una emoción más positiva y más intensa y a una emoción negativa menos frecuente e intensa, como la ira en relaciones clave. Shaver y Mikulincer (2007, p. 450) observan que las personas que tienen un apego seguro pueden «reevaluar las situaciones, interpretar los acontecimientos en términos relativamente benignos, transformar simbólicamente las amenazas en retos, mantener una percepción optimista de la autoeficacia y atribuir los acontecimientos indeseables a causas controlables, temporales o dependientes del contexto». En resumidas cuentas, estas personas han aprendido que la aflicción se puede gestionar.

Las estrategias de regulación de los afectos del apego también predicen los comportamientos en las relaciones clave, como las respuestas al conflicto y las respuestas

a la búsqueda y el ofrecimiento de apoyo. Las personas con un estilo seguro generalmente son más felices y más capaces de pedir y ofrecer apoyo (Simpson, Rholes y Nelligan, 1992; Simpson, Rholes y Phillips, 1996), y tienen unas relaciones satisfactorias más cercanas, más estables y de mayor confianza (Collins y Read, 1990; Simpson, 1990). Pueden reconocer y comunicar mejor sus necesidades y es menos probable que sean agresivas verbalmente o que se retraigan durante la resolución de problemas (Senchak y Leonard, 1992). Los estudios sugieren que las parejas en las que como mínimo hay un miembro con un apego seguro son más armoniosas y tienen menos interacciones conflictivas (Cohn y col., 1992).

La emoción intensa en las relaciones de apego también induce unos modelos asociados de funcionamiento básico interno de uno mismo y del otro. El apego seguro se caracteriza por un modelo básico de uno mismo como persona digna de amor y de cariño, segura y competente y un modelo de los demás como dependientes y dignos de confianza. Estos modelos del yo y del otro, destilados a partir de miles de interacciones, no son esquemas cognitivos de una sola dirección, sino que están saturados con la emoción y se traducen en guiones procedimentales sobre cómo crear relaciones. Más concretamente, reflejan cómo se regula la emoción dentro de unas relaciones concretas (Fosha, 2003). La emoción es una fuerza organizadora en los modelos básicos más que un resultado de éstos. Los modelos básicos se forman, elaboran, mantienen y, lo más importante para el terapeuta de pareja y de familia, revisan a través de la comunicación emocional (Davila, Karney y Bradbury, 1999). De hecho, para ser óptimamente útiles, deben revisarse constantemente cuando se producen cambios en los contextos interpersonales.

La teoría del apego resume las respuestas humanas básicas, especialmente las necesidades y miedos que estructuran los vínculos a largo plazo. Ofrece una nueva visión global del amor romántico (Johnson, 2008c) y un mapa que identifica los acontecimientos principales, emocionalmente «candentes», que parecen definir las relaciones y en las que se conforman las identidades individuales. La teoría del apego proporciona una manera de identificar momentos recurrentes clave de desconexión emocional palpable, en los que las emociones negativas desatan ciclos negativos, como los de demanda y retraimiento, que se adueñan de la relación. También identifica momentos positivos clave de vinculación que restauran la conexión, crean nuevas emociones positivas y proporcionan un antídoto a los ciclos negativos. Esta teoría nos ayuda a comprender cuándo un punto muerto emocional impide la renovación de la conexión y cómo usar la emoción al servicio de la recuperación de la confianza tras un daño. Estos acontecimientos, llamados *daños de apego*, ocurren cuando las parejas experimentan el abandono y la traición en momentos de gran necesidad (Johnson, Makinen y Millikin, 2001; Makinen y Johnson, 2006).

En resumen, la teoría del apego proporciona al terapeuta de parejas un conjunto claro de metas, un enfoque, una brújula para navegar por el proceso de cambio y un lenguaje para los dilemas relacionados con las emociones y los lugares bloqueados que paralizan las relaciones amorosas.

## Intervenciones centradas en las emociones

La EFT es un enfoque constructivista humanista (Neimeyer, 1993) que combina un modelo rogeriano de trabajo con la emoción con un modelo estructural sistémico de interacciones cambiantes. La EFT usa la emoción del modo que Bowlby sugería que debía usarse (1991): como fuente primaria de información para uno mismo y para los demás sobre las necesidades y los motivos y como vía principal para la conexión con las figuras de apego.

En general, el terapeuta de EFT rastrea, accede y evoca la emoción como una fuente de información sobre las necesidades de las personas y sus miedos, y sobre cómo «mueven» a los miembros de la pareja estructurando así el baile de la relación. El terapeuta también ayuda a los clientes a cambiar sus formas habituales de regular sus emociones en las interacciones con sus cónyuges, por ejemplo, expresando ira indirectamente mediante las críticas y escondiendo emociones más suaves como el miedo. El terapeuta ayuda a los clientes a desplegar y reestructurar experiencias emocionales clave que pueden estar marginadas en su conciencia como, por ejemplo, la experiencia de pérdida y abandono que alimenta la rabia o la sensación de desesperación que subyace tras expresiones de apatía o de insensibilización. El terapeuta también usa emociones de apego «suaves» primarias, como la tristeza, para dar forma a nuevas respuestas que son cruciales para el apego seguro, como la capacidad de evaluar las necesidades o pedir consuelo y atención. El terapeuta de EFT da por supuesto que lo crucial para el cambio no es simplemente nombrar o reformular las emociones negativas, sino que es necesaria una nueva experiencia de las emociones de apego básicas, que luego organiza nuevas respuestas interaccionales.

Los objetivos de la EFT son secuenciales. Primero, buscamos reprocesar y reestructurar las emociones negativas que limitan la respuesta interactiva y crean ciclos de inseguridad bloqueada en una relación de pareja. En segundo lugar, buscamos crear nuevas emociones y respuestas positivas a la pareja que transformen la relación en un refugio seguro y una base de seguridad. El proceso de cambio pasa por tres fases: (1) la disminución del ciclo negativo, (2) la reestructuración de las interacciones de apego y (3) la consolidación.

En lugar de enumerar los pasos y las intervenciones de la EFT o describir este modelo en detalle (Johnson, 2004, 2008a), aquí me centro en los cambios clave en la EFT para mostrar cómo se reprocesan las respuestas emocionales negativas en los ciclos de demanda-retraimiento destructivos y cómo se reestructura la emoción para suscitar respuestas positivas en la pareja.

James y Sarah llevan casados veinticinco años. James siempre ha tenido problemas de depresión y de falta de confianza en sí mismo. Sarah es una mujer fuerte que ha luchado con la esclerosis múltiple durante años, es voluntaria en su comunidad y cuida de sus nietos cuando puede. El terapeuta de James ha sugerido que su depresión no cambiará, aunque logre la promoción que está buscando en el trabajo, a menos que su matrimonio mejore. Cuando le pregunto cómo ve él el problema, se queja de que

probablemente es debido a su inutilidad y al hecho de no poder complacer nunca a su esposa. Sarah explota de frustración y habla de cómo él la rechaza y la ignora durante días. James me pide, con una voz seca y tensa, que le enseñe ejercicios que le permitan satisfacer a su mujer. Ella no puede pedir consuelo, sino que demanda de forma crítica. Él no puede responder constantemente y se encierra en su caparazón para protegerse y manejar sus miedos de apego. Entonces, ella se siente abandonada y se pone furiosa.

Una vez se ha establecido una alianza segura y el ciclo negativo está claro, reformulo el problema entre la pareja en términos de este ciclo que los deja a ambos solos e impotentes. Como terapeuta de EFT, ahora uso mis conocimientos sobre los elementos de la emoción para abrir la respuesta de James a su esposa y acceder a emociones más primarias, usando la reflexión, preguntas evocadoras y pequeñas interpretaciones concretas pero breves.

TERAPEUTA: Entonces, James, ¿podemos permanecer aquí un momento, por favor? ¿Cree que el problema es lo «inútil» que es usted y el hecho de no poder satisfacer a Sarah? (Él asiente). ¿Cómo se siente al afirmar esto?

JAMES: Bueno, no «siento» nada. Creo que ella tiene esos estándares, y yo siempre suspendo. (*Empieza a darse golpecitos en la pierna con la mano derecha*).

TERAPEUTA: Esto debe de ser muy duro, verse a sí mismo como a un «inútil», sentir que nunca puede satisfacer a su esposa. (*El rostro se le relaja un poco ahora*). Se siente así muy a menudo. ¿Puede recordar un momento recientemente en el que tuviera esta sensación muy presente? [El terapeuta se acerca al momento en el que surgen las emociones intensas y se producen las interacciones negativas clave].

JAMES: Sí, la noche pasada. De hecho, le pregunté cómo se sentía y me dijo: «Vaya, te ha costado preguntarlo. ¿Por qué no vienes y me abrazas en lugar de sentarte ahí y hacerme esta pregunta?». Lo hago mal incluso antes de empezar.

TERAPEUTA: [Centrándose en la valoración inicial que inicia el proceso]. Así pues, ¿estaba intentando mostrar su preocupación? (*Asiente*). Pero, de algún modo, el mensaje que recibió es que ya estaba descarrilado, directo hacia el precipicio, ¿cierto? Esto es duro, es desmoralizante. ¿Cómo se siente ahora al hablar de ello? [El terapeuta hace preguntas para evocar la respuesta emocional específica y aumentar la interacción emocional en ese momento].

JAMES: En realidad, me enfada. Haga lo que haga, se va a quedar ahí sentada, con la toga y el martillo. Y yo voy a escuchar que la he fastidiado. [Ofrece la emoción reactiva secundaria de la ira, que es lo que su esposa suele ver].

TERAPEUTA: Así pues, intenta acercarse a su mujer. Recibe el mensaje de que no lo está haciendo bien. Se enfada, decide que no vale la pena ¿y luego? [Relaciona su respuesta emocional secundaria con sus acciones en el ciclo negativo].

JAMES: Me rindo. Subí arriba y me puse a jugar en el ordenador, y estuvimos toda la tarde sin hablar. Supongo que lo llamará «retramiento». (*Abre las manos como si dejara algo caer*).

TERAPEUTA: Recibe el mensaje de que la ha fastidiado y se rinde, y yo observo que abre las manos como si dejara caer algo. (*El terapeuta repite el gesto que contiene*

la amenaza de apego). Entonces ¿qué? ¿Se aleja e intenta calmarse?

JAMES: Intento no sentir nada, distraerme, supongo.

TERAPEUTA: ¿Cómo se siente ahora al decir «me enfado un rato pero luego me rindo y no siento nada?». Parte del mensaje de que «la ha fastidiado» es dura de escuchar.

JAMES: *(Con una voz muy suave)*. No lo sé, sólo estoy enfadado, sabe. *(Suspira profundamente)*.

TERAPEUTA: *(Con una voz suave, baja y evocadora)*. ¿Se siente enfadado ahora al decir «me rindo, no siento nada», suspira y abre las manos como si se le escurriera la relación entre los dedos? *(Asiente muy lentamente)*. ¿Cómo se siente su cuerpo ahora mientras hablamos de esto? [El terapeuta intenta ampliar la concienciación emocional de James centrándose en las señales de su cuerpo].

JAMES: No quiero hablar de esto. Me siento pesado, débil, como derrotado. Siempre me siento así. Estoy acostumbrado.

TERAPEUTA: Y es entonces cuando aparece esta sensación de ser «inútil». ¿Nunca puede satisfacer a Sarah? Hay un momento de ira, una especie de protesta, Sarah lo ve y se conecta con ello, pero sólo durante un momento. Luego siente este peso, que siempre la va a fastidiar, que nunca lo hace bien. Se dice a sí mismo que es inútil, no lo suficientemente bueno, un fracaso, ¿es así? [El terapeuta pasa al significado cognitivo que extrae de su experiencia emocional, de su modelo del yo y del otro]. Esto tiene que ser muy duro.

JAMES: Sí *(con una voz amarga y tensa)*. Entiendo que soy un gran fracaso con ella. Y es como si no pudiera hacer nada. Así que me agacho y me aílo en mí mismo. Quizás es esto a lo que ella se refiere cuando dice que la rechazo. *(Empieza a frotarse los ojos con las manos)*.

SARAH: Sí. Y luego entramos en ese círculo terrible en el que yo me pongo más irascible y te presiono más, y tú te alejas aún más. [Sarah relaciona todo esto con su ciclo negativo; a menudo el terapeuta establece este tipo de conexión].

TERAPEUTA: ¿Qué le sucede a usted, James, cuando se dice a sí mismo «¿no puedo satisfacer a Sarah, soy un inútil, un gran fracasado?». Observo que se está tocando el rostro. ¿Le calma?

JAMES: No quiero llorar. *(Empieza a llorar)*. No quiero sentir esto. Me siento tan pequeño, como avergonzado de mí mismo.

TERAPEUTA: Sí. Se va para esconder toda la vergüenza y la tristeza que siente cuando escucha este mensaje, que de algún modo está fallando con Sarah.

JAMES: Creo que ya la he perdido. Y esto también me da miedo.

TERAPEUTA: Sí. ¿Se lo puede decir, James? ¿Puede girarse hacia ella y decirle: «me acerco y no funciona, y luego puedes ver un arrebato de ira pero por dentro estoy sufriendo... toda esta tristeza, vergüenza, miedo de perderte..., no sé qué hacer con todo esto, así que me paralizó»?

JAMES: *(Se gira hacia Sarah y sonríe)*. Es como si lo hubiera dicho ella. *(Ambos se ríen)*. Pero no, en serio, en esos momentos sólo oigo que soy un inútil, inútil para ti. Y

esto es muy duro, me da miedo. Así que me rindo y me voy. ¿Lo entiendes?

SARAH: Sí, lo comprendo.

TERAPEUTA: ¿Y cómo se siente con respecto a James cuando le dice esto?

SARAH: Me siento más cerca de él. Respeto que esté tomando este riesgo. No quiero que se sienta tan mal.

En este fragmento, el terapeuta, mediante sus exploraciones/intervenciones basadas en la empatía, ha (1) «descubierto» con James sus emociones subyacentes primarias, (2) las ha vinculado con sus pasos en el baile de la relación y (3) ha hecho que exprese estos sentimientos ampliando este baile hacia un nuevo tipo de conexión con su pareja. El terapeuta se ha centrado en los elementos de la emoción destacados por Arnold (1960) para abrir el mundo emocional de James y permitirle mostrar nuevos aspectos de sí mismo a su pareja. Si es necesario, se ayuda a la pareja a conectar y a no desestimar esta nueva visión de su persona amada. Este trabajo permite la reformulación consistente en ver que James no se aleja por rabia o indiferencia, sino que lo hace por una sensación de desesperación e impotencia. En esta identificación de la experiencia y las respuestas emocionales, las emociones reactivas secundarias (es decir, su rabia e insensibilización) se contienen y se colocan en un contexto mayor. Se accede a nuevas emociones (su miedo e impotencia) para establecer unas interacciones nuevas y más positivas.

## Acontecimientos de cambio clave en las sesiones

En las mejores sesiones de EFT («mejores» según la valoración del terapeuta y de la pareja), se producen unos acontecimientos de cambio concretos en la fase de reestructuración que se asocian con la recuperación estable del estrés (Bradley y Farrow, 2004). Los acontecimientos satisfactorios se asocian con preguntas del terapeuta que evocan emociones primarias (por ejemplo, «cuando su esposa le dice [el tema que sea], ¿qué sucede? Sé que se enfada, pero ¿qué pasa al segundo siguiente de sentir la ira?») destacando esas emociones para crear expresiones potentes de necesidades de apego. Una nueva construcción de una experiencia emocional clave lleva a un nuevo tipo de conexión con la pareja. El primero de estos acontecimientos de cambio ocurre cuando las parejas más retraídas *conectan con sus emociones primarias y valoran sus necesidades* de un modo que los conecta con su persona amada. (Ellos también anhelan amor y cercanía). El segundo y más drástico es la *moderación del acusador*: los miembros de la pareja que antes acusaban se acercan a sus parejas, ahora más disponibles, y les piden que satisfagan sus necesidades de apego desde una posición de vulnerabilidad, es decir, de un modo que despierta el cariño de la pareja. En estos momentos, ambos están accesibles y responden. En la *moderación*, las parejas que acusan a la otra parte básicamente hacen lo que las parejas seguras pueden hacer cuando están alteradas (es decir, escuchan sus propias sensaciones y necesidades de apego, las expresan de manera congruente y coherente, piden lo que necesitan, aceptan y confían en el consuelo ofrecido por el otro, e internalizan una sensación de seguridad percibida en la relación). En estas sesiones, en las experiencias emocionales del miembro acusador, los elementos se ordenan y se transforman en un todo coherente para que las necesidades de apego de esa persona estén claras.

Al final de un acontecimiento así, Sarah le dice a James: «Estoy tan desesperada por que me respondas que simplemente intento forzarte. Luego, cuando intentas estar, yo ni lo veo. Estoy muy asustada. No puedo sentirme tan sola todo el tiempo. Me dijiste que querías que dejara de juzgarte y que te diera una oportunidad. Quiero saber que no me vas a dejar sola. Duele. Me cuesta mucho pedirte, pero quiero que veas mi lado más blando y que me abracés. ¿Puedes abrazarme?».

Estos acontecimientos son puntos de inflexión en una relación. Es aquí donde la expresión clara de las emociones que se acaban de formular da lugar a nuevas respuestas más cariñosas por parte de la otra persona. Entonces, la pareja tiene un mayor abanico de emociones. Las parejas son capaces de superar respuestas emocionales secundarias y restrictivas del pasado, como la irritación y la insensibilización, y tienen una nueva habilidad de regular sus emociones más profundas, como los miedos al abandono, los remordimientos y el rechazo anticipado. Desarrollan una capacidad de compartir estas emociones mutuamente para crear una conexión positiva. En este proceso, ambos miembros de la pareja aprenden que la angustia por la separación es manejable y resoluble. Entonces, la desconexión se puede expresar como algo simplemente desagradable, más que potencialmente catastrófico. Además, las nuevas emociones

generan nuevas cogniciones, como unas atribuciones más generosas sobre las intenciones del otro, nuevas imágenes de sí mismo y nuevos marcos para los problemas de la relación. Sarah dice: «Creo que quiere apoyarme. Supongo que nos hemos bloqueado mucho. Las maneras que teníamos de protegernos simplemente nos asustaban mucho mutuamente. Debemos ayudarnos a sentirnos seguros. Dar al otro el beneficio de la duda. Sé que cuando me tranquiliza me llega al corazón. Y también empiezo a sentirme mejor conmigo misma. Si me quiere, estaré bien».

### *El papel de la emoción en los acontecimientos clave de cambio*

Estos acontecimientos de cambio son muy potentes, y las parejas los viven como momentos de unión clave que transforman su relación. Los terapeutas principiantes a menudo preguntan por qué este tipo de intensificación de la emoción y estas representaciones «candentes» son necesarias porque, al fin y al cabo, a los clientes les resultan difíciles. La nueva neurociencia de la emoción nos puede ayudar a comprender el poder de estos acontecimientos y a ser más precisos en nuestras intervenciones. Al principio, la práctica de la EFT se definió observando vídeos y poco a poco identificando y sistematizando los movimientos y los momentos que conducían al cambio. Los terapeutas hicieron este trabajo sin saber siempre por qué o cómo cambiaban las cosas.

En estos acontecimientos, los terapeutas primero ayudan a la pareja a reprocesar y profundizar las emociones clave, repitiendo las señales, sensaciones, imágenes emocionales y tendencias a la acción emocionales y vinculándolas a un marco coherente de necesidades de apego y respuestas conductuales. Luego, los terapeutas guían de forma rutinaria a las parejas hacia las representaciones e insisten en que los miembros se miren mutuamente al expresar una emoción profunda, aunque sea difícil de hacer. Esta dificultad con el contacto visual directo también suele manifestarse durante los acontecimientos cuando las parejas se centran en el perdón por el daño. Los terapeutas intentan asegurarse de que se expresen las emociones profundas directa y conmovedoramente al otro cónyuge y que sólo entonces, cuando la emoción se intensifica, el terapeuta ayude a los clientes a formular sus necesidades y a pedir ayuda a la pareja. Cada vez resulta más evidente que estas representaciones vitales en la segunda fase de la EFT son especialmente potentes para las personas traumatizadas por las relaciones de apego o los acontecimientos vitales, porque no sólo crean una mejoría en los síntomas del trauma, sino también una nueva y más positiva percepción de uno mismo. Parecen ser curativas incluso cuando los riesgos emocionales implicados parecen ser elevados.

Las nuevas ideas y los nuevos estudios sobre la emoción en las relaciones nos ayudan a comprender más concretamente qué sucede en estos acontecimientos de cambio y cómo explotarlos para que transformen el baile y a los bailarines. Parte de este conocimiento es muy específico. Por ejemplo, cuando la gente habla de su respuesta emocional en términos de «dolor», se refiere a una mezcla de ira, tristeza, pérdida y miedo, e implica una percepción cognitiva de sentirse devaluado como persona y como pareja (Feeney, 2005). Este tipo de información ayuda a los terapeutas a captar la



experiencia del cliente y a conectar con partes de esta experiencia que puedan ser menos accesibles o estar peor articuladas. También podemos pasar a un nivel más general y examinar cómo parte de la nueva ciencia sobre la emoción y las relaciones se aplica aquí.

### *Resonancia y neuronas espejo*

Los físicos consideran la «resonancia» como una vibración simpática entre dos elementos que permite que esos elementos de repente sincronicen sus señales y actúen dentro de una nueva armonía. Este tipo de resonancia, en forma de coordinación mutua, se puede ver entre el bebé y la madre en el juego libre. El ritmo de las respuestas es exquisito, las expresiones faciales se sincronizan, se comparten las emociones y se anticipan las emociones del otro. Existe una correspondencia, un flujo que va más allá de la empatía y que se ha sugerido como fuente de una intimidad más profunda o intersubjetividad (Trevarthen, 1980; Stern, 2004) entre las figuras de apego. La mente y la emoción de cada persona se sintonizan con las de la otra. Cada persona conoce la mente del otro y recursivamente sabe que él o ella existen en su mente. Algunos teóricos modernos hablan de este tipo de conexión como necesidad humana por encima y más allá de este apego seguro, pero también es perfectamente posible ver este tipo de conexión como el florecimiento del proceso de apego y parte integral de éste. Como Fonagy ha sugerido (Fonagy y Target, 1997), el apego seguro es saber que existes en la mente del otro. Las parejas, en los episodios de moderación, parecen resonar mutuamente de este modo, estar totalmente presentes y ser capaces de sincronizar sus movimientos y sus respuestas de un modo totalmente nuevo. Esto no es sólo tranquilizador, sino también intensamente rico y gratificante.

Pero, ¿cómo «sentimos» al otro? ¿Cómo obtenemos esta «sensación percibida» de conexión segura y en evolución? La neurociencia sugiere que cuando miramos a otra persona moverse y actuar con intencionalidad, las neuronas espejo de nuestro cerebro imitan el movimiento y la acción, de forma que sentimos lo mismo en nuestro cuerpo. Este hallazgo ilumina el proceso de empatía con el otro o de imitar al otro. Las neuronas espejo parecen formar parte de nuestra herencia de estar «programados para conectar» que nos predispone a ir hacia los demás y conectar con ellos. Por un instante, compartimos la mente y un mundo en común.

Para el terapeuta de EFT, es fundamental indicar a las personas que bajen el ritmo y que miren directamente a su pareja cuando esta pareja esté expresando una emoción potente. En el proceso de creación del perdón, por ejemplo, la parte lastimada debe mirar a la cara del otro y ver que «siente» su dolor, que tiene un impacto en la parte que ha hecho daño. Sin este nivel de conexión, que activa potencialmente las neuronas espejo, las disculpas suelen ser simplemente palabras vacías. Cuando las parejas, con la ayuda del terapeuta, pueden centrar su atención de forma segura en el otro y resonar con él o ella, suele aparecer un manantial natural de empatía y cariño sensible incluso en las personas que, a nivel cognitivo, no saben «cómo» estar cerca y cómo responder de forma cariñosa. Este tipo de conexión puede ser una experiencia totalmente nueva para muchas parejas, y sólo puede ocurrir cuando el terapeuta proporciona seguridad y

estructura activamente la toma de riesgos y la implicación emocional. El estrés gestionable estimula el cerebro, crea nuevas conexiones entre las neuronas, y parece crear nuevas integraciones cognitivas y, por lo tanto, nuevos comportamientos. La ciencia nos ayuda a rellenar los huecos en los mecanismos de cambio aceptados en la terapia, dotando de mayor significado a la manida frase «una experiencia emocional correctiva».

### *Impacto fisiológico de los acontecimientos de cambio básicos*

La base neuroquímica del apego también está cada vez más clara y nos ayuda a comprender el potente impacto de los acontecimientos de cambio básicos como las *moderaciones*. Los estudios demuestran que en momentos de interacción emocional reactiva nuestro cerebro se ve inundado con la «hormona de los abrazos», la oxitocina (Carter, 1998). Este neurotransmisor es producido únicamente por los mamíferos y se asocia con estados de calma, alegría y dicha contenida. Parece crear una cascada de placer y confort y también parece ser la base fisiológica del refugio seguro que Bowlby resumió en sus escritos teóricos.

Los investigadores descubrieron el poder de la oxitocina al comparar los hábitos de apareamiento de dos tipos distintos de ratones de campo (Carter, Devries y Getz, 1995). En una especie, los machos y las hembras son monógamos, crían a sus pequeños juntos y forman vínculos de por vida; en la otra, los machos y las hembras se aparean de forma promiscua y dejan que sus descendientes se las arreglen por sí solos. Los roedores fieles producen oxitocina, pero sus primos promiscuos no. Cuando los científicos dan a los ratones monógamos una sustancia química que neutraliza la oxitocina, estos ratones se aparean pero no establecen vínculos con sus parejas. Sin embargo, cuando los investigadores dan a los mismos roedores más oxitocina, se unen firmemente tanto si se aparean como si no.

En los seres humanos, la oxitocina se libera cuando estamos cerca o mantenemos contacto físico con una figura de apego, especialmente durante momentos de emoción intensificada, como un orgasmo o durante la lactancia. Kerstein Uvnas-Moberg (1998), una neuroendocrinóloga sueca, descubrió que simplemente el hecho de pensar en las personas amadas puede desencadenar la liberación de oxitocina. La administración de oxitocina también parece aumentar la tendencia de confiar e interactuar con los demás. La oxitocina reduce la liberación de hormonas del estrés como el cortisol y, por lo tanto, empieza a verse como una hormona realmente importante para el sistema cardiovascular (Gutkowska, Janowski, Mukaddam-Daher y McCann, 2000). Estamos empezando a comprender la fisiología que une literalmente el corazón, la tradicional metáfora del amor y del deseo, con las interacciones básicas con las personas queridas que pueden calmarnos y consolarnos.

Estos hallazgos ayudan a explicar el patrón encontrado en la práctica y la investigación clínica de la EFT, en el sentido de que cuando las parejas que han tenido problemas en el pasado aprenden a conectar emocionalmente y a recurrir al otro, a expresar sus necesidades de apego, se producen nuevos momentos transformadores. Las

parejas vuelven a esos momentos una y otra vez, creando así nuevos patrones de regulación de las emociones y de interacción interpersonal. Cuando las parejas pueden crear esos momentos, tienen las herramientas con las que reparar los momentos de desconexión y crear un refugio seguro dentro de la relación. Esta capacidad, desarrollada por la pareja, permite comprender la baja tasa de recaídas resultante de los estudios sobre EFT.

## Crear un todo coherente

La investigación sobre la emoción sugiere que no resulta fácil modificar las respuestas emocionales potentes, especialmente el miedo. Como destaca LeDoux (1996), el miedo, una vez condicionado, es casi indeleble. Esto es quizás porque la naturaleza favorece los falsos positivos sobre los falsos negativos cuando se trata de la amenaza y la supervivencia. El vínculo entre el detonante y la respuesta se puede debilitar, pero el sistema emocional no permite que los datos se eliminen fácilmente. Sin embargo, para alivio de los psicoterapeutas, permite añadir nuevos elementos que pueden crear variaciones (Ekman, 2003). Este punto de vista encaja muy bien con el respeto del terapeuta de EFT ante la respuesta emocional que muestra el cliente. No hay ningún intento de «librarse» de esta emoción. Más bien al contrario, se valida y se desarrolla más, para que, por ejemplo, la ira disminuya y la amenaza que es una parte vital de esta ira aparezca en primer plano. Sin embargo, para modificar o ampliar las emociones clave que guían las interacciones, también es necesario que esta emoción se dote de un significado concreto, en el sentido de que se coloque en un contexto interpersonal claro y la emoción, la cognición y la respuesta se puedan integrar en un nuevo todo. Una vez que el cliente puede ordenar así las emociones difíciles, son más fáciles de tolerar y se pueden expresar de un modo más positivo.

Este proceso está relacionado con los estudios sobre el apego seguro realizados por Mary Main y colaboradores (Main, Kaplan y Cassidy, 1985). Estos estudios, basados en cómo describen los clientes sus relaciones con las figuras de apego (básicamente figuras del pasado, especialmente los padres), sugieren que la esencia de la seguridad del apego no es lo que sucedió a esos clientes en esas relaciones en sí, sino más bien cómo han procesado esas experiencias. Los clientes seguros pueden hablar sobre acontecimientos dolorosos de forma participativa con un afecto congruente y son capaces de crear una historia coherente de esos acontecimientos. Pueden permanecer con sus emociones, reflexionar sobre ellas y formar unas interpretaciones claras de esos acontecimientos pasados. Los que están más inseguros, si tienen un comportamiento de evitación, minimizan el impacto emocional de las experiencias de apego y crean unas narraciones desconectadas incoherentes internamente o, si tienen un estilo de apego ansioso, les abruman las emociones, no pueden centrarse, divagan, se vuelven dispersos u oscilan entre perspectivas y emociones opuestas. La inseguridad implica la incapacidad de integrar la emoción, la cognición y las respuestas expresivas y, por lo tanto, interfiere con la capacidad de mantener una sensación coherente y consistente de conexión y cariño.

En una sesión inicial de terapia de pareja, Doug, un hombre con un patrón de apego ansioso que sufrió malos tratos en la infancia, afirma, «No sé por qué me enfado tanto por esas pequeñas cosas, pero la quiero mucho, lo es todo para mí. Y me digo a mí mismo “Ya está, si no me va a escuchar, mejor me voy de aquí”. Me altero mucho. Es la única relación que he tenido que signifique algo para mí. ¿No le parece que ella tiene problemas de sueño? Si durmiera mejor, quizás no me enfadaría tanto, o si ella pudiera ignorar mi ira, entonces sería mejor. Pero de todas formas, lo nuestro nunca funcionará.

Así que me enfado o desconecto». Su ambivalencia sobre la conexión y su incapacidad de formular una respuesta integrada coherente a sus necesidades de apego y a su esposa son clave para el mantenimiento de los problemas en su relación.

Gran parte de los acontecimientos de cambio básicos no es sólo la intensificación de la emoción o su expresión a la pareja, sino la creación de una experiencia coherente en el cliente en la cual la emoción, el comportamiento y la cognición conforman un todo coherente, congruente e integrado con la orientación del terapeuta. En una sesión de moderación, Gail, una persona veleidosa y crítica con su pareja, finalmente es capaz de poner todos los elementos de su emoción, elaborados en sesiones anteriores, en un todo integrado. Al final de la sesión, puede sentir intensamente y también puede reflexionar sobre su experiencia y permanecer abierta a Ed, su pareja. Afirma:

«Ahora mismo no estoy enfadada. Más bien siento esas temibles sensaciones de las que hemos hablado. Parte de mí quiere mantenerte alejada y probarte para ver si realmente te importa, como solía hacer en el pasado. Entonces, sólo ves a la persona controladora y enfadada. Y ahora incluso puedo parecer guay. Pero por dentro, tengo la sensación de sentirme pequeña y de no querer que veas lo indefensa que me siento. Pero me siento así (*llora*). Es muy duro. Creo que quieres apoyarme. Y ahora comprendo que nos hemos hecho daño en este patrón en el que hemos quedado atrapados. Pero para mí es un riesgo hablar así, sentir esto. También tengo miedo de que, si te muestro cuánto te necesito, no responderás. Entonces me sentiré más sola, muy sola. Esta soledad es tan fría, fría como la muerte. Quiero pedírtelo. Necesito saber que vendrás hacia mí y me abrazarás. (*Con una voz suave, inclinándose hacia él*). ¿Puedes abrazarme?».

*Aquí Gail es capaz de integrar la emoción y la cognición, el pasado y el presente, la experiencia interior y la expresión exterior, y considerar el punto de vista de su pareja al mismo tiempo.* Esto hace que su mensaje sea claro y hace que sea más fácil para Ed sintonizar con ella y responder. El papel del terapeuta es relacionar activamente la nueva emoción, la cognición, los modelos de uno mismo y del otro y un cambio en los movimientos interaccionales dentro de un mosaico de significado y de experiencia que refuerce un cambio hacia una relación más segura. La práctica de la EFT ha evolucionado para incluir una reflexión más deliberada, una repetición, un resumen y una vinculación de estos diferentes elementos para crear esta coherencia en la mente y en la experiencia.

## Comentario final

Como hemos mencionado anteriormente en este capítulo, el concepto tradicional de experiencia emocional correctiva como elemento fundamental del cambio en la psicoterapia (tanto individual como de pareja) está siendo elucidado por diferentes hallazgos en varias áreas de la psicología. ¿Cuáles pueden ser los elementos clave de esta experiencia y cómo puede ser «correctiva»?

En primer lugar, la emoción debe estar conectada, debe estar activada. En segundo lugar, se le debe prestar atención; el terapeuta juega un papel fundamental aquí a la hora de dirigir la atención a los diferentes aspectos de la experiencia. En tercer lugar, la «sopa» emocional del cliente, que incluye emociones reactivas más superficiales y emociones más primarias, se debe explorar y ordenar. Este paso implica más que clarificar y ordenar el contenido; el proceso de la experiencia (es decir, cómo se estructura de experiencia momento a momento y cómo se regula la emoción) debe incluirse. El cliente es consciente, por ejemplo, de los diferentes niveles de emoción y de mecanismos de manejo, como la insensibilización habitual y la sensación percibida de lo que esta insensibilización impide ver.

En cuarto lugar, al explorar la sopa emocional del cliente, emerge una red de cogniciones asociadas y de tendencias a la acción inherentes. Las cogniciones básicas (especialmente sobre la naturaleza del yo, las necesidades del yo y la naturaleza de las relaciones con los demás) suelen estar accesibles sólo cuando el cliente está profundamente implicado emocionalmente. Entonces, se dilucidan la estructura y la lógica de los diferentes aspectos de la experiencia y cómo se interconectan. También se activan nuevas emociones, como la pena por las necesidades que nunca se han expresado o satisfecho. Se accede a una nueva sensación de agencia cuando el cliente se hace consciente de la forma en que ha creado activamente, y está creando ahora, su realidad interior. Entonces, nacen de este proceso nuevas ideas y nuevas motivaciones.

En quinto lugar, como hemos comentado anteriormente, lo anterior se integra en un todo coherente en el que los modelos del yo y de los demás se pueden revisar, y nuevas respuestas pueden ser posibles. Esta reestructuración, antes considerada metafórica, ahora parece ser literal. Cada vez hay más evidencias de que las vías neuronales y sinápticas se disponen en el cerebro mediante nuevas experiencias. Se ha demostrado que la anatomía del cerebro, no sólo los detalles de su programación, cambia, por ejemplo en los taxistas de Londres, que muestran un desarrollo de la parte posterior del hipocampo asociado con sus años de experiencia almacenando mapas espaciales de la ciudad cada vez más detallados (Maguire y col., 2000). A través de tomografía por emisión de positrones (TEP), se ha demostrado que la terapia, como la terapia conductual cognitiva para el trastorno obsesivo compulsivo, activa diferentes circuitos cerebrales y, por consiguiente, promueve la capacidad del cliente de resistirse a compulsiones habituales (Schwartz, 1998). El concepto de que las nuevas experiencias significativas en la terapia pueden reprogramar el cerebro es fascinante. La activación repetitiva en forma de patrones dispone la organización neuronal durante el desarrollo (Rueda, Posner y

Rothbart, 2005) y cada vez hay más pruebas de la neuroplasticidad del cerebro adulto al responder y procesar nuevas experiencias (Schwartz y Begley, 2002).

El terapeuta es fundamental en este proceso en varios sentidos: como guía que dirige la atención, como procesador suplente activo de la experiencia significativa y como fuente de apoyo y seguridad para que la experiencia terapéutica no se convierta en abrumadora. He aquí algunas preguntas interesantes de considerar:

- En el procesamiento de una experiencia emocional por parte del cliente, ¿cuándo ejerce el terapeuta la influencia más correctiva?
- ¿Actúa el terapeuta como procesador sustituto descendiente para el cliente y con él, quizás ayudando a proporcionar una revaloración cognitiva, un nuevo significado para unas realidades emocionales ya existentes?
- ¿Ayuda el terapeuta a activar y llamar la atención hacia sensaciones fisiológicas, señales no verbales, cambios cognitivos y emocionales (de hecho, hacia la «sensación percibida» de la experiencia del cliente, cuando los circuitos neuronales se encienden y se activan, ejerciendo por lo tanto una influencia de abajo hacia arriba y cambiando la percepción?

Está claro que la proximidad social del otro cercano, un terapeuta de confianza o una figura de apego, puede influir en la percepción de la amenaza en el cerebro y reducir la ansiedad, cambiando por lo tanto la naturaleza esencial de las experiencias emocionales básicas cuando se producen. Coan (2007) sugiere que la regulación del afecto social es un proceso relativamente de abajo hacia arriba a diferencia de la regulación del afecto en solitario, que es más de arriba hacia abajo, y, como sucede posteriormente en el proceso de experimentación, requiere más esfuerzo, es menos eficiente. La presencia empática del terapeuta, que resulta ser tan crucial para el cambio incluso en las terapias cognitivas (Castonguay y col., 1996), permite una nueva interacción con la experiencia *al producirse y al codificarse en el cerebro*. A su vez, los circuitos neuronales toman forma una y otra vez al activarse (Coan, comunicación personal, 24 de junio de 2008).

En la terapia de pareja, el potencial de una experiencia emocional correctiva se intensifica considerablemente gracias a la facilidad con la cual la emoción se puede activar en el drama constante con el otro miembro de la pareja y por el uso de nuevas interacciones con esta pareja para generar nuevas experiencias y nuevas reevaluaciones de las experiencias conocidas. Cuando ambos miembros de la pareja emiten unas señales emocionales más claras y más coherentes creando por tanto un baile interpersonal más sintonizado, literalmente son capaces de conformar un mundo emocional nuevo y transformativo para ambos.

En un sentido más general, los nuevos conocimientos sobre nuestra vida emocional interior y la nueva ciencia de las relaciones (Berscheid, 1999) se están uniendo de un modo que habría sido inimaginable hace sólo algunas décadas. Los grandes desconocidos (la naturaleza y la importancia de la emoción y la naturaleza de los vínculos adultos) que influyen en las formulaciones del proceso de cambio en la terapia de pareja e individual

ya no son enigmas. Incluso la facilitación de respuestas emocionales relativamente complejas, como la compasión hacia los demás, se pueden tratar sistemáticamente. Por ejemplo, la investigación sobre el apego ha demostrado que las imágenes del apego cariñoso dan pie de forma fiable a emociones más suaves como la compasión hacia los demás (Mikulincer y col., 2001; Mikulincer, Shaver, Gillath, Nitzberg, 2005). El cambio es ahora posible con parejas cuyas respuestas emocionales son extremas y cuyos ciclos de interacciones son rígidos y están imbuidos con los ecos de traumas pasados (MacIntosh y Johnson, 2008). En la terapia de pareja, ahora podemos crear sistemáticamente sintonización y unas respuestas compasivas, pero sólo si sabemos cómo despertar la fuerza más poderosa del comportamiento humano: la emoción.



11

# Comunicación de las emociones y desarrollo de la autonomía y la intimidad dentro de la terapia familiar<sup>1</sup>

*Dan Hughes*

**LA FAMILIA** se sitúa en la encrucijada del desarrollo humano. Tanto si nos centramos en las actividades creativas y en las aspiraciones de la persona autónoma como si nos centramos en las conexiones afectuosas de las personas como parejas, o como miembros de la comunidad y de la cultura, podemos acudir a la familia para comprender el contexto en el que se desarrollan los seres humanos. Muchos campos de la investigación humana, incluyendo los que se centran en la estructura y el funcionamiento del cerebro humano, demuestran cada vez más que la elección entre la autonomía y la intimidad es falsa: cuando ésta es la única opción, es resultado del fracaso de la familia en facilitar el desarrollo de sus miembros. El funcionamiento óptimo de la familia, junto con un funcionamiento neuronal óptimo, considera la autonomía y la intimidad, así como el yo y el otro, como dos caras de la misma moneda. A la familia se le confía la responsabilidad de alimentar ambos lados, y cuando cumple bien su trabajo, estas dicotomías desaparecen.

Entretejidas con la autonomía y la intimidad, extendiéndose hacia cada uno y reflejando la energía (la vitalidad) de sus interacciones, están las emociones. Las emociones representan las diferentes formas de energía específica que se mueven dentro de una mente o entre varias mentes dentro de las relaciones. La ira y la alegría, el miedo y el amor, la culpa y el entusiasmo son experiencias de aquí y ahora que dan vida al individuo y a las relaciones entre individuos. Sin emoción, el individuo y la relación estarían caracterizados por la inercia y la indiferencia. Las emociones aportan dirección, significado y propósito en el desarrollo del individuo y de la relación. Con ira, es más probable que estemos motivados a reparar un daño. Con la alegre experiencia de la naturaleza, es probable que estemos motivados a hacer un viaje al Gran Cañón. La tristeza, cuando se comparte, es probable que se reduzca. El placer, cuando se comparte, es probable que aumente. Nuestras emociones crean y reflejan los altibajos, los picos y valles de los viajes de nuestra vida. Y nuestras emociones, con lo «contagiosas» que son, invitan a los demás a unirse a nuestro viaje.

Este capítulo se centra más en la comunicación de las emociones que en las propias emociones. Mediante la comunicación de las emociones, creamos una apertura que hace que nuestra vida interior sea más clara para la otra persona. Cuando la emoción se expresa de manera no verbal, su tono afectivo de fondo se hace evidente. La expresión

no verbal del afecto transmite su intensidad, urgencia y sus características animadas. Cuando el otro resuena con esta expresión no verbal, correspondiéndola con un ritmo sincronizado y cierto grado de intensidad, las dos personas se mueven hacia la misma dirección. La sensación de ser profundamente comprendido por el otro, de sentirse «sentido» por el otro, se produce a través de esta correspondencia. Dan Stern (1985) llama «sintonización» a este proceso vivo. Colwyn Trevarthen (comunicación personal, 27 de mayo de 2008), se refiere al mismo estado afectivo conjunto como «sinritmia». Cuesta imaginar cómo desarrollar y mantener la intimidad emocional sin la presencia continua de estas *experiencias continuas de afecto compartido*. Estas experiencias están en el centro de la intersubjetividad, cuyo principal papel en la rica vida emocional de la familia se explora en este capítulo.

Sin embargo, con frecuencia, la familia se considera como el contexto en el que se produce gran parte del sufrimiento del ser humano. Dentro de la familia, la rabia, el terror, la desesperación, el remordimiento, la pena no resuelta y la pérdida se producen con demasiada frecuencia entre personas que se llaman mutuamente «familia». Este dolor humano suele estar generado por personas para las que la comunicación emocional resulta difícil y da demasiado miedo como para realizarla fácilmente. Esta comunicación (cuando se expresa de un modo reactivo) suele llevar a ataques hacia el otro y hacia uno mismo. Del mismo modo, esta comunicación (cuando se evita continuamente) suele llevar a un mayor aislamiento y una mayor soledad, más que a la intimidad emocional. Y, sin embargo, cuando estas comunicaciones emocionales son capaces de expresar experiencias centrales del yo permaneciendo al mismo tiempo abiertos a experiencias similares en otros miembros de la familia, es cuando la familia es capaz de potenciar mejor el desarrollo humano completo. En las familias que valoran la comunicación emocional abierta, los niños se nutren y prosperan, sus padres experimentan una satisfacción profunda, y juntos experimentan el significado y la alegría.

La intersubjetividad, mediante la cual los miembros de la familia se influyen mutuamente compartiendo sus experiencias emocionales, está en la base de la comunicación y las relaciones familiares satisfactorias. Más concretamente, la intersubjetividad se refiere al proceso interpersonal mediante el cual la experiencia subjetiva de un miembro de la díada o del grupo ejerce una influencia continua en la experiencia subjetiva del otro o los otros, y viceversa. Es inherentemente un proceso recíproco. Todos los miembros de la familia se ven influidos por la experiencia subjetiva de los demás, sin sacrificar la integridad ni la validez inherente de la experiencia de ninguno de ellos. Siendo conscientes de nuestra propia experiencia, también estamos abiertos a la experiencia de la otra persona. Las experiencias intersubjetivas no son autoritarias: no se basan en un poder asimétrico ni en un diferencial de poder. Dentro de las experiencias intersubjetivas, un miembro de la díada no domina al otro. La autoridad del progenitor no se basa en devaluar la experiencia del hijo. Para que la experiencia de una persona sea vista, comprendida y valorada, la otra persona no debe convertirse en un objeto carente de una experiencia subjetiva valiosa.

La intersubjetividad incluye tres componentes básicos: el afecto conjunto

(sintonización), la concienciación conjunta y las intenciones conjuntas (Trevarthen, 2001a; Stern, 1985, 2004). Las comunicaciones emocionales están en la base de la intersubjetividad. (Uso el término *afecto* para referirme a la energía de fondo de la experiencia, a lo que Dan Stern [1985] llama «afecto de vitalidad». La *emoción* se refiere a los «afectos categóricos» específicos de Stern [1985] como la ira, el entusiasmo, la alegría, el remordimiento). Las emociones que se asocian a los acontecimientos de nuestra vida son fundamentales para organizar nuestras experiencias de esos acontecimientos e integrarlos en nuestra narrativa. Comunicar las emociones (junto con los pensamientos, intenciones y otras cualidades de nuestra vida interior) asociadas con estos acontecimientos con una figura de apego suele facilitar esta integración.

Las emociones suelen ser el centro de estas comunicaciones porque suelen ser más difíciles de aceptar. Son susceptibles de ejercer estrés en la relación, como unos imanes que atraen el conflicto y una actitud a la defensiva. Sin embargo, cuando somos capaces de compartir satisfactoriamente nuestra experiencia emocional con una persona de confianza, podemos regular mejor estas emociones porque ahora estamos experimentando al otro como si hubiera estado con nosotros en el acontecimiento. Entonces, podemos reflexionar mejor en la experiencia y comprenderla.

Las experiencias intersubjetivas que tienen el mayor potencial de facilitar el desarrollo de los miembros de la familia se caracterizan por una aceptación incondicional de la experiencia del otro. Dentro del ambiente creado por la aceptación, los miembros de la familia sienten una profunda curiosidad por las experiencias de los demás, y logran conocer su vida interior, y resuenan con la experiencia de los otros miembros con un tono de ligereza y empatía. Su curiosidad mutua no pretende controlar al otro, sino más bien conocerle y, en el mejor de los casos, amarle más.

Dentro del contexto de unas comunicaciones emocionales directas, abiertas y recíprocas, es muy probable que los niños desarrollen un apego seguro con sus padres. A través de la seguridad inherente en este tipo de apego, los niños son capaces de empezar a explorar quiénes son ellos, sus padres y el mundo. Con la seguridad del apego, es muy probable que sean capaces de regular, identificar y expresar todo el abanico de sus experiencias emocionales. Al mismo tiempo, es muy probable que sean capaces de reflexionar sobre esas experiencias para que «tengan sentido» en el contexto de su vida. Con el tiempo, con el desarrollo continuo del funcionamiento emocional y reflexivo, son capaces de organizar el viaje de su vida (su narración autobiográfica) de un modo coherente y global. Los nuevos acontecimientos no deben negarse ni distorsionarse para integrarlos en su narrativa. Los niños que desarrollan esta seguridad de apego suelen convertirse en adultos que manifiestan esta narrativa coherente. De este modo, el proceso interpersonal óptimo se entreteje con el proceso intrapersonal óptimo.

Dentro del contexto de las comunicaciones emocionales, el significado del acontecimiento se vuelve más organizado, la narración autobiográfica se vuelve más coherente y la experiencia de la intimidad aporta seguridad, alegría y descubrimiento a nuestra vida. Este capítulo pretende resumir este proceso de desarrollo y explorar

brevemente cómo puede utilizar el terapeuta familiar las comunicaciones intersubjetivas que se producen dentro de la sesión para aprovechar el poder de las emociones para facilitar las transformaciones tanto dentro del individuo como de la familia.

Nuestro conocimiento sobre el mundo se desarrolla progresivamente a través de la experiencia vivida de acontecimientos junto con la capacidad de reflexionar sobre esas experiencias. Al reflexionar, somos más capaces de describir el acontecimiento, percibir otros acontecimientos con los que suele asociarse un acontecimiento, y comprender los patrones de causa-efecto en la secuencia de acontecimientos. Nuestro conocimiento pasa de lo concreto a lo general y viceversa. Logramos comprender cualidades del acontecimiento que son únicas en él, y cualidades que son comunes a otros acontecimientos. Para ser efectivo, el clínico debe poder percibir lo que es único en el cliente y qué características son comunes en otros individuos y familias en situaciones similares. Para ser efectivo, el investigador debe percibir qué es común entre los acontecimientos así como el modo en el que una característica es crucial para causar la secuencia de patrones que se está produciendo. El clínico y el investigador tienen un conocimiento complementario que les permite comprender mejor los patrones que ocurren dentro del individuo y dentro de individuos y grupos similares.

Este conocimiento complementario es incluso más crucial cuando el sujeto de nuestro conocimiento incluye la experiencia vivida de los miembros de la familia que realizan interacciones continuas no lineales entre sí. Las secuencias únicas que ocurren deben comprenderse bien si queremos que se produzcan las intervenciones más adecuadas y únicas para guiar del mejor modo posible esas secuencias. Asimismo, las cualidades universales de la experiencia intersubjetiva también deben comprenderse si los clínicos quieren ser capaces de identificar las características de la experiencia que faltan y que son esenciales en los patrones inadaptativos que se producen dentro de la familia. Los hallazgos del desarrollo infantil y la neurociencia se unirán a las experiencias de los clínicos en el desarrollo de sus intervenciones empíricas. Los hallazgos de los clínicos se unirán con las hipótesis de los investigadores en el desarrollo de sus intervenciones experimentales.

## Impacto de la experiencia intersubjetiva en el desarrollo

Colwyn Trevarthen (2001a) y Daniel Stern (2000) han contribuido sustancialmente a nuestro conocimiento sobre el papel de la experiencia intersubjetiva en el desarrollo del ser humano. Sus teorías y estudios, a su vez, han sido convincentemente corroborados por los hallazgos derivados de la investigación neurológica (por ejemplo, Schore, 2003b; Siegel, 1999). Trevarthen, Stern y otros han propuesto que el desarrollo se ve muy facilitado cuando las expresiones emocionales y conductuales del bebé son percibidas y reciben una respuesta sensible con expresiones contingentes por parte de su cuidador). Las expresiones del cuidador también se ven reforzadas y facilitadas por las respuestas contingentes del bebé. La calidad recíproca de estas interacciones permite al bebé desarrollar una sensación de agencia mediante su influencia sobre el cuidador y empezar a comprender sus propias expresiones experimentando cómo experimenta el cuidador estas expresiones. Logra organizar su experiencia del yo y del otro experimentando la experiencia del cuidador con respecto a los dos. Cuando el cuidador experimenta interés, alegría, amor y deleite mientras interactúa con el bebé, el bebé a su vez se experimenta a sí mismo como un ser interesante, alegre, susceptible de ser amado y encantador. Cuando el cuidador experimenta molestia, repugnancia y aburrimiento mientras interactúa con el bebé, el bebé a su vez se experimentará a sí mismo como una molestia, repugnante y aburrido.

Por consiguiente, los estados afectivos fluidos y rítmicos del bebé se organizan cada vez más, en parte, en experiencias emocionales específicas del yo. Estas emociones emergentes relacionadas con aspectos del yo (por ejemplo, encantador o repugnante, valiente o asustado) se forman a menudo dentro de las plantillas generadas por las experiencias emocionales de los padres con respecto a esos estados del yo. Estos estados emocionales del bebé se desarrollan dentro de experiencias intersubjetivas y tienen una cualidad *receptiva* central: las experiencias emocionales emergentes del bebé se organizan en torno de la experiencia emocional de los padres con respecto a él. Para un desarrollo emocional óptimo, el individuo debe ser capaz de modificar activamente y asimilar estas emociones receptivas e intersubjetivas. Cuando los niños maduran, son más capaces de hacerlo, especialmente cuando sus padres transmiten su experiencia emocional relacionada con ellos valorando su autonomía. Esto es probable que suceda cuando la postura intersubjetiva de los padres está caracterizada por la alegría, la aceptación, la curiosidad y la empatía.

Estos patrones emocionales emergentes se ven fácilmente dentro del «baile» progenitor-bebé cuando ambos miembros de la díada participan en una interacción afectivamente rica caracterizada por mucho contacto visual recíproco, unas expresiones faciales y una prosodia en la voz que encajan, con movimientos y gestos congruentes. Los ritmos y la intensidad de estas elaboradas comunicaciones no verbales también coinciden. Estos patrones permanecen presentes y se vuelven incluso más elaborados y sofisticados cuando los bebés tienen 2 o 3 años, luego 8 años y después en la adolescencia. Los niños siguen estando muy influidos por la experiencia emocional de sus

padres con respecto a las expresiones afectivas de su propia vida interior. Los padres suelen dar significado a esas expresiones, y esos significados influyen, para lo bueno y para lo malo, en los significados que los niños atribuyen a las expresiones de su propia vida interior. De forma recíproca, los niños dan significado a las expresiones de sus padres, y este significado influye en la experiencia emocional de sus padres relativa a su propio funcionamiento como padres.

Las comunicaciones intersubjetivas incluyen expresiones no verbales y (con frecuencia) verbales, que revelan los estados afectivo, reflexivo e intencional del individuo. Cuando hay congruencia entre las expresiones no verbales y verbales, suele haber claridad con respecto a la vida interior (pensamientos, emociones, deseos, intenciones, percepciones) de las personas que se comunican. Cuando las expresiones no verbales difieren de lo que se está expresando verbalmente, sin embargo, existe un gran riesgo de que haya una mala comunicación y unas suposiciones erróneas con respecto a la vida interior de los participantes. Estas situaciones son el contexto en el que se originan muchos conflictos familiares.

Las experiencias entre los progenitores y sus hijos se describen como *intersubjetivas* porque se refieren a cómo influye la experiencia subjetiva de un acontecimiento por parte de un miembro en la experiencia subjetiva de ese acontecimiento por parte del otro miembro. Si el «acontecimiento» (por ejemplo, un movimiento eufórico con el brazo y una expresión sincronizada por parte del bebé) es experimentado por el progenitor como revelador de las iniciativas e intereses saludables del bebé, entonces es probable que el bebé experimente ese aspecto de su yo en desarrollo como algo que disfrutar e incluso que fomentar. Sin embargo, si el progenitor experimenta el mismo acontecimiento como una actitud caprichosa y egoísta, entonces es probable que el bebé experimente ese aspecto de su yo en desarrollo como algo que debe inhibir, ocultar al padre y repudiar en sí mismo. Finalmente, si el mismo acontecimiento no es percibido por el progenitor, es menos probable que el bebé se perciba a sí mismo actuando de esa manera (ver el concepto de John Bowlby [1980] de «exclusión defensiva»). La misma influencia ocurre en las experiencias intersubjetivas a lo largo de la vida. Mantener una apertura ante las emociones receptivas que emergen desde dentro de la intersubjetividad crea tanto la alegría profunda como los conflictos intensos inherentes en nuestras relaciones de apego.

Dentro de la intersubjetividad, los participantes tienen cierto grado de conocimiento de su propia experiencia así como de la experiencia del otro. Al expresar su propia experiencia, son inmediatamente conscientes del impacto de su experiencia sobre el otro, y permiten que su experiencia y su expresión cambien para adaptarse mejor a este impacto percibido. Su intención es comunicarse con el otro, profundizar en el conocimiento mutuo o resolver un conflicto, no que el otro se someta a su experiencia. En pocas palabras, las intenciones son congruentes; hay similitud en el propósito de sus interacciones. Las tres cosas (afecto, cognición e intención) están en sincronía. Cuando las personas interactúan así, es probable que cada una funcione dentro del «estado básico» descrito por Fosha: «El estado básico está marcado por un enfoque y una concentración sin esfuerzo, por la comodidad y la relajación, una sensación subjetiva de

claridad, pureza, incluso verdad, y a menudo una elocuencia destacable» (2000, p. 142). La misma experiencia subjetiva es probable que esté presente en el proceso de incorporación del sistema de interacción social (ver Porges, capítulo 2 de este libro).

Cuando hablamos de las experiencias intersubjetivas, a menudo incluimos una descripción de momentos en los que el progenitor y el bebé están «absorbidos» uno con el otro. Son los momentos en los que se miran profundamente a los ojos y el tiempo parece detenerse, y ninguno parece ser consciente de nada más aparte del otro. Estos momentos de absorción suelen ocurrir menos frecuentemente cuando el niño se desarrolla. Pero cuando ocurren, se refuerza de nuevo el apego. La empatía se profundiza con el conocimiento de la vida interior del otro. La aceptación (sin juicios) impregna la relación, y cada uno está de nuevo más abierto a ser influido por el otro. Ambos se sienten suficientemente seguros para estar abiertos a la expresión emocional de la experiencia del otro, y el impacto intersubjetivo sobre ambos vuelve a reforzarse. Cada uno vuelve a confiar en las intenciones del otro que subyacen tras los comportamientos, incluso aquellos comportamientos que generan conflictos. Durante estos *momentos de absorción*, los individuos y la relación se transforman.

Existe un ciclo maravilloso dentro de la experiencia intersubjetiva que empieza cuando la expresión emocional de un acontecimiento por parte de un miembro de la diada es recibida por el otro con una actitud de aceptación, curiosidad y empatía. Cuando la expresión emocional se recibe con esta actitud, la experiencia de ambos (es decir, conocer y ser conocido) es única y rica. Ambos quedan absortos con la experiencia. La expresión emocional original y su recepción por parte del otro se transforman ahora en una experiencia emocional conjunta de interacción profunda que, a su vez, puede ser transformadora para ambos. Cada uno conoce al otro de un modo más profundo, mientras que cada uno es conocido de igual modo por el otro. Ambos quedan absortos en su momento actual compartido. En resumidas cuentas, las expresiones emocionales originales actúan como puentes hacia los mundos de cada uno. La experiencia emergente de absorción emocional actúa como experiencia transformadora para ambos dentro de su nuevo mundo recientemente compartido.

Toda experiencia implica un componente afectivo que puede ser desde muy leve a muy extremo, y desde positivo a negativo. Los niños (y sus padres) suelen experimentar los acontecimientos con una respuesta específica que incluye emociones como la alegría o el entusiasmo, la ira o el miedo, el orgullo o la vergüenza. Cuando estas emociones se vuelven intensas, el individuo corre el riesgo de experimentar una emoción desregulada que puede expresarse en arrebatos impulsivos, comportamientos hiperactivos difusos, acciones asustadizas, retraídas o repetitivas o estados pasivos y disociativos. Cuando los niños tienen una relación con sus padres caracterizada por la seguridad del apego, es mucho más probable que sean capaces de regular sus propios estados emocionales intensos (Sroufe, Egeland, Carson y Collins, 2005). Como expresan su experiencia a sus padres, el estado emocional de los padres permanece regulado, lo cual permite a los hijos regular su propia emoción. Los estados emocionales de los padres corregulan las emociones de sus hijos. Cuando estas experiencias intersubjetivas ocurren con suficiente



frecuencia, los niños son capaces gradualmente de autorregular estados emocionales similares cuando los padres no están presentes.

Sin embargo, si los padres responden a los estados emocionales intensos de los hijos con rechazo, ridículo o indiferencia, entonces los hijos corren el riesgo de tener incluso mayores dificultades en regular sus estados emocionales. Si los estados emocionales de los hijos hacen que sus padres se desregulen emocionalmente provocando miedo, vergüenza o incluso rabia, entonces los hijos corren un mayor riesgo de no poder desarrollar las aptitudes de autorregulación; son niños que con frecuencia muestran comportamientos reactivos impulsivos y emocionalmente volátiles o una disociación generalizada en respuesta a eventos asociados con un gran abanico de emociones. En estas familias, la comunicación emocional conduce a una desregulación de la emoción o hace que los miembros de la familia eviten temas emocionales para evitar dicha desregulación.

Cuando la regulación emocional no se desarrolla bien, la persona suele verse obligada a defenderse contra ciertas experiencias de acontecimientos susceptibles de causar unas emociones específicas. La experiencia subjetiva de una emoción incluye componentes afectivos, cognitivos, intencionales y perceptuales entremezclados. Cuando un aspecto de la experiencia emocional es difícil de integrar en la experiencia del acontecimiento, la experiencia en sí se organiza mal y a menudo no se puede integrar en la narrativa de la persona de forma coherente. Por lo tanto, las emociones asociadas con esos acontecimientos se vuelven desreguladoras y conducen a menudo a reacciones disociativas o impulsivas, o se evitan rígidamente. Así, acontecimientos importantes en la vida de la persona se pueden convertir en detonantes de estas reacciones. La vida familiar se convierte en un lugar de amenaza y desorganización, no de seguridad y exploración abierta de uno mismo y del otro.

Dentro de las familias caracterizadas por la seguridad del apego, los padres son capaces de proporcionar la seguridad necesaria para que el niño empiece a autorregular toda la gama de estados afectivos, incluyendo aquellos que incluyen emociones muy intensas. El progenitor recibe las comunicaciones emocionales del hijo como una oportunidad de comprender mejor la vida interior de su hijo. Con la aceptación de la emoción, el niño es capaz de experimentar el acontecimiento más profundamente, a un nivel intersubjetivo. El niño puede así cocrear el significado del acontecimiento con la participación activa de la mente reflexiva y el corazón afectivo del progenitor que está con él en el acontecimiento. El significado del acontecimiento mientras emerge también es aceptado por el progenitor, y luego por el niño.

El impacto continuo y evolutivo de la comunicación en ambos permite a los participantes conocer mejor y tener más empatía hacia cómo cada uno está experimentando el acontecimiento. Cuando la expresión de las emociones impide la apertura a la emoción del otro es cuando estas «comunicaciones» emocionales llevan a conflictos que causan la desregulación, o a separaciones que causan un retraimiento evitativo en lugar de reflexión.

Por consiguiente, dentro del contexto intersubjetivo, los padres pueden expresar ira

ante el comportamiento del hijo, pero su *intención* es comunicar el impacto que ese comportamiento ha tenido en ellos para profundizar la comprensión recíproca y facilitar la reparación de la relación. Su intención no es forzar la obediencia ni usar a su hijo como objeto para liberar su ira.

Cuando la comunicación carece de intersubjetividad, el otro es un «objeto» y la intención de cada persona es cambiar el «objeto» para que experimente el acontecimiento del mismo modo que uno mismo. La intención es «controlar» la vida interior del otro y forzar la conformidad con la vida interior de uno. En estas situaciones, no existe comunicación, ya que la experiencia subjetiva de cada uno no se reconoce, se comprende ni se valora. Las diferencias de pensamientos, emociones y motivos no se ven como signos de individuación saludable sino como signos de potenciales problemas y valores defectuosos. En estas situaciones, el dominio y el control resultan atractivos.

En las familias caracterizadas por la seguridad del apego, los padres aceptan que la vida interior de sus hijos refleje un yo emergente que debe ser aceptado, acogido y cuidado, no controlado. Cuando el control es necesario (por ejemplo, cuando el hijo está a punto de pegar con un palo al hijo del vecino), los padres restringen sus expectativas y el establecimiento de límites al propio comportamiento y no a los pensamientos, sensaciones y motivos que llevaron a ese comportamiento. Tras limitar el comportamiento, estos padres muestran interés por las emociones, los pensamientos y las intenciones que han conducido a ese comportamiento mediante una actitud de aceptación, curiosidad y empatía. Cuando los niños experimentan esta actitud, es más probable que compartan su vida interior y que estén receptivos a permitir que la experiencia de sus padres influya en su propia experiencia, y posiblemente en su futuro comportamiento también.

Cuando los padres intentan controlar y forzar cambios en la vida interior de sus hijos, el mensaje es que el «yo» del niño es deficiente. Cuando los niños experimentan ese mensaje, es muy probable que también experimenten vergüenza, miedo, tristeza e ira. Además, es probable que esas emociones causen una respuesta defensiva mediante la cual los niños protegen su vida interior de sus padres, están menos abiertos a nuevas experiencias y están menos dispuestos a compartir su vida interior con ellos en el futuro. Si esta secuencia conduce a los hijos a adoptar una postura más reservada sobre lo que piensan, sienten e intentan hacer, entonces los padres influirán menos en el desarrollo de su vida interior. Subsiguientemente, los hijos podrán aprovechar menos las experiencias más amplias y la orientación afectuosa de sus padres y su vida interior sufrirá por esta carencia.

Por consiguiente, la comunicación emocional, cuando existe en una postura intersubjetiva caracterizada por la aceptación, la curiosidad y la empatía, promueve una mayor comprensión y empatía hacia la experiencia de uno mismo y del otro, y facilita la mayor concienciación emocional, la regulación y la expresión integrada dentro de cada miembro de la díada. Cada miembro es expresivo sobre sí mismo y receptivo sobre el otro al mismo tiempo. Cuando existe una comunicación emocional desde una postura crítica, cerrada y defensiva, suele llevar a una mayor desregulación emocional, a una

falta de mejora del funcionamiento reflexivo y a un mayor conflicto que queda sin resolver. Dentro del contexto intersubjetivo, la comunicación emocional facilita una mayor coherencia del yo y de la intimidad emocional de la relación.

# Terapia familiar

Aportar claridad y una postura intersubjetiva a las comunicaciones emocionales desreguladas entre los miembros de la familia es una tarea básica del terapeuta familiar. El terapeuta explica y muestra que la experiencia subjetiva de cada miembro de la familia debe ser aceptada (sin juzgarla) tanto cognitivamente (mediante una curiosidad abierta y reflexiva) como emocionalmente (con empatía). Centrándose en esas expresiones emocionales, el terapeuta puede empezar el proceso de facilitar las comunicaciones emocionales para que se conviertan en una forma más efectiva de aumentar la seguridad de la familia y la comprensión recíproca, así como de reparar los conflictos y malentendidos que se produzcan. Al hacerlo, la confusión a menudo asociada con las comunicaciones emocionales se reduce y la invalidación de la experiencia que suele asociarse con esta confusión se evita (Hughes, 2004, 2006, 2007, 2009).

El terapeuta familiar centrado en el apego explora profundamente las *experiencias afectivas-reflexivas e intencionales* de cada miembro de la familia y muestra, mediante sus propias comunicaciones afectivas-reflexivas e intencionales, que las experiencias creativas y autónomas del individuo dentro de la familia se pueden celebrar y mantener y, al mismo tiempo, celebrar el entorno colaborativo, nutritivo, seguro e íntimo en el que los miembros de la familia pueden prosperar. El terapeuta familiar nunca pierde de vista la realidad de que la fuerza emocional de la familia está formada por las fuerzas únicas y autónomas de cada miembro. Tampoco pierde de vista la realidad de que la familia es más fuerte cuando cada miembro se siente suficientemente seguro como para expresar sus fortalezas y vulnerabilidades.

## *Características de la terapia familiar*

La terapia familiar centrada en el apego tiene las siguientes características:

**1. Interacción intersubjetiva.** Los terapeutas familiares centrados en el apego experimentan a cada miembro de la familia positivamente y comunican abiertamente su experiencia (verbal y no verbalmente). La experiencia del terapeuta de los miembros de la familia permite a esos individuos, a su vez, experimentarse a sí mismos de otro modo. Los terapeutas no son ambiguos a la hora de expresar su experiencia y no adoptan una «postura neutral». Son capaces de experimentar a cada miembro de la familia positivamente aunque los padres y los hijos estén bastante enfadados entre sí. Los miembros de la familia experimentan una mayor seguridad, y cada uno se experimenta a sí mismo más positivamente. La experiencia más positiva del terapeuta con respecto a cada miembro de la familia les permite ver a los demás con una mirada más positiva y (si se sienten seguros) reexperimentar a los demás.

A veces, las acciones de un miembro de la familia pueden provocar una respuesta de afecto negativo en el terapeuta. En este momento, es poco probable que comparta esta respuesta con el cliente. En lugar de eso, es probable que el terapeuta explore el comentario del cliente más profundamente. A menudo, el malestar del terapeuta en

respuesta a un comentario del cliente indica que el terapeuta debe comprender la vida interior del cliente (sus pensamientos, sensaciones e intenciones) de forma más completa mediante una mayor curiosidad para poder experimentar empatía y una mejor comprensión hacia su comportamiento.

La experiencia positiva del terapeuta con respecto a los clientes no se basa en una percepción selectiva que obvia intencionadamente cualquier comportamiento personal desafiante. Más bien se basa en una persistencia amable pero firme de comprender qué subyace tras los comportamientos de los clientes y qué genera sus expresiones. Al hacerlo, es probable que el terapeuta descubra que cada miembro de la familia está haciendo todo lo que puede. El terapeuta también descubrirá que está atendiendo profundamente a cada persona única, con todas sus fortalezas y vulnerabilidades, dentro de cada familia única.

El terapeuta también se ve afectado por lo intersubjetivo. La experiencia de los padres y de los hijos con respecto a él afecta a su experiencia como terapeuta (y, en ocasiones, como persona). Entonces, los progenitores y los hijos ven cómo *su* experiencia del terapeuta les afecta, lo cual cambia a su vez su experiencia de sí mismos. Y así sucesivamente. El terapeuta establece el tono de la calidad de la resonancia del diálogo participando en el contexto intersubjetivo con una actitud receptiva y abierta caracterizada por la *alegría, la aceptación, la curiosidad y la empatía* (PACE por sus siglas en inglés).

**2. Diálogo afectivo-reflexivo (A-R).** Cuando las comunicaciones son más transformadoras, el componente afectivo (la energía y el contenido emocional del mensaje) se entremezcla con una calidad reflexiva. El *componente afectivo* de las comunicaciones del terapeuta permite a los receptores experimentar el mensaje de forma segura, y la experiencia de la seguridad permite a los receptores estar más receptivos ante lo que se está diciendo. Éste es el tono afectivo no verbal de fondo (el afecto de vitalidad) que transmite la *intención* del terapeuta sobre el acontecimiento que se está explorando *mientras, al mismo tiempo*, comunica su profundo interés y comprensión de la experiencia del otro con respecto a ese evento. Los pensamientos del terapeuta suelen dirigirse hacia los significados más profundos del acontecimiento (las intenciones que pueden subyacer tras el comportamiento, así como las intenciones que subyacen tras las intenciones superficiales; por ejemplo, se llevó el dinero para hacer enfadar a su madre para confirmar su creencia de que ella no le quiere). Las experiencias se comprenden y se valoran para propiciar la resolución del conflicto. La intención terapéutica es llegar a una comprensión mutua y a una resolución, no dominar ni intimidar al otro. Los terapeutas se esfuerzan en mantener la mente abierta ante la experiencia del otro comunicando, al mismo tiempo, su propia experiencia.

Los terapeutas deben mantener su mente abierta para percibir las experiencias de los miembros de la familia cuando los terapeutas comunican su experiencia sobre cada miembro de la familia en el diálogo. Si existe algún déficit en el diálogo A-R, los terapeutas deben señalarlo para asegurarse de que el diálogo conserva su naturaleza intersubjetiva. Para hacerlo, los terapeutas también deben estar presentes

intersubjetivamente, con un afecto, una cognición y unas intenciones conjuntas.

A continuación encontrará un ejemplo del papel activo del terapeuta a la hora de facilitar un diálogo A-R fluido. En este ejemplo, el terapeuta trabaja para ayudar a un niño a «entender» su experiencia de ira hacia su madre, asegurándose también de que su madre esté abierta a la experiencia de su hijo mientras emerge. A menudo, al inicio de secuencias de este tipo, las comunicaciones de los hijos o de los padres se caracterizan por una intensidad que sugiere una intensa ira o aflicción. Los padres y los hijos están centrados en sus propias emociones inmediatas y pensamientos asociados y no están receptivos al contexto subjetivo de su propia experiencia o de la experiencia del otro. *El terapeuta hace encajar la vitalidad de esas expresiones y, al hacerlo, suele generar el impulso y la reciprocidad del diálogo necesarios.* A medida que el ritmo del diálogo mueve a los participantes hacia la experiencia del otro, el terapeuta se centra en ir por debajo de la superficie para descubrir pensamientos, sensaciones, intenciones propias o las intenciones percibidas del otro que son cruciales para la experiencia. Al hacerlo, el terapeuta está facilitando una exploración de la experiencia de un miembro, y luego se centra en generar un diálogo abierto entre los padres y los hijos sobre sus experiencias conjuntas. En este nivel de exploración, no hay nada «correcto» o «incorrecto». Esta postura que no juzga permite a los miembros de la familia compartir experiencias subjetivas sin ataques impulsivos hacia el otro ni esfuerzos defensivos para protegerse. El terapeuta facilita una expresión emocional que comunica por completo la vida interior de los miembros sin sacrificar la vida interior de ninguno de ellos.

HIJO (Dave, 10 años): ¡Nunca me deja hacer nada!

TERAPEUTA (Arthur): ¿Nunca? ¡Nunca! ¡Vaya! Si ésta es la impresión que tú tienes, no me extraña que te enfades.

HIJO: Nunca me deja.

TERAPEUTA: Ya veo, Dave. Parece que nunca te deja hacer nada. ¿Por qué debe de ser eso, Dave? ¿Por qué nunca te deja hacer nada?

HIJO: No lo sé, pregúntele a ella.

TERAPEUTA: Me interesa la experiencia de tu madre, Dave. Pero primero quiero saber qué opinas tú. Si nunca te deja hacer lo que quieres... ¿por qué debe de ser?

HIJO: Porque no le importa nada lo que yo quiero.

TERAPEUTA: Piensas que no le importa nada lo que tú quieres.

HIJO: No, no le importa.

TERAPEUTA: ¡Vaya! Si éste es su motivo para no dejarte hacer nada, que no le importa lo que tú quieres hacer, que lo que tú quieres no es importante para ella..., ¿entiendo por qué te enfadas!

HIJO: Sí, me enfado.

TERAPEUTA: Espera, Dave. ¿Se lo has dicho alguna vez, que crees que a ella no le importa lo que es importante para ti?

HIJO: No es que lo crea, es que es así.

TERAPEUTA: Entonces... ¿puedes leer su mente? ¿O te ha dicho ella que lo que es importante para ti no lo es para ella..., que lo que es importante para ti a ella no le

importa?

HIJO: ¡Sí que me lo ha dicho!

TERAPEUTA: ¿Qué ha dicho?

HIJO: Que no podía quedar con mi amigo.

TERAPEUTA: Esto te está diciendo lo que ella no quería que hicieras entonces, Dave. Esto no significa que no le importe que para ti sea importante ver a tu amigo.

HIJO: ¿Y?

TERAPEUTA: Pues que estás suponiendo la razón por la que te dice que no, Dave. ¿Por qué no le dices por qué crees tú que te dice que no?

HIJO: ¿Cómo?

TERAPEUTA: Dile: «Mamá, a veces creo que me dices que no porque simplemente no te importa nada lo que es importante para mí».

HIJO: ¿Por qué?

TERAPEUTA: Porque quiero saber si ella dice que tu suposición es correcta. Y creo que también será bueno para ti que sepas qué piensa ella al respecto.

HIJO: (*A su madre, con un tono de voz similar al del terapeuta*). A veces creo que no te importa que algo sea importante para mí. Simplemente, no te importa.

MADRE (Linda): Dave, siento que pienses que ésta es la razón por la que a veces te digo que no. Entiendo que te enfades tanto conmigo si piensas que te digo que no porque no me importa que algo sea importante para ti.

HIJO: Esto es lo que me parece a mí.

MADRE: Lo siento, Dave. Debo dejar más claras mis razones, pues. Claro que me importa lo que es importante para ti. Cuando lo pienso, quiero dejarte hacerlo, pero en mi opinión siempre que te digo que no es porque hay una buena razón.

HIJO: Entonces, ¿por qué me dices que no?

MADRE: Puede haber diferentes razones. A veces pienso que haces demasiadas cosas y que debes pasar más tiempo en casa... o quiero que hagas algo antes. Pero me siento muy mal cuando sé que realmente quieres hacer algo y yo te digo que no. No me gusta decírtelo cuando es algo muy importante para ti. Me siento feliz por dentro cuando te veo contento con algo.

HIJO: Ya lo sé, mamá.

MADRE: Creo que me estás diciendo a mí y a Arthur que a veces no lo sabes. No estás seguro de si me preocupa lo que quieres (y cuánto) cuando tomo mis decisiones. Gracias por decírnoslo, Dave. Gracias por ayudarme a quizás hacerlo mejor la próxima vez. Estoy contenta de que hayas sido sincero con esto. Tus palabras me han ayudado mucho.

HIJO. Vale, mamá. Sé que te importa.

MADRE: Estoy contenta de que lo sepas. Realmente me importa *mucho*. Las respuestas de Linda expresaban una gran empatía y comprensión hacia la vida interior de su hijo. El terapeuta había hecho algunas sesiones con Linda y su marido antes de que Dave participara en ellas para que Linda fuera más consciente del valor de estas comunicaciones e incluso para orientarla en su elección de las palabras.

**3. Reparación interactiva y su inicio.** Cuando una familia acude a terapia debido a dificultades importantes con la comunicación emocional, es posible que se produzcan varios ejemplos de estas dificultades a lo largo de las sesiones de tratamiento. A menudo estas dificultades son debidas, básicamente, al desconocimiento de los miembros de la familia sobre cómo lograr una reparación interactiva. Cuando un miembro de la familia interpreta que los comportamientos ponen en riesgo la relación con otro miembro de la familia o que disminuyen el valor de otro miembro, esos comportamientos suelen provocar una ira intensa o el retraimiento en el otro, y nada de esto conduce hacia la reparación de la relación. El terapeuta debe tomar la iniciativa para facilitar tanto la reparación de la relación tensa mediante el diálogo inmediato como la capacidad de los miembros de la familia de realizar esta reparación de la relación en casa.

El terapeuta trabaja desde la hipótesis de que los pasos iniciales hacia la reparación de la relación son responsabilidad del progenitor, no del hijo, independientemente de la naturaleza del conflicto que haya llevado a la ruptura de la relación. El progenitor actúa como figura de apego para el hijo, y no al revés. Al iniciar la reparación, el progenitor está comunicando al hijo que la relación es más importante que los conflictos o los comportamientos concretos. El progenitor también le está comunicando que tiene las capacidades y el compromiso de mantener la continuidad de la relación bajo cualquier circunstancia que pueda surgir. Algunas de estas capacidades pueden reforzarse con la modelización del terapeuta, usando el PACE, sobre cómo manejar las diferencias o las incoherencias evidentes en cualquier ámbito de la relación padre-hijo o en las comunicaciones emergentes en la propia sesión de tratamiento.

*El terapeuta facilita la reparación experimentando las rupturas intersubjetivas en el diálogo y luego abordando esas rupturas.* El terapeuta acepta la ruptura sin juzgar que esté «mal» ni buscando culpar a alguien, sino explorando las razones de ésta ayudando a los miembros de la familia a ser conscientes de las diferencias en su forma de experimentar la conversación inmediata o del acontecimiento del pasado del que se trate. El terapeuta puede facilitar un diálogo A-R sobre el segmento de la conversación anterior que haya causado la ruptura intersubjetiva. O puede centrarse en la dificultad de los miembros de la familia con la reparación interactiva y explorar las razones de tales dificultades o mantener un diálogo A-R cuando se expresen experiencias variadas.

Cuando la «comunicación emocional» se caracteriza por una ira creciente seguida por un retraimiento, su valor es mínimo y, muy probablemente, se habrá causado algún daño a la continuidad de la relación. En el tratamiento individual, donde la expresión de la emoción funciona para transmitir de manera más completa y clara aspectos de la vida interior del cliente tanto al cliente como al terapeuta, el impacto de estas expresiones en la persona de quien se habla (y que no está presente) no se debe tener en cuenta (al menos no en ese momento). Sin embargo, en la terapia familiar, la expresión de la emoción sirve para comunicar la vida interior y para influir en el otro que sí que está presente en la sesión. Por lo tanto, la necesidad de facilitar una comunicación recíproca de las emociones no se debe olvidar. Cualquier valor positivo de una expresión emocional se puede perder rápidamente si tiene un impacto negativo en la capacidad de dos personas



de restablecer una conexión emocional.

A continuación figura un ejemplo de un terapeuta abordando la falta de reparación en un conflicto entre un padre, John, y su hijo de catorce años, Robert. El terapeuta debe ser prudente y evitar (1) quedar incrustado en el contenido del conflicto y convertirse en el «juez» que dictamina «quién tiene la razón» y (2) embarcarse en estrategias de resolución de problemas. Cuando un conflicto no va seguido por una reparación de la relación, la primera prioridad del terapeuta suele ser facilitar esa reparación necesaria y luego centrarse en si esta falta de reparación es un patrón que suele perjudicar a la relación. *Ser consciente de la necesidad de reparación, de la responsabilidad de los padres de iniciarla, y de las aptitudes necesarias para tener éxito es mucho más importante que el conflicto en cuestión.*

HIJO (Robert, 15 años): *(Al terapeuta)*. No sé por qué no me deja. ¡Es mi dinero!

PADRE (John): ¿Cuántas veces tengo que decírtelo? ¡Ya sabes por qué!

HIJO: ¡No tienes ni idea!

PADRE: Sigue hablándome así y no harás más que empeorar las cosas.

HIJO: ¡Y qué!

TERAPEUTA: Ambos están mostrando toda su ira hacia el otro. Cuando esto sucede en casa, ¿hacia dónde les lleva?

PADRE: Generalmente nos separamos y nos calmamos. Prolongarlo sólo suele empeorarlo.

TERAPEUTA: ¿Y después de calmarse?

PADRE: Generalmente lo dejamos estar.

TERAPEUTA: ¿Por qué?

PADRE: Si alguno de nosotros vuelve a sacar el tema, suele provocar una nueva discusión airada.

TERAPEUTA: ¿Algún problema con este enfoque?

PADRE: No sé. Quizás uno de los dos no lo deja realmente estar... y vuelve a salir después.

TERAPEUTA: Y supongo que durante cierto tiempo no se sienten precisamente muy unidos. Y quizás luego usted evita el tema, porque casi siempre causa ira y luego distanciamiento entre ambos, y los dos terminan tensos y aislados.

PADRE: Siempre ha sido así. Pero luego lo superamos.

TERAPEUTA: Sí, al final. ¿Y si intentáramos encontrar otra manera, con menos ira, tensión y aislamiento?

PADRE: OK.

TERAPEUTA: ¿Robert?

HIJO: Supongo.

TERAPEUTA: Empecemos con usted, John. Ayúdeme a entender de dónde le salió la ira cuando Robert le preguntó de nuevo sobre la compra del ordenador.

PADRE: ¿Cuántas veces tengo que decírselo?

TERAPEUTA: Noto que se vuelve a enfadar. ¿Es esto lo que sucede en casa? ¿La ira aparece de nuevo?

PADRE: Sí.

TERAPEUTA: Tengo que entenderlo más profundamente, John. ¿Por qué se enfada cuando su hijo le pregunta varias veces lo mismo?

PADRE: Porque no acepta mi decisión.

TERAPEUTA: ¿Y qué significa esto para usted?

PADRE: Significa que quiere salirse con la suya.

TERAPEUTA: Y querer salirse con la suya, ¿significa algo con respecto a su relación con usted?

PADRE: Significa que no acepta mi autoridad como padre.

TERAPEUTA: ¡Ah! ¿Y qué significa, si no acepta su autoridad?

PADRE: Significa..., no lo sé.

TERAPEUTA: ¿Cree que podría significar que Robert no le valora como padre del modo que a usted le gustaría?

PADRE: Supongo que es una forma de decirlo.

TERAPEUTA: Que en ocasiones Robert no quiere contar con su opinión, aceptar que lo que usted piensa que es mejor para él.

PADRE: Correcto, no quiere.

TERAPEUTA: ¿Y qué significa que Robert no cuente mucho con usted?

PADRE: Como le he dicho, que mi autoridad no le importa tanto.

TERAPEUTA: Me pregunto si también significa para usted que el lugar que ocupa usted en su vida es menor del que a usted le gustaría ocupar. Si se fiara más de su opinión, quizás le parecería que es más importante para él. Quizás incluso que él querría estar más cerca de usted.

PADRE: No sé si yo diría tanto. Tiene quince años.

TERAPEUTA: Y se está alejando de usted en varios sentidos. Se está acercando a la edad adulta. Y quizás usted no esté seguro del lugar que él querrá que usted tenga en su vida cuando sea adulto, si querrá o no estar cerca de usted..., si usted será importante o no para él.

PADRE: Puede que tenga razón. En ocasiones pienso que quiere demasiada independencia. No estoy en contra de esto, sólo quiero... seguir siendo su padre.

TERAPEUTA: Y cuando discute con usted sobre sus decisiones sobre él, parece que usted se siente como si ya no fuera importante para él.

PADRE: Quizás. Creo que lo que está pasando es lo que me daba miedo que pasara. Nunca tuve una relación cercana con mi padre. Siempre quise que la relación entre mi hijo y yo fuera diferente que la que yo tuve con mi padre. Y no estoy seguro de que sea así.

TERAPEUTA: Así pues, ambos tienen un conflicto, que a usted le parece que es debido a que su hijo no quiere tener una relación cercana con usted en la que cuente con usted... y esto provoca un distanciamiento entre ambos... y esto le hace dudar de que su hijo quiera estar cerca de usted... y esto empieza a parecerse a la situación entre usted y su padre.

PADRE: Más o menos así es.

TERAPEUTA: ¿Por qué no se lo dice?

PADRE: ¿El qué?

TERAPEUTA: ¿Por qué no le cuenta que, en ocasiones, cuando cuestiona sus decisiones, usted empieza a pensar que puede que no le esté valorando mucho..., que esto les hace distanciarse cada vez más a medida que se hace mayor? Y que esto le preocupa. Usted quiere estar cerca de su hijo independientemente de la edad que tenga.

PADRE: Tiene razón, hijo. En ocasiones, cuando discutimos, creo que rechazas mi opinión sobre lo que creo que es mejor para ti, e incluso que no estamos tan unidos como solíamos estar. Y me preocupa que nos distanciamos, como me pasó con tu abuelo.

HIJO: No es así, papá.

TERAPEUTA: Espera un segundo, Robert. Tu padre ha mencionado su preocupación sobre la relación entre ambos. ¿Sabías que esto le preocupaba?

HIJO: No.

TERAPEUTA: ¿Qué te parece que tu padre espere que podáis permanecer unidos, independientemente de la edad que tengas y de dónde estés?

HIJO: Yo también lo quiero. Es sólo que, a veces, papá, parece que no quieras que me haga mayor..., como si tuviera que seguir siendo un niño contando contigo todo el tiempo sin nunca decidir nada por mí mismo. Te quiero, papá, pero quiero poder tomar mis propias decisiones, mucho más de lo que tú me permites.

PADRE: Yo también te quiero, hijo. Sólo quiero lo mejor para ti.

HIJO: Ya lo sé, papá. Pero a veces pienso que lo mejor es que me dejes tomar mis propias decisiones, aunque me equivoque.

DAD: Quizás tengas razón, Robert. Déjame que considere de nuevo el tema del ordenador.

HIJO: Gracias, papá.

TERAPEUTA: Muy buen diálogo. Después de superar la ira y de ver los miedos y los deseos mutuos, parece que ha sido mucho más fácil ver lo importante que son el uno para el otro. La fuerza de su relación ya no se ha quedado perdida en su ira.

**4. PACE.** Durante el diálogo, el terapeuta intenta mantener una actitud caracterizada por las cualidades de la alegría, la aceptación, la curiosidad y la empatía. Por *alegría* no estoy sugiriendo que los terapeutas busquen bromear con los problemas familiares y minimicen la gravedad de los temas que se exploran; más bien estoy sugiriendo que transmitan ligereza en sus exploraciones y experiencias sobre los temas familiares que sugiera que confía en que los problemas se podrán resolver. Esta cualidad también deja claro que los problemas no constituyen ninguna amenaza para la seguridad de los miembros de la familia. La alegría en ocasiones encuentra el lado humorístico de una interacción o acontecimiento, un humor que transmite la presencia de una cualidad positiva o «redentora» del problema.

La *aceptación* es la base para aportar seguridad al diálogo. La aceptación transmite el potente mensaje de que la intención del diálogo es *explorar* y *comunicar* experiencias, no

evaluarlas. Dentro del contexto de la aceptación, cada miembro se siente libre de atender a su propia experiencia, a menudo hasta el punto de poder entenderla mejor. Luego, esta persona está en disposición de comunicarse más claramente sobre la experiencia, lo cual es crucial para comprender los comportamientos que están llevando al desacuerdo familiar. El tono no crítico de la exploración garantiza que todos los miembros de la familia se sientan seguros a la hora de compartir aspectos de su vida interior. Los comportamientos pueden ser evaluados; los pensamientos, emociones, intenciones, percepciones y recuerdos que subyacen tras ellos no.

La *curiosidad* se refiere a la postura abierta en la que se anima y se ayuda a cada miembro de la familia a explorar su vida interior de un modo más completo y abierto. No hay prerequisites sobre lo que los miembros «deben» pensar, sentir, querer o percibir. Es una postura de «no saber», sin dar por sentado que la experiencia de hoy debe ser similar a la experiencia de ayer. Descubrir la razón de un comportamiento concreto suele ser el primer paso. La curiosidad lleva a esa persona a buscar bajo esa primera razón otra, y otra, si es necesario, buscando razones que reflejen aspectos de la narración. Estas razones reflejan las fortalezas o vulnerabilidades tras cualquier problema o defensa.

La curiosidad no es simplemente una postura receptiva relativa a las expresiones emocionales de los miembros de la familia. También es una postura muy activa que conduce a los clientes hacia su vida interior. Tomar la iniciativa suele ser crucial para las personas que habitualmente no mantienen una postura autorreflexiva. Mientras los guía, el terapeuta no hace suposiciones sobre lo que «encontrarán». Sus preguntas de final abierto son invitaciones al autodescubrimiento y también la manera mediante la cual es más probable que se realicen estos descubrimientos. La curiosidad *no* implica un descubrimiento «racional» de hechos. La curiosidad *implica* una postura activa y reflexiva que lleva a la cocreación de la experiencia. Y refleja la profunda fascinación del terapeuta hacia el otro como persona.

Mientras que la curiosidad forma parte básicamente del componente reflexivo del diálogo, la *empatía* reside básicamente en el componente afectivo. La curiosidad está a la vanguardia de la empatía. *La empatía profundiza el conocimiento creado por la curiosidad mediante la unión afectiva con la persona en las experiencias que se están descubriendo.* Combinada con la curiosidad, la empatía no pierde la perspectiva del acontecimiento, garantizando así que la calidad intersubjetiva de la experiencia esté presente y pueda facilitar una nueva experiencia del acontecimiento por parte de los clientes. *La empatía del terapeuta a menudo sirve para corregular las emociones asociadas con los acontecimientos estresantes o conflictos, de manera que los clientes puedan reflexionar de un modo más completo sobre los acontecimientos y experimentarlos más profundamente.* Dentro del contexto de la empatía del terapeuta, los miembros de la familia a menudo pueden empezar a experimentar empatía hacia los demás y hacia sí mismos.

**5. Flujo narrativo.** Dentro de la seguridad y la exploración creativa del diálogo A-R, facilitado por el PACE, los miembros de la familia suelen ser capaces ahora de participar,

de manera completa y espontánea, en la experiencia intersubjetiva de corregular las emociones y cocrear nuevas experiencias dentro de cada uno y entre ellos. La naturaleza del diálogo A-R suele crear un impulso que da lugar y acepta nuevas contribuciones que hacen que la narración en cuestión sea más comprensible y coherente. El impulso del diálogo permite a los miembros de la familia compartir experiencias que de lo contrario nunca se habrían sentido suficientemente seguros de revelar. El diálogo suele crear una experiencia conjunta de «contar historias» que parece animar a todos a participar. Este tono transmite claramente que dentro de este proceso intersubjetivo de explorar, compartir e incluso cocrear experiencias, todas las experiencias tienen el mismo valor e importancia. No se trata de buscar quién tiene «razón», porque este término no tiene cabida en el ámbito de la experiencia. Las experiencias simplemente son, nunca están «bien» o «mal».

Dentro de este flujo narrativo, la comunicación emocional se produce de un modo más seguro y espontáneo. Las expresiones de ira, tristeza, miedo o culpa se aceptan como algo que representa una característica que experimenta un miembro de la familia. En este contexto, cuando el niño expresa ira, es menos probable que el progenitor se exprese defensivamente y es más probable que comprenda y experimente empatía hacia la ira de su hijo y hacia la aflicción que puede representar.

El terapeuta garantiza que el diálogo no se pierda con distracciones desorganizadas o críticas repetitivas. La tarea terapéutica es ayudar a los miembros de la familia a crear sus historias conjuntas y separadas; el terapeuta debe centrarse en los argumentos, las narrativas subyacentes, que dan significado a los comportamientos de los diferentes miembros de la familia.

**6. Momentos de absorción y transformación.** Cuando el diálogo terapéutico empieza a transmitir frecuentes cualidades intersubjetivas, el terapeuta suele poder facilitar «momentos de absorción» en los que el progenitor y el hijo se experimentan mutuamente en la profundidad de la relación (de forma similar a como se experimentaban mutuamente cuando el hijo era un bebé). Al hablar de «momentos de absorción», me baso en los «momentos de encuentro» descritos por Dan Stern y colaboradores (2004) con el Boston Change Process Study Group. El «encuentro» que quiero facilitar entre el progenitor y el hijo empieza con un acto de descubrimiento recíproco y va inmediatamente seguido por unas experiencias afectivas conjuntas ricas en las que el tiempo se detiene y no existe nada más aparte del otro en ese preciso momento. El encuentro es intersubjetividad en su forma más completa, parecida a la que existe entre el progenitor y su bebé, pero con un componente reflexivo recíproco mayor. No es un encuentro tomando un té, sino «un osado vaivén (que exige remover intensamente el propio ser) hacia la vida del otro» (Buber, 1965, p. 81).

En esos momentos, el terapeuta promueve una comunicación abierta, afectiva, vulnerable y empática entre progenitor e hijo mientras (con frecuencia) se miran directamente a los ojos. Estos momentos de absorción activan la profundidad de la confianza y de la seguridad dentro del niño, descrita como «seguridad de apego»,

permaneciendo ambos receptivos ante las expresiones intersubjetivas contingentes del otro. El tiempo y el espacio se experimentan de un modo distinto, y la relación se transforma, llevando a la transformación de cada uno de ellos. Como están absortos en el otro, las comunicaciones emocionales que se expresan tienen un impacto mucho más profundo en ambos. Las diferencias en la experiencia subjetiva son mucho más fáciles de aceptar y reparar, si es necesario, dentro de la experiencia de amor mutuo que se genera en esos momentos. (Existen muchas similitudes entre los momentos de absorción y los afectos transformacionales presentados por Fosha, 2000; ver también Fosha, capítulo 7 de este libro).

Los terapeutas son conscientes de que cuando una familia acude a terapia es muy probable que los miembros de la familia lleven mucho tiempo sin experimentar cercanía emocional. La confianza y apertura que refleja la seguridad del apego es probable que sean débiles o inexistentes. Cuando el terapeuta es capaz de mantener el flujo de diálogo intersubjetivo, es probable que surjan oportunidades de fomentar momentos de absorción que puedan ser transformadores para los miembros de la familia. A menudo, los miembros tienen experiencias de «¡ajá!» entre sí, en las que parecen experimentar al otro de un modo más profundo. Los padres suelen ser capaces de experimentar unas fortalezas y debilidades de sus hijos que antes no habían percibido. Los hijos suelen ser capaces de experimentar el amor, el compromiso y la compasión de sus padres hacia ellos de un modo que antes no habían notado. Para el terapeuta, a menudo es como si los padres y los hijos estuvieran descubriéndose mutuamente y también la profundidad y la importancia de su relación de un modo nuevo, que quizás llevaban años sin experimentar. Durante los momentos de absorción entre el progenitor y el hijo, tienen una intensa experiencia emocional de intimidad, en la que se pierden en la mirada del otro mientras muestran espontáneamente una sonrisa suave y alegre y se acercan al otro para tocarle. Estos momentos parecen ser ligeramente desorientadores, en el sentido de que los padres y los hijos parecen recordar de repente que están en la consulta del terapeuta, y luego miran al terapeuta con una mezcla de orgullo, alegría y posiblemente un ligero reparo por haber mostrado ante él su intimidad emocional.

Estos momentos de encuentro y absorción suelen ser transformadores para los padres y para los hijos, y para su relación. Los conflictos y experiencias de separación de repente desaparecen, y la experiencia vivida de su relación les permite verse con una mirada abierta y afectuosa. El acontecimiento que ha precipitado los conflictos que están sufriendo ahora se experimenta como si representara una leve diferencia de opinión o un simple malentendido. Este acontecimiento es ahora más fácil de aceptar, de entender, y probablemente se puede responder a él de un modo distinto. Más importante, sin embargo, es la probabilidad de que conflictos o diferencias similares en el futuro se experimenten como simplemente altibajos que ocurren cuando la autonomía y la intimidad (ambas cosas muy apreciadas) evolucionan dentro de la familia.

Por ejemplo, al principio de la terapia familiar de una niña de diez años y sus padres, tanto la madre como la hija eran conscientes de que aunque había cierta ira superficial entre ellas, por debajo había una corriente igual de intensa de miedo y de tristeza por su

falta de cercanía emocional. Tras sonreírse y reconocer sus lágrimas, el terapeuta les pidió que se cogieran de la mano y se miraran a los ojos. Le pidió a la madre que dijera a su hija qué veía en sus ojos.

MADRE: Veo a mi hija adorada. Veo su determinación y su fuerza, y también su bondad y su amabilidad. Veo a mi hija, tan especial para mí. Veo a la persona que es mucho más que su ira. Lamento mucho en ocasiones no haber visto a mi hija como la veo ahora. Mi hija maravillosa. *(La madre atrae a su hija hacia ella y la mece en el sofá).*

TERAPEUTA *(a la hija)*: ¿Puedes mirar a los ojos de tu madre un momento y decirme qué ves en ellos?

HIJA: Veo... su amor hacia mí. Veo que me quiere. Parece muy feliz. *(Madre e hija se miran entonces a los ojos durante un minuto, empiezan a llorar y luego empiezan a reír, luego permanecen en silencio otra vez, se sonríen cálidamente y luego vuelven a reír).*

TERAPEUTA: Parece que estén recordando su vida juntas cuando eran una madre, un bebé y no había nada más. Parece que lo están sintiendo un poco ahora mismo, esa época especial, que quizás han olvidado un poco.

MADRE: Sí, quizás la he olvidado. Pero nunca más. Nunca más *(vuelve a abrazar a su hija).*

Tras este intercambio, pregunté al padre acerca de su experiencia con respecto a su esposa y a su hija, y habló con el rostro radiante sobre su amor hacia ambas y su alegría al ver esa relación.

Este momento de absorción entre los tres miembros de esta familia transformó la naturaleza de sus conflictos posteriores y la reparación de su relación. Los desacuerdos no parecían preocuparles tanto. La seguridad del apego se convirtió de nuevo en una realidad vital actuando como contexto seguro en el que los conflictos (las diferencias en las experiencias subjetivas) iban y venían sin causar una tensión significativa en la relación.

## Resumen

Las comunicaciones emocionales dentro de una familia caracterizada por la seguridad del apego generan un tono resonante que aporta vitalidad a los diálogos familiares. Esta resonancia permite que las experiencias subjetivas únicas de cada miembro contribuyan a la rica complejidad familiar. Las diferencias en las experiencias aportan una rica diversidad a la historia familiar en desarrollo, y no representan ninguna amenaza para la seguridad de sus miembros. Las diferencias que crean conflicto o duda suelen repararse rápidamente, permitiendo que la autonomía y la intimidad se desarrollen conjuntamente.

Las comunicaciones emocionales en una familia que acude a terapia suelen ser expresiones reactivas unidireccionales destinadas a intimidar y a obtener sumisión, o bien se evitan rígidamente para mantener un falso frente de armonía familiar.

El terapeuta familiar sabe activar a esta familia intersubjetivamente, con afecto conjunto, concienciación e intención, en un diálogo recíproco no lineal en el que todos los participantes pueden participar en los diálogos A-R que llevarán a la familia a los tipos de comunicaciones emocionales que pueden ser transformadoras. En estas comunicaciones, la intención es transmitir la propia experiencia estando al mismo tiempo receptivos ante la experiencia del otro. Estas comunicaciones permiten a los miembros de la familia influirse mutuamente, tener un impacto positivo en los demás o resolver los conflictos mutuos, sin ignorar el punto de vista de nadie.

El terapeuta familiar también es consciente del valor de ayudar a los padres y a los hijos a recordar y volver a experimentar esos momentos de encuentro y de absorción que caracterizaron los primeros años de su vida en común. Estos momentos fueron transformadores en el desarrollo tanto de los padres como de los hijos entonces, así que también pueden ser transformadores ahora. Cuando facilita esos momentos, el terapeuta (que también participa en el diálogo intersubjetivamente) se transforma con la experiencia. Es probable que la intimidad y autonomía emergentes en los miembros de la familia también ejerzan cierta influencia en él.





## Notas al pie

1 Mi gratitud a Diana Fosha por sus sugerencias y preguntas claras e inspiradoras y por su apoyo entusiasta. Gracias por esto, por la AEDP y por su presencia.

# Referencias

Adamec, R. E., Blundell, J. y Burton, P. (2003). Phosphorylated cyclic AMP response element bonding protein expression induced in the periaqueductal gray by predator stress; its relationship to the stress experience, behavior, and limbic neural plasticity. *Progress in Neuro-Pharmacology and Biological Psychiatry*, 27, 1243-1267.

Adamec, R. E. y Young, B. (2000). Neuroplasticity in specific limbic system circuits may mediate specific kindling induced changes in animal affect: Implications for understanding anxiety associated with epilepsy. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 705-723.

Adler, H. M. (2002). The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 883-890.

Adolphs, R. (2002). Trust in the brain. *Nature Neuroscience*, 5, 192-193.

Aftanas, L. I., Savotina, L. N., Makhnev, V. P. y Reva, N. V. (2005). Analysis of evoked EEG synchronization and desynchronization during perception of emotogenic stimuli: Association with autonomic activation processes. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 951-957.

Alcaro, A., Huber, R. y Panksepp, J. (2007). Behavioral functions of the mesolimbic dopaminergic system: An affective neuroethological perspective. *Brain Research Reviews*, 56, 283-321.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Aitken, K. J. (2008). Intersubjectivity, affective neuroscience, and the neurobiology of autistic spectrum disorders: A systematic review. *Keio Journal of Medicine*, 57(1), 15-36.

Aitken, K. J. y Trevarthen, C. (1997). Self-other organization in human psychological development. *Development and Psychopathology*, 9, 651-675.

Alexander, F. y French, T. M. (1980). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press. (Trabajo original publicado en 1946).

Alexander, P. C. (1993). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 185-195.

Allan, J. *Mentalizing*. Consultado el 20 de mayo de 2008, de <http://www.menningerclinic.com/resources/Mentalizingallen.html>.

Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, UK: Wiley.

Allen, J. G., Console, D. A. y Lewis, L. (1999). Dissociative detachment and memory impairment: Reversible amnesia or encoding failure? *Comprehensive Psychiatry*, 40, 160-171.

Allman, J. M., Watson, K. K., Tetreault, N. A. y Hakeem, A. Y. (2005). Intuition and autism: A possible role for Von Economo neurons. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 367-373.

Alvarez, A. (2006). Some questions concerning states of fragmentation: Unintegration, under-integration, disintegration, and the nature of early integrations. *Journal of Child Psychotherapy*, 32, 158-180.

Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*. Nueva York: Columbia University Press.

Baker, K. B. y Kim, J. J. (2004). Amygdalar lateralization in fear conditioning: Evidence for greater involvement of the right amygdala. *Behavioral Neuroscience*, 118, 15-23.

Ball, W. y Tronick, F. (1971). Infant responses to impending collision, optical and real. *Science*, 171, 818-820.

Barbas, H. (2007). Flow of information for emotions through temporal and orbitofrontal pathways. *Journal of Anatomy*, 211, 237-249.

Barbas, H., Saha, S., Rempel-Clower, N. y Ghashghaei, T. (2003). Serial pathways from primate prefrontal cortex to autonomic areas may influence emotional expression. *BMC Neuroscience*, 4, 25.

Bargh, J. A. y Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, 462-479.

Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological*

*Science*, 1, 28-58.

Bartels, A. y Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11(17), 3829-3834.

Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

Bateson, M. C. (1979). The epigenesis of conversational interaction: A personal account of research development. En M. Bullowa (ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 63-77). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bazhenova, O. V., Stroganova, T. A., Doussard-Roosevelt, J. A., Posikera, I. A. y Porges, S. W. (2007). Physiological responses of 5-month-old infants to smiling and blank faces. *International Journal of Psychophysiology*, 63, 64-76.

Beauregard, M., Levesque, J. y Bourgouin, P. (2001). Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *Journal of Neuroscience*, 21, RC165.

Beckoff, M. y Allen, C. (1998). Intentional communication and social play: How and why animals negotiate and agree to play. En M. Beckoff y J. Beyers (eds.), *Animal play: Evolutionary, comparative, and ecological perspectives* (pp. 97-114). Nueva York: Cambridge University Press.

Beckoff, M. y Byers, J. (1998). *Animal play: Evolutionary, comparative, and ecological perspectives*. Nueva York: Cambridge University Press.

Beebe, B., Jaffe, J., Feldstein, S., Mays, K. y Alson, D. (1985). Interpersonal timing: The application of an adult dialogue model to mother-infant vocal and kinesic interactions. En F. M. Field y N. Fox (eds.), *Social perception in infants* (pp. 217-248). Norwood, NJ: Ablex.

Beebe, B. y Lachmann, F. M. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11(2), 127-165.

Beebe, B. y Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions* Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Beebe, B., Stern, D. y Jaffe, J. (1979). The kinesic rhythm of mother-infant interactions. En A. W. Siegman y S. Feldstein (eds.), *Of speech and time: Temporal speech patterns in interpersonal contexts* (pp. 23-34). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Behry, W. (2007). *A nightmare in shining armor*. (Manuscrito no publicado).

- Berlyne, D. E. (1960). *Conflict, arousal, and curiosity*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Bernstein, N. (1967). *Coordination and regulation of movements*. Nueva York: Pergamon Press.
- Berscheid, E. (1999). The greening of relationship science. *American Psychologist*, 54, 260-266.
- Bion, W. (1972). *Attention and interpretation*. Nueva York: Basic Books.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. y Turner. S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Block, L. (2003). *Small town*. Nueva York: William Morrow.
- Bodkin, J. L., Zornberg, G. L., Lucas, S. E. y Cole, J. O. (1995). Buprenorphine treatment of refractory depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, 49-57.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. Nueva York: Columbia University Press.
- Bowlby, J. (1980). *Loss*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment* (2ª ed.). Nueva York: Basic Books. (Trabajo original publicado en 1969).
- Bowlby J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1991). Postscript. En C. Murray Parkes, J. Stevenson-Hinde y P. Marris (eds.), *Attachment across the life-cycle*. Nueva York: Routledge.
- Bradley, B. S. (2009). Early trios: Patterns of sound and movement in the genesis of meaning between infants. En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*, pp. 263-280. Oxford: Oxford University Press.
- Bradley, B. y Furrow, J. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment to moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 233-246.
- Bradshaw, G. A. y Schore, A. N. (2007). How elephants are opening doors: Developmental neuroethology, attachment, and social context. *Ethology*, 113, 426-436.

Bråten, S. (1998) (ed.). *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bråten, S. y Trevarthen, C. (2007). Prologue: From infant intersubjectivity and participant movements to simulations and conversations in cultural common sense. En S. Bråten (ed.), *On being moved: From mirror neurons to empathy*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamin Publishing.

Brazelton, T. B. (1979). Evidence of communication during neonatal behavioural assessment. En M. Bullowa (ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 79-88). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Brazelton, T. B. (1993). *Touchpoints: Your child's emotional and behavioral development*. Nueva York: Viking.

Brazelton, T. B. y Nugent, J. K. (1995). *Neonatal behavioural assessment scale* (3<sup>a</sup> ed.). Londres: MacKeith Press.

Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, NJ: Analytic Press.

Brown, S. (1995). Through the lens of play. *Revision*, 17, 4-14.

Brown, S. (2000). The 'musilanguage' model of music evolution. En N. Wallin, B. Merker y S. Brown (eds.), *The origins of music*, pp. 271-300. Boston: The MIT Press.

Bruner, J. S. (1968). *Processes of cognitive growth: Infancy* (Heinz Werner Lectures). Worcester, MA: Clark University Press (con Barri).

Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Buber, M. (1965). *The knowledge of man*. Nueva York: Harper y Row.

Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 766-793.

Bull, N. (1945). Towards a clarification of the concept of emotion. *Psychosomatic Medicine*, 7, 210-214.

Burgdorf, J. y Panksepp, J. (2006). The neurobiology of positive emotions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 173-187.

Burgdorf, J., Wood, P. L., Kroes, R. A., Moskal, J. R. y Panksepp, J. (2007). Neurobiology of 50-kHz ultrasonic vocalizations in rats: Electrode mapping, lesion, and pharmacology studies. *Behavioral Brain Research*, 182, 274-283.

- Busch, F. N. y Milrod, B. L. (2004). Nature and treatment of panic disorders. En J. Panksepp (ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 345-366). Nueva York: Wiley.
- Bushell, W., Olivo, E. L. y Theise, N. D. (eds.) (en prensa). *Longevity, Regeneration, and Optimal Health: Integrating Eastern and Western Perspectives*. Nueva York: Annals of the Nueva York Academy of Sciences.
- Caldwell, C. (2003). Adult group play therapy. En C. Schaefer (ed.), *Play therapy with adults* (pp. 301-316). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cannon, W. B. (1929). Organization for physiological homeostasis. *Physiological Reviews*, 9, 399-431.
- Cannon, W. B. (1929). Organization for physiological homeostasis. *Physiological Reviews IX*, 399-431.
- Carretie, L., Hinojosa, J. A., Mercado, F. y Tapia, M. (2005). Cortical response to subjectively unconscious danger. *NeuroImage*, 24, 615-623.
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 779-818.
- Carter, C. S., Devries, A. C. y Getz, L. L. (1995). Physiological substrates of mammalian monogamy: The prairie vole model. *Neuroscience. Behavioral Review*, 19, 303-314.
- Casagrande, M. y Bertini, M. (2008). Night-time right hemisphere superiority and daytime left hemisphere superiority: A repatterning of laterality across wake-sleep-wake states. *Biological Psychology*, 77, 337-342.
- Cassidy, J. (1999). Attachment and intimacy? En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Nueva York: Guilford Press.
- Cassidy, J. y Shaver, P. (eds.) (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Nueva York: Guilford Press.
- Castonguay, L., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. y Hayes, A. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Clothier, P., Manion, I., Gordon Walker, J. y Johnson, S. M. (2001). Emotionally focused interventions for couples with chronically ill children: A two year follow-up. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 391-399.



- Coan, J., Schaefer, H. y Davidson, R. (2006). Lending a hand. *Psychological Science*, *17*, 1-8.
- Cohn, D. A., Silver, D. H., Cowan, C. P., Cowan, P. A. y Pearson, J. (1992). Working models of childhood attachment and couple relationships. *Journal of Family Issues*, *13*, 432-449.
- Collins, N. L. y Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 644-663.
- Condon, W. S. y Sander, L. S. (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech: Interactional participation and language acquisition. *Science*, *183*, 99-101.
- Coontz, S. (2005). Marriage—a history: From obedience to intimacy or how love conquered marriage.
- Coyne, J., Rohrbaugh, M. J., Shoham, V., Sonnega, J., Nicklas, J. M. y Cranford, J. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *American Journal of Cardiology*, *88*, 526-529.
- Cozolino, L. L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. Nueva York: Norton.
- Craig, A. D. (2005). Forebrain emotional asymmetry: A neuroanatomical basis? *Trends in Cognitive Science*, *9*, 566-571.
- Critchley, H. D. (2005). Neural mechanisms of autonomic, affective, and cognitive integration. *Journal of Comparative Neurology*, *493*, 154-166.
- Critchley, H. D., Elliott, R., Mathias, C. J. y Dolan, R. J. (2000). Neural activity relating to generation and representation of galvanic skin conductance responses: A functional magnetic resonance imaging study. *Journal of Neuroscience*, *20*, 3033-3040.
- Critchley H. D., Wiens, S., Rotshtein, P., Ohman, A. y Dolan, R. J. (2004). Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nature Neuroscience*, *7*, 189-195.
- Crucian, G. P., Hughes, J. D., Barrett, A. M., Williamson, D. J. G., Bauer, R. M., Bowres, D., y col. (2000). Emotional and physiological responses to false feedback. *Cortex*, *36*, 623-647.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. Nueva York: Grosset/Putnam.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Nueva York: Harcourt, Brace.

Daniels, D., Miselis, R. R. y Flanagan-Cat, L. M. (1999). Central neuronal circuit innervating the lordosis-producing muscles defined by transneuronal transport of pseudorabies virus. *Journal of Neuroscience*, 19, 2823-2833.

Darrow, C. W. (1943). Physiological and clinical tests of autonomic function and autonomic balance. *Physiological Reviews*, 23, 1-36.

Darwin, C. (1965). *The expression of emotion in man and animals*. Chicago: University of Chicago Press. (Trabajo original publicado en 1872).

Davidson, R. J. y Cacioppo, J. T. (1992). Nueva developments in the scientific study of emotion: An introduction to the special section. *Psychological Science*, 3, 21-22.

Davidson, R. J. y Harrington, A. (eds.) (2002). *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*. Nueva York: Oxford University Press.

Davidson, R. J., Jackson, D. C. y Kalin, N. H. (2000). Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspective from affective neuroscience. *Psychological Bulletin*, 126, 890-909.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., y col. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.

Davila, J., Karney, B. y Bradbury, T. N. (1999) Attachment change processes in the early years of marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 1383-1395.

Davis, K. L., Panksepp, J. y Normansell, L. (2003). The affective neuroscience personality scales: Normative data and implications. *Neuro-Psychoanalysis*, 5, 21-29.

Decety, J. y Chaminade, T. (2003). Neural correlates of feeling sympathy. *Neuropsychologia*, 41, 127-138.

Denver, J. W. (2004). *The social engagement system: Functional differences in individuals with autism*. Tesis doctoral no publicada, University of Maryland, Baltimore.

Depue, B. E., Curran, T. y Banich, M. T. (2007). Prefrontal regions orchestrate suppression of emotional memories via a two-phase process. *Science*, 317, 215-219.

De Quervain, D. J. (2008). Glucocorticoid-induced reduction of traumatic memories: Implications for the treatment of PTSD. *Progress in Brain Research*, 167, 239-247.

De Spinoza, B. (1677/2005). *Ethics*. (E. Curley, trad.). Londres: Penguin Classics.

- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J. y Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 936-941.
- Dijkstra, K., Kaschak, M. P. y Zwann, R. A. (2006). Body posture facilitates retrieval of autobiographical memories. *Cognition*, 102(1), 139-149.
- Dissanayake, E. (2000). *Art and intimacy: How the arts began*. Seattle: University of Washington Press.
- Doidge, N. (2007). *The brain that changes itself: Stories of personal triumph from the frontiers of brain science*. Nueva York: Penguin Books.
- Donald, M. (2001). *A mind so rare: The evolution of human consciousness*. Nueva York: Norton.
- Donaldson, F. (1993). *Playing by heart: The vision and practice of belonging*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Donaldson, M. (1978). *Children's minds*. Glasgow: Fontana/Collins.
- Donaldson, M. (1992). *Human minds: An exploration*. Londres: Allen Lane/Penguin Books.
- Dorpat, T. L. (2001). Primary process communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 3, 448-463.
- Draghi-Lorenz, R., Reddy, V. y Costall, A. (2001). Re-thinking the development of «nonbasic» emotions: A critical review of existing theories. *Developmental Review*, 21(3), 263-304.
- Draijer, N. y Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 379-338.
- Eckerdal, P. y Merker, B. (2008). «Music» and the «action song» in infant development: An interpretation. En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Narratives of expressive gesture and being human* (pp. 241-262). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Edelman, G. M. (1999). *The remembered present: A biological theory of consciousness*. Nueva York: Basic Books.
- Ekman, P. (1980). Biological and cultural contributions to body and facial movement in

the expression of emotions. En A. Rorty (ed.), *Explaining emotions*. Berkeley, CA: University of California Press.

Ekman, P. (2003). *Emotions revealed*. Nueva York: Henry Holt.

Ekman, P., Levenson, R. W. y Friesen, W. V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, *16*, 1208-1210.

Ekman, P. y Oster, H. (1979). Facial expressions of emotion. *Annual Review of Psychology*, *20*, 527-554.

Emde, R. N. (1983). The pre-representational self and its affective core. *Psychoanalytic Study of the Child*, *38*, 165-192.

Ezhov, S. N. y Krivoschekov, S. G. (2004). Features of psychomotor responses and interhemispheric relationships at various stages of adaptation to a new time zone. *Human Physiology*, *30*, 172-175.

Fanselow, M. y Lester, L. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. En R. Bolles y M. Beecher (eds.), *Evolution and learning* (pp. 185-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Feeney, B. C. (2007). The dependency paradox in close relationships: Accepting dependence promotes independence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*, 268-285.

Feeney, J. (2005). Hurt feelings in couple relationships. *Personal Relationships*, *12*, 253-271.

Feldman, C. (2002). The construction of mind and self in an interpretive community. En J. Brockheimer, M. Wang y D. Olson, (eds.), *Literacy, narrative, and culture*. Londres: Curzon.

Feynman, R. (1965). *The character of physical law*. Cambridge: MIT Press.

Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology*, *4*, 49-66.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., y col. (1988). Infants of depressed mothers show «depressed» behaviour even with non-depressed adults. *Child Development*, *59*, 1569-1579.

Fifer, W. P. y Moon, C. M. (1995). The effects of fetal experience with sound. En J.-P. Lecanuet, W. P. Fifer, N. A. Krasnegor y W. P. Smotherman (eds.), *Fetal development:*

*A psychobiological perspective* (pp. 351-366). Hillsdale NJ: Erlbaum.

Fisher, H. E. (2004). *Why we love: The nature and chemistry of romantic love*. Nueva York: Henry Holt.

Fonagy, I. (2001). *Languages within language: An evolutive approach*. Philadelphia: John Benjamins.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. y Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Nueva York: Other Press.

Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.

Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. Nueva York: Basic Books.

Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 57(2), 227-242.

Fosha, D. (2002). The activation of affective change processes in AEDP (accelerated experiential-dynamic psychotherapy). En J. J. Magnavita (ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol. 1. Psychodynamic and object relations psychotherapies* (pp. 309-344). Nueva York: Wiley.

Fosha, D. (2003). Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disordered attachment. En M. F. Solomon y D. J. Siegel (eds.), *Healingtrauma: Attachment, trauma, the brain and the mind* (pp. 221-281). Nueva York: Norton.

Fosha, D. (2004). «Nothing that feels bad is ever the last step»: The role of positive emotions in experiential work with difficult emotional experiences. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 30-43.

Fosha, D. (2005). Emotion, true self, true other, core state: Toward a clinical theory of affective change process. *Psychoanalytic Review*, 92(4), 513-552.

Fosha, D. (2006a). *Accelerated experiential dynamic psychotherapy with Diana Fosha, Ph.D.* Systems of Psychotherapy APA Video Series # 4310759. Disponible en línea en [www.apa.org/videos/4310759.html](http://www.apa.org/videos/4310759.html).

Fosha, D. (2006b). Quantum transformation in trauma and treatment: Traversing the crisis of healing change. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 62(5), 569-583.

Fosha, D. (2008). Transformance, recognition of self by self, and effective action. En K. J. Schneider (ed.), *Existential-integrative psychotherapy: Guideposts to the core of practice* (pp. 290-320). Nueva York: Routledge.

Fosha, D. (en prensa). Positive affects and the transformation of suffering into flourishing. W. C. Bushell, E. L. Olivo y N. D. Theise (eds.), *Longevity, regeneration, and optimal health: Integrating Eastern and Western perspectives*. Nueva York: Annals of the Nueva York Academy of Sciences.

Fosha, D., Paivio, S. C., Gleiser, K. y Ford, J. (2009). Experiential and emotion-focused therapy. En C. Courtois y J. D. Ford (eds.), *Complex traumatic stress disorders: An evidence-based clinician's guide* (pp. 286-311). Nueva York: Guilford Press.

Fosha, D. y Yeung, D. (2006). AEDP exemplifies the seamless integration of emotional transformation and dyadic relatedness at work. En G. Stricker y J. Gold (eds.), *A casebook of integrative psychotherapy* (pp. 165-184). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.

Fraley, C. y Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77-114). Nueva York: Guilford Press.

Frederick, R. (2009). *Living like you mean it: Use the wisdom and power of your emotions to get the life you really want*. San Francisco: Jossey Bass.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 211-226.

Fredrickson, B. L. y Losada, M. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 687-686.

Freeman, W. J. (2000). Emotion is essential to all intentional behaviors. En M. D. Lewis y I. Granic (eds.), *Emotion, development, and self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 209-235). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Freud, S. (1957). The unconscious. En J. Strachey (ed. y trad.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (vol. 19, pp. 159-205). Londres: Hogarth Press. (Trabajo original publicado en 1915).

Freud, S. (1961). New introductory lectures on psycho-analysis. En J. Strachey (ed. y trad.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 1-183). Londres: Hogarth Press. (Trabajo original publicado en 1933).

- Freud, S. (1964). An autobiographical study. En J. Strachey (ed. y trad.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud* (vol. 19, pp. 227-234). Londres: Hogarth Press. (Trabajo original publicado en 1925-1926).
- Frijda, N. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Fukkink, R. G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28, 904-916.
- Gadea, M., Gomez, C., Gonzalez-Bono, E., R. y Salvador, A. (2005). Increased cortisol and decreased right ear advantage (REA) in dichotic listening following a negative mood induction. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 129-138.
- Gainotti, G., Caltarirone, C. y Zoccolotti, P. (1993). Left/right and cortical/subcortical dichotomies in the neuropsychological study of human emotions. *Cognition and Emotion*, 7, 71-93.
- Galin, D. (1974). Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization: A neuropsychological context for unconscious processes. *Archives of General Psychiatry*, 31, 572-583.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy. The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36, 171-180.
- Gallese, V. (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 23-48.
- Gallese, V., Keyers, C. y Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 8:9, 396-403.
- Gellhorn, E. (1964). Motion and emotion: The role of proprioception in the physiology and pathology of the emotions. *Psychological Review*, 71, 457-472.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Nueva York: Guilford Press.
- Ghent, E. (1999). Masochism, submission, surrender: Masochism as a perversion of surrender.
- En S. A. Mitchell y L. Aron (eds.), *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition* (pp. 211-242). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Ghent, E. (2002). Wish, need, drive: Motive in light of dynamic systems theory and Edelman's selectionist theory. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(5), 763-808.

Gibson, E. J. (1988). Exploratory behavior in the development of perceiving, acting, and the acquiring of knowledge. *Annual Review of Psychology*, 39, 1-41.

Ginot, E. (2007). Intersubjectivity and neuroscience. Understanding enactments and their therapeutic significance within emerging paradigms. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 317-332.

Gingrich, B., Liu, Y., Cascio, C., Wang, Z. e Insel, T. R. (2000). D2 receptors in the nucleus accumbens are important for social attachment in female prairie voles (*Microtus ochrogaster*). *Behavioral Neuroscience*, 114, 1, 173-183.

Gleiser, K., Ford, J. D. y Fosha, D. (2008). Exposure and experiential therapies for complex posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 340-360.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Nueva York: Bantam Books.

Goleman, D. (2006). *Social intelligence: The new science of human relationships*. Nueva York: Bantam Press.

Gomes-Pedro, J., Nugent, J. K., Young, J. G. y Brazelton, T. B. (eds.) (2002). *The infant and family in the twenty-first century*. Nueva York: Brunner-Routledge.

Goodall, J. (1995). Chimpanzees and others at play. *Revision*, 17, 14-20.

Gottman, J. (1994). An agenda for marital therapy En S. M. Johnson y L. S. Greenberg (eds.), *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 256-296). Nueva York: Brunner/Mazel.

Gottman, J. (1999). *The seven principles for making marriage work*. Nueva York: Crown.

Gottman, J., Coan, J., Carrere, S. y Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 5-22.

Gottman, J., Katz, L. F. y Hooven, C. (1997). *Meta-emotions: How families communicate emotionally*. Nueva York: Erlbaum.

Grabner, R. H., Fink, A. y Neubauer, A. C. (2007). Brain correlates of self-regulated originality of ideas: Evidence from event related power and phase-locking changes in the EEG. *Behavioral Neuroscience*, 121, 224-230.

Granic, I. y Patterson, G. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial



- development: A dynamic systems approach. *Psychological Reviews*, 133(1), 101-131.
- Gratier, M. y Apter-Danon, G. (2008). The musicality of belonging: Repetition and variation in mother-infant interaction. En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Narratives of expressive gesture and being human* (pp. 301-327). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gratier, M. y Trevarthen, C. (2008). Musical narrative and motives for culture in mother-infant vocal interaction. *Journal of Consciousness Studies*.
- Gray J. A. (1971). *The psychology of fear and stress*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Greenberg, L. S. (2008). Emotion coming of age. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 414-421.
- Greenberg, L. S. y Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. y Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. y Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Nueva York: Guilford Press.
- Gregg, T. R. y Siegel, A. (2001). Brain structures and neurotransmitters regulating aggression in cats: Implications for human aggression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 25, 91-140.
- Grigsby, J. y Stevens, D. (2000). *Neurodynamics of personality*. Nueva York: Guilford Press.
- Gross, J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219.
- Grotstein, J. S. (2002). *The haunting presences who dwell within us and the nature of their stories: Avitalistic approach to unconscious phantasies*. Conferencia presentada en la primera reunion de la International Association for Relational Analysis and Psychotherapy, Nueva York.
- Grotstein, J. S. (2004). The seventh servant: The implications of a truth drive in Bion's theory of «O.» *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1081-1101.
- Gupta, R. K., Hasan, K. M., Trivedi, R., Pradhan, M., Das, V., Parikh, N. A., y col. (2005). Diffusion tensor imaging of the developing human cerebrum. *Journal of*

*Neuroscience Research*, 81, 172-178.

Gutkowska, J., Janowski, M., Mukaddam-Daher, S. y McCann, S. (2000). Oxytocin is a cardiovascular hormone. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 33, 625-633.

Halliday, M. A. K. (1975). *Learning how to mean: Explorations in the development of language*. Londres: Arnold.

Ham, J. y Tronick, E. (2009). Relational psychophysiology: Lessons from mother-infant physiology research on dyadically expanded states of consciousness. *Psychotherapy Research*, 1-14.

Harker, L. y Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotions in women's college yearbook pictures and their relationship to life outcomes across childhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 112-124.

Harrison, A. y Tronick, E. (2007). Contributions to understanding therapeutic change: Now we have a playground. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(3), 891-897.

Hart, J. (1991). *Damage*. Nueva York: Columbine Fawcett.

Hart, S. y Legerstee, M. (eds.) (en prensa). *Handbook of jealousy: Theories, principles, and multidisciplinary approaches*. Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.

Hartikainen, K. M., Ogawa, K. H., Soltani, M. y Knight, R. T. (2007). Emotionally arousing stimuli compete for attention with left hemisphere. *NeuroReport*, 18, 1929-1933.

Hawkley, L., Masi, C. M., Berry, J. y Cacioppo, J. (2006). Loneliness is a unique predictor of age related differences in systolic blood pressure. *Journal of Psychology and Aging*, 21, 152-164.

Heath, R. G. (1996). *Exploring the mind-body relationship*. Baton Rouge, LA: Moran.

Heilman, K. M. (1997). The neurobiology of emotional experience. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9, 439-448.

Henry, J. P. (1993). Psychological and physiological responses to stress: The right hemisphere and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis, an inquiry into problems of human bonding. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 28, 369-387.

Herman, B. H. y Panksepp, J. (1981). Ascending endorphinergic inhibition of distress vocalization. *Science*, 211, 1060-1062.

- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. Nueva York: Basic Books.
- Hess, W. R. (1954). *Diencephalon: Autonomic and extrapyramidal functions*. Orlando, FL: Grune y Stratton.
- Hesse, E. y Main, M. M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in nonmaltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, *19*, 481-540.
- Hesse, E. y Main, M. M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, *18*, 309-343.
- Hilz, M. J., Devinsky, O., Szcepanka, H., Borod, J. C., Marthol, H. yTutaj, M. (2006). Right ventromedial prefrontal lesions result in paradoxical cardiovascular activation with emotional stimuli. *Brain*, *129*, 3343-3355.
- Hinde, R. A. (1979). *Towards understanding relationships*. Londres: Academic Press.
- Hobson, J. (1994). *The chemistry of conscious states*. Nueva York: Back Bay Books.
- Hofer, M. A. (1970). Cardiac respiratory function during sudden prolonged immobility in wild rodents. *Psychosomatic Medicine*, *32*, 633-647.
- Holmes, J. (1996). *Attachment, intimacy and autonomy: Using attachment theory in adult psychotherapy*. Northdale, NJ: Jason Aronson.
- Holstege, G., Bandler, R. y Saper, C. B. (eds.) (1996). *The emotional motor system*. Amsterdam: Elsevier.
- Holstege G., Georgiadis, J. R., Paans, A. M., Meiners, L. C., Van der Graaf, F. H. y Reinders, A. A. (2003). Brain activation during human male ejaculation. *Journal of Neuroscience*, *23*, 9185-9193.
- Holt, R. (1967). The development of the primary process: A structural view. En R. Holt (ed.), *Motivation and thought* (pp. 344-384). Nueva York: International Universities Press.
- Hoppe, K. D. (1977). Split brains and psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly*, *46*, 220-244.
- Howard, M. F. y Reggia, J. A. (2007). A theory of the visual system biology underlying development of spatial frequency lateralization. *Brain and Cognition*, *64*, 111-123.
- Hughes, D. (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young

- people. *Attachment and Human Development*, 6, 263-278.
- Hughes, D. (2006). *Building the bonds of attachment* (2<sup>a</sup> ed.). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Hughes, D. (2007). *Attachment-focused family therapy*. Nueva York: Norton.
- Hughes, D. (2009). *Attachment-focused parenting*. Nueva York: Norton.
- Huston, T. L., Caughlin, J. P., Houts, R. M., Smith, S. E. y George, L. J. (2001). The connubial crucible: Nuevaly-wed years as predictors of delight, distress, and divorce. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 237-252.
- Ikemoto, S. y Panksepp, J. (1999). The role of nucleus accumbens dopamine in motivated behavior: A unifying interpretation with special reference to reward-seeking. *Brain Research Reviews*, 31, 6-41.
- Insel, T. R. y Young, L. J. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 129-136.
- Izard, C. (1977). *Human emotions*. Nueva York: Plenum Press.
- Jackson, J. H. (1931). *Selected writings of J. H. Jackson: Vol. I*. Londres: Hodder y Soughton.
- Jaffe J., Stern D. N. y Peery J. C. (1973). Conversational coupling of gaze behavior in prelinguistic human development. *Journal of Psycholinguistic Research*, 2, 321-330.
- James, W. (1894). The physical basis of emotion. *Psychological Review*, 101, 205-210.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. Nueva York: Penguin Classics.
- James, W. (1950). *The principles of psychology: Vol. 2*. Nueva York: Dover. (Trabajo original publicado en 1890).
- Janet, P. (1925). *Principles of psychotherapy*. Londres: George Allen y Unwin.
- Johnson, S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. Nueva York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (1998). Listening to the music: Emotion as a natural part of systems theory. *Journal of Systemic Therapies*, 17, 1-17.

Johnson, S. M. (2003a). Artículo y video presentados en el congreso Anatomy of Intimacy conference, University of California, Irvine.

Johnson, S. M. (2003b). Attachment theory: A guide for couple therapy. En S. M. Johnson y V. Whiffen (eds.), *Attachment processes in couples and families* (pp. 103-123). Nueva York: Guilford Press.

Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couples therapy: Creating connection* (2ª ed.). Nueva York: Brunner-Routledge.

Johnson, S. M. (2005). Emotion and the repair of close relationships. En W. Pinsof y J. Lebow (eds.), *Family psychology: The art of the science* (pp. 91-113). Nueva York. Oxford University Press.

Johnson, S. M. (2008a). Attachment and emotionally focused couple therapy: Perfect partners. En J. Obegi y E. Berant (eds.), *Clinical applications of adult attachment* (pp. XX-XX). Nueva York: Guilford Press.

Johnson, S. M. (2008b). Emotionally focused couple therapy: Creating connection. En A. S. Gurman (ed.), *The clinical handbook of couple therapy* (4ª ed., pp. 107-137). Nueva York: Guilford Press.

Johnson, S. M. (2008c). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. Nueva York: Little, Brown.

Johnson, S. M., Bradley, B., Furrow, J., Lee, A., Palmer, G., Tilley, D., y col. (2005). *Becoming an emotionally focused couple therapist: The workbook*. Nueva York Brunner/Routledge.

Johnson, S. M. y Greenberg, L. S. (1988). Relating process to outcome in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14, 175-183.

Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L. S. y Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology, Science, and Practice*, 6, 67-79.

Johnson, S. M., Makinen, J. y Millikin, J. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135-152.

Jung, C. G. (1946). *The psychology of the transference* (R. F. C. Hull, trad.). Londres: Routledge y Kegan Paul.

Keay, K. A. y Bandler, R. (2001). Parallel circuits mediating distinct emotional coping

reactions to different types of stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 25, 669-678.

Kestenberg, J. (1985). The flow of empathy and trust between mother and child. En E. J. Anthony y G. H. Pollack (eds.), *Parental influences in health and disease* (pp. 137-163). Boston: Little, Brown.

Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. K., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S., y col. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1377-1384.

Kirmayer, L. J. (2004). The cultural diversity of healing: Meaning, metaphor and mechanism. *British Medical Bulletin*, 69, 33-48.

Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.

Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 81-116.

Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Kugiumutzakis, G. (1998). Neonatal imitation in the intersubjective companion space. En S. Bråten (ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 63-88). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Kühl, O. (2007). *Musical semantics* (European Semiotics: Language, Cognition, and Culture, No° 7). Bern: Peter Lang.

Kurtz, R. (1990). *Body-centered psychotherapy: The Hakomi method*. Mendicino, CA: Life-Rhythm.

Lachmann, F. y Beebe, B. (1996). Three principles of salience in the organization of the patient-analyst interaction. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 1-22.

Lamagna, J. y Gleiser, K. (2007). Building a secure internal attachment: An intra-relational approach to ego strengthening and emotional processing with chronically traumatized clients. *Journal of Trauma and Dissociation* 8(1), 25-52.

Lamb, Porges, S. W. y col. (eds.). *Attachment and bonding: A new synthesis*. Cambridge, MA: MIT Press.

Lane, R. D. (2008). Neural substrates of implicit and explicit emotional processes: A unifying framework for psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 70, 214-231.

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E. y Kaszniak, A. W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry*, 42, 834-844.

Lane, R. D. y Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.

Langer, S. (1942). *Philosophy in a new key*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Langley, J. N. (1921). *The autonomic nervous system*. Cambridge, UK: Heffer y Sons.

Lanius, R. A., Williamson, P. C., Bluhm, R. L., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W. J., y col. (2005). Functional connectivity of dissociative responses in posttraumatic stress disorder: A functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry*, 57, 873-884.

Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B. y Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 533-541.

Lasch, C. (1977). *Haven in a heartless world*. Nueva York: Basic Books.

Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., y col., (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 911-917.

LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Nueva York: Simon y Schuster.

LeDoux, J. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. Nueva York: Viking.

Lee, D. N. (2005). Tau in action in development. En J. J. Rieser, J. J. Lockman y C. A. Nelson (eds.), *Action as an organizer of learning and development* (pp. 3-49). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Legerstee, L. (2005). *Infants' sense of people: Precursors to a theory of mind*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Leite-Panissi, C. R., Coimbra, N. C. y Menezes-de-Oliveira, L. (2003). The cholinergic stimulation of the central amygdala modifying the tonic immobility response and antinociception in guinea pigs depends on the ventrolateral periaqueductal gray. *Brain Research Bulletin*, 60, 167-178.

Lenzi, D., Trentini, C., Pantano, P., Macaluso, E., Iacoboni, M., Lenzi, G. I., y col. (en prensa). *Neural basis of maternal communication and emotional expression processing during infant preverbal stage: Cerebral cortex*.

Levine, P. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Levy, M. B. y Davis, K. E. (1988). Love styles and attachment styles compared. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 439-471.

Lewis, L., Kelly, K. y Allen, J. (2004). *Restoring hope and trust: An illustrated guide to mastering trauma*. Baltimore, MD: Sidran Institute Press.

Lewis, M. D. (2005). Bridging emotion theory and neurobiology through dynamic systems modeling. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 169-194.

Lichtenberg, J. D. (1990). On motivational systems. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38(2), 517-518.

Lichtenberg, J. D. (2001). Motivational systems and model scenes with special reference to bodily experience. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 430-447.

Lichtenberg, J. D. y Kindler, A. R. (1994). A motivational systems approach to the clinical experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42(22), 405-420.

Llinas, R. (2001). *I of the vortex: From neurons to self*. Cambridge, MA: MIT Press.

Loewald, H. W. (1986). Transference-countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 275-287.

Loewenstein, R. J. (1996). Dissociative amnesia and dissociative fugue. en L. K. Michaelson y W. J. Ray (eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 307-336). Nueva York: Plenum.

Loizzo, J. (en prensa). Optimizing learning and quality of life throughout the lifespan: a global framework for research and application. En W. C. Bushell, E. L. Olivo y N. D. Theise (eds.), *Longevity, regeneration, and optimal health: Integrating Eastern and Western perspectives*. Nueva York: Annals of the New York Academy of Sciences.

Lyons-Ruth, K. (2000). «I sense that you sense that I sense...»: Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 85-98.



Lyons-Ruth, K. (2005). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive representation, and the emergence of new forms of relational organization. En L. Aron y A. Harris (eds.), *Relational psychoanalysis* (vol. 2, pp. 2-45). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Lyons-Ruth, K. (2007). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 595-616.

Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy y P. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520-554). Nueva York: Guilford Press.

Lonstein, J. S. y Stern, J. M. (1998). Site and behavioral specificity of periaqueductal gray lesions on postpartum sexual, maternal, and aggressive behaviors in rats. *Brain Research*, 804, 21-35.

MacIntosh, H. B. y Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 298-315.

MacIntosh, H. B. y Johnson, S. M. (en prensa). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*.

Maguire, E. A., Gadian, D. G., Johnsrude, I. S., Good, C. D., Ashburner, J., Frackowiak, R. S. J. y Frith, C. (2000). Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 97, 4398-4403.

Mahler, M. S., Pine, F. y Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Nueva York: Basic Books.

Main, M. (1999). Attachment theory: Eighteen points with suggestions for future studies. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 845-888). Nueva York: Guilford Press.

Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1096.

Main, M. y Goldwyn, R. Adult attachment scoring and classification system. Manual no publicado. Department of Psychology, University of California at Berkeley.

Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and

adulthood: A move to the level of representation. En I. Bretherton y E. Waters (eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, (nº de serie 209) 66-106.

Main, M. y Morgan, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states. En L. Michelson y W. J. Ray (eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 107-138). Nueva York: Plenum Press.

Makinen, J. y Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1005-1064.

Malloch, S. (1999). Mother and infants and communicative musicality. En Deliège (ed.), *Rhythms, musical narrative, and the origins of human communication: Musicae Scientiae, Special Issue* (pp. 29-57). Liège, Bélgica: European Society for the Cognitive Sciences of Music.

Malloch, S. y Trevarthen, C. (2008). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Mancia, M. (2006). Implicit memory and early unrepressed unconscious: Their role in the therapeutic process (How the neurosciences can contribute to psychoanalysis). *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 83-103.

Markowitsch, H. J., Reinkemeier, A., Kessler, J., Koyuncu, A. y Heiss, W.-D. (2000). Right amygdalar and temperofrontal activation during autobiographical, but not fictitious memory retrieval. *Behavioral Neurology*, 12, 181-190.

Maroda, K. J. (2005). Show some emotion: Completing the cycle of affective communication. En L. Aron y A. Harris (eds.), *Revolutionary connections: Relational psychoanalysis: Vol. II. Innovation and expansion* (pp. 121-142). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Martindale, C. y Hasenpus, N. (1978). EEG differences as a function of creativity, stage of the creative process, and effort to be original. *Biological Psychology*, 6, 157-167.

Marvin, R. y Britner, P. (1999). Normative development: The ontogeny of attachment. En J. Cassidy y P. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 44-67). Nueva York: Guilford Press.

Marwick, H. y Murray, L. (2008). The effects of maternal depression on the «musicality» of infant-directed speech and conversational engagement. En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Narratives of expressive gesture and*

*being human* (pp. 281-300). Oxford, UK: Oxford University Press.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. y Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. Nueva York: Guildford.

McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment*. Nueva York: Basic Books.

McFarlane, A. C. y Van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and its challenge to society. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind body and society* (pp. 24-45). Nueva York: Guilford Press.

Meadows, M. y Kaplan, R. F. (1994). Dissociation of autonomic and subjective responses to emotional slides in right hemisphere damaged patients. *Neuropsychologia*, 32, 847-856.

Merker, B. (2005). The liabilities of mobility: A selection pressure for the transition to consciousness in animal evolution. *Consciousness and Cognition*, 14(1), 89-114.

Merker, B. (2006). Consciousness without a cerebral cortex: A challenge for neuroscience and medicine. *Behavioral and Brain Sciences*, 30, 63-134.

Merker, B. (2008). The ritual foundations of human uniqueness. En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Narratives of expressive gesture and being human* (pp. 45-59). Oxford, UK: Oxford University Press.

Migdow, J. (2003). The problem with pleasure. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 5-25.

Mikulincer, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1203-1215.

Mikulincer, M., Florian, V. y Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.

Mikulincer, M., Gillath, O., Halvey, V., Avihou, N., Avidan, S. y Eshkoli, N. (2001). Attachment theory and reactions to others needs: Evidence that the activation of attachment security promotes empathic responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 1205-1224.

Mikulincer, M. y Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Nueva York: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P., Gillath, O. y Nitzberg, R. A. (2005). Attachment, caregiving, and altruism: Boosting attachment security increases compassion and helping. *Journal of Personality Social Psychology*, 89, 817-818.

Minagawa-Kawai, Y., Matsuoka, S., Dan, I., Naoi, N., Nakamura, K. y Kojima, S. (2009). Prefrontal activation associated with social attachment: Facial-emotion recognition in mothers and infants. *Cerebral Cortex*, 19, 284-292.

Misslin, R. (2003). The defense system of fear: Behavior and neurocircuitry. *Clinical Neurophysiology*, 33(2), 55-66.

Mlot, C. (1998). Probing the biology of emotion. *Science*, 280, 1005-1007.

Mollon, P. (1996). *Multiple selves, multiple voices: Working with trauma, violation, and dissociation*. Chichester: Wiley.

Morris J. L. y Nilsson, S. (1994). The circulatory system. En S. Nilsson y S. Holmgren (eds.), *Comparative physiology and evolution of the autonomic nervous system* (pp. 193-246). Switzerland: Harwood.

Morris, J. S., Ohman, A. y Dolan, R. J. (1999). A subcortical pathway to the right amygdale mediating «unseen» fear. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 96, 1680-1685.

Moskal, J. R., Kroes, R. A., Otto, N. J., Rahimi, O. y Claiborne, B. J. (2006). Distinct patterns of gene expression in the left and right hippocampal formation of developing rats. *Hippocampus*, 16, 629-634.

Murray, L. y Cooper, P. J. (eds.) (1997). *Postpartum depression and child development*. Nueva York: Guilford Press.

Murray, L. y Trevarthen, C. (1985). Emotional regulation of interactions between twomonth-olds and their mothers. En T. M. Field y N. A. Fox (eds.), *Social perception in infants* (pp. 177-197). Norwood, NJ: Ablex.

Murray, L. y Trevarthen, C. (1986). The infant's role in mother-infant communication. *Journal of Child Language*, 13, 15-29.

Nadel, J., Carchon, I., Kervella, C., Marcelli, D. y Réserbat-Plantey, D. (1999). Expectancies for social contingency in 2-month-olds. *Developmental Science*, 2, 164-173.

Nadel, J. y Muir, D. (2005). (eds.). *Emotional development*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Nagy, E. (2008). Innate intersubjectivity: Newborns' sensitivity to communication disturbance. *Developmental Psychology*.

- Nagy, E. y Molnár, P. (2004). *Homo imitans* or *Homo provocans*? Human imprinting model of neonatal imitation. *Infant Behaviour and Development*, 27(1): 54-63.
- Nathanson, D. L. (1996). Interview with Donald Nathanson. Disponible en línea en [www.behavior.net/column/nathanson](http://www.behavior.net/column/nathanson).
- Neborsky, R. J. (2006). Brain, mind, and dyadic change processes. *Clinical Psychology: In Session*, 62(5): 523-538.
- Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 221-234.
- Nelson, E. E. y Panksepp, J. (1998). Brain substrates of infant-mother attachment: Contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 22, 437-452.
- Niedenthal, P. M. (2007). Embodying emotion. *Science* 316(5827): 1002-1005.
- Nijenhuis, E. R. S. (2000). Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 7-32.
- Nijenhuis, E. R. S. (2004). *Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. Nueva York: Norton.
- Nijenhuis, E. R. S. y Van der Hart, O. (1999). Forgetting and reexperiencing trauma: From anesthesia to pain. En J. Goodwin y R. Attias (eds.), *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 35-69). Nueva York: Basic Books.
- Nijenhuis, E. R. S., Vanderlinden, J. y Spinhoven, P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 243-260.
- Nijenhuis, E. R. S., Van Dyck, R., y col. (1999). Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(4), 511-520.
- Nitschke, J. B., Heller, W., Palmieri, P. A. y Miller, G. A. (1999). Contrasting patterns of brain activity in anxious apprehension and anxious arousal. *Psychophysiology*, 36, 628-637.
- Northoff, G., Henzel, A., de Greck, M., Bermpohl, F., Dobrowolny, H. y Panksepp, J. (2006). Self-referential processing in our brain: A meta-analysis of imaging studies of the self. *Neuroimage*, 31, 440-457.

Northoff, G. y Panksepp, J. (2008). The trans-species concept of self and the sub-cortical-cortical midline system. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 259-264.

Numan, M. y Insel, T. R. (2003). *The neurobiology of parental behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.

Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. y Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.

Ogden, P. (2007). *Beneath the words: A clinical map for using mindfulness of the body and the organization of experience in trauma treatment*. Paper presented at Mindfulness and Psychotherapy Conference, Los Angeles, CA.

Ogden, P. y Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing trauma. *Traumatology*, 5, 149-173.

Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. Nueva York: Norton.

Ogden, P., Pain, C., Minton, K. y Fisher, J. (2005). Including the body in mainstream psychotherapy for traumatized individuals. *Psychologist-Psychoanalyst*, 25(4), 19-24.

Ogden, T. (1994). The analytic third. Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-19.

Ohnishi, T. y col. (2004). The neural network for the mirror system and mentalizing in normally developed children: An fMRI study. *NeuroReport*, 15, 1483-1487.

Osborne, N. (2009a). Towards a chronobiology of musical rhythm. En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Narratives of expressive gesture and being human* (pp. 545-564). Oxford, UK: Oxford University Press.

Osborne, N. (2009b). Music for children in zones of conflict and post-conflict. En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship* (pp. 331-356). Oxford, UK: Oxford University Press.

Osimo, F. (2001). *Parole, emozioni e videotape: Manuale di psicoterapia breve dinamico-esperienziale (PBD-E)*. Milano: FrancoAngeli.

Osimo, F. (2002). Brief psychodynamic therapy. En J. J. Magnavita (ed.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, Vol. 1: Psychodynamic and Object Relations Psychotherapies* (pp. 207-238). Nueva York: Wiley.

Osimo, F. (2003). *Experiential short-term dynamic psychotherapy: A manual*. Bloomington, IN: Authorhouse.

Panksepp, J. (1985). Mood changes. *Handbook of clinical neurology: Vol. 1. Clinical neuropsychology* (pp. 271-285). Amsterdam: Elsevier Science Publishers. Nueva York: Norton.

Panksepp, J. (1998a). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Nueva York: Oxford University Press.

Panksepp, J. (1998b). The periconscious substrates of consciousness: Affective states and the evolutionary origins of the self. *Journal of Consciousness Studies*, 5, 566-582.

Panksepp, J. (2001). The long-term psychobiological consequences of infant emotions: Prescriptions for the 21st century. *Infant Mental Health Journal*, 22, 132-173.

Panksepp, J. (2003). Trennungsschmerz als mögliche Ursache für Panikattacken—neuropsychologische Überlegungen und Befunde. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 7, 245-251.

Panksepp, J. (2004a). The emerging neuroscience of fear and anxiety disorders. En J. Panksepp (ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 489-520). Nueva York: Wiley.

Panksepp, J. (ed.) (2004b). *Textbook of biological psychiatry*. Nueva York: Wiley.

Panksepp, J. (2005a). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14, 19-69.

Panksepp, J. (2005b). On the embodied neural nature of core emotional affects. *Journal of Consciousness Studies*, 12, 161-187.

Panksepp, J. (2006). Emotional endophenotypes in evolutionary psychiatry. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 774-784.

Panksepp, J. (2007a). Can play diminish ADHD and facilitate the construction of the social brain? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 57-66.

Panksepp, J. (2007b). Neuroevolutionary sources of laughter and social joy: Modeling primal human laughter in laboratory rats. *Behavioral Brain Research*, 182, 231-244.

Panksepp, J. (2007c). Neurologizing the psychology of affects: How appraisal-based constructivism and basic emotion theory can coexist. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 281-296.



Panksepp, J. (2008a). The affective brain and core-consciousness: How does neural activity generate emotional feelings? En M. Lewis, J. M. Haviland y L. F. Barrett (eds.), *Handbook of emotions* (pp. 47-67). Nueva York: Guilford Press.

Panksepp, J. (2008b). Play, ADHD, and the construction of the social brain: Should the first class each day be recess? *American Journal of Play*, 1, 55-79.

Panksepp, J. (2008c). The power of the word may reside in the power of affect. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 42, 47-55.

Panksepp, J. (2009). Primary process affects and brain oxytocin. *Biological Psychiatry*, 65, 725-727.

Panksepp, J. (en prensa). The evolutionary sources of jealousy: Cross-species approaches to fundamental issues. En S. L. Hart y M. Lagerstee (eds.), *Handbook of jealousy: Theories, principles, and multidisciplinary approaches*. Nueva York: Wiley-Blackwell.

Panksepp, J. y Burgdorf, J. (2003). «Laughing» rats and the evolutionary antecedents of human joy? *Physiology and Behavior*, 79, 533-547.

Panksepp, J., Burgdorf, J., Beinfeld, M. C., Kroes, R. y Moskal, J. (2007). Brain regional neuropeptide changes resulting from social defeat. *Behavioral Neuroscience*, 121, 1364-1371.

Panksepp, J., Burgdorf, J., Gordon, N. y Turner, C. (2003). Modeling ADHD-type arousal with unilateral frontal cortex damage in rats and beneficial effects of play therapy. *Brain and Cognition*, 52, 97-105.

Panksepp, J. y Gordon, N. (2003). The instinctual basis of human affect: Affective imaging of laughter and crying. *Consciousness and Emotion*, 4, 197-206.

Panksepp, J. y Harro, J. (2004). The future of neuropeptides in biological psychiatry and emotional psychopharmacology: Goals and strategies. En J. Panksepp (ed.), *Textbook of biological psychiatry* (pp. 627-660). Nueva York: Wiley.

Panksepp, J., Lensing, P., Leboyer, M. y Bouvard, M. P. (1991). Naltrexone and other potential new pharmacological treatments of autism. *Brain Dysfunction*, 4, 281-300.

Panksepp, J. y Moskal, J. (2008). Dopamine and SEEKING: Subcortical «reward» systems and appetitive urges. En A. Elliot (ed.), *Handbook of approach and avoidance motivation* (pp. 67-87). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Panksepp, J., Normansell, L. A., Cox, J. F. y Siviy, S. (1994). Effects of neonatal

- decortications on the social play of juvenile rats. *Physiology and Behavior*, 56, 429-443.
- Panksepp, J., Normansell, L. A., Herman, B., Bishop, P. y Crepeau, L. (1988). Neural and neurochemical control of the separation distress call. En J. D. Newman (ed.), *The physiological control of mammalian vocalizations* (pp. 263-300). Nueva York: Plenum Press.
- Panksepp, J. y Northoff, G. (2009). The trans-species core self: The emergence of active cultural and neuro-ecological agents through self-related processing within subcortical-cortical midline networks. *Consciousness and Cognition*, 18, 193-215.
- Panksepp, J. y Trevarthen, C. (2009). Motive impulse and emotion in acts of musicality and in sympathetic emotional response to music. En S. Maloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Panksepp, J. y Zellner, M. (2004). Towards a neurobiologically based unified theory of aggression. *International Review of Social Psychology*, 17, 37-61.
- Papoušek, H. y Papoušek, M. (1977). Mothering and cognitive head start: Psychobiological considerations. En H. R. Schaffer (ed.), *Studies in mother-infant interaction: The Loch Lomond symposium* (pp. 63-85). Londres: Academic Press.
- Papoušek, H. y Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. En J. D. Osofsky (ed.), *Handbook of infant development* (2ª ed., pp. 669-720). Nueva York: Wiley.
- Papoušek, M. P. (1996). Intuitive parenting: A hidden source of musical stimulation in infancy. En I. Deliège y J. Sloboda (eds.), *Musical beginnings: Origins and development of musical competence* (pp. 88-112). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Papoušek, M. P. (2007). Communication in infancy: An arena of intersubjective learning. *Infant Behavior and Development*, 30, 258-266.
- Pavlicevic, M. y Ansdell, G. (2009). En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship* (pp. 357-376). Oxford: Oxford University Press.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Londres: Oxford University Press.
- Payne, K. (2000). The progressively changing songs of humpback whales: A window on the creative process in a non-human mammal. En N. Wallin, B. Merker y S. Brown (eds.), *Origins of music* (pp. xx-xx). Cambridge, MA: MIT Press.
- Pessoa, L., McKenna, M., Gutierrez, E. y Ungerleider, L. G. (2002). Neuroprocessing

of emotional faces requires attention. *Proceedings of the National Academy of Sciences (USA)*, 99(11), 458-463.

Pfaff, D. W. (1999). *Drive: Neurobiological and molecular mechanisms of sexual behavior*. Cambridge, MA: MIT Press.

Phelps, E. A., Delgado, M. R., Nearing, K. I. y LeDoux, J. E. (2004). Extinction learning in humans: Role of the amygdala and vmPFC. *Neuron*, 43, 897-905.

Pincus, D., Freeman, W. y Modell, A. (2007). A neurobiological model of perception. Considerations for transference. *Psychoanalytic Psychology*, 24, 623-640.

Pipp, S. y Harmon, R. J. (1987). Attachment as regulation: A commentary. *Child Development*, 58, 648-652.

Podell, K., Iovell, M. y Goldberg, E. (2001). Lateralization of frontal lobe functions. En S. P. Salloway, P. F. Malloy y J. D. Duffy (eds.), *The frontal lobes and neuropsychiatric illness* (pp. 83-89). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage—a polyvagal theory. *Psychophysiology*, 32, 301-318.

Porges, S. W. (1997). Emotion: An evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 62-77.

Porges, S. W. (1998). Love: An emergent property of the mammalian autonomic nervous system. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 837-861.

Porges, S. W. (2001a). Is there a major stress system at the periphery other than the adrenals? En D. M. Broom (ed.), *Dahlem workshop on coping with challenge: Welfare in animals including humans* (pp. 135-149).

Porges, S. W. (2001b). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42, 123-146.

Porges, S. W. (2003). Social engagement and attachment: A phylogenetic perspective. *Roots of Mental Illness in Children, Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 31-47.

Porges, S. W. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. Zero to Three. Consultado el 8 de agosto de 2005 en [bbc.psych.uic.edu/pdf/neuroception.pdf](http://bbc.psych.uic.edu/pdf/neuroception.pdf).

- Porges, S. W. (2006). The role of social engagement in attachment and bonding: A phylogenetic perspective. En C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossman, S. B. Hardy, M. E. Lamb, S. W. Porges, and N. Sachser (eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 116-143.
- Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A. y Maiti, A. K. (1994). Vagal tone and the physiological regulation of emotion. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 59, 167-186.
- Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A., Portales, A. L. y Greenspan, S. I. (1996). Infant regulation of the vagal «brake» predicts child behavior problems: A psychobiological model of social behavior. *Developmental Psychobiology*, 29, 697-712.
- Prenn, N. (2009). I second that emotion! On self-disclosure and its metaprocessing. En A. Bloomgarden y R. B. Menutti (eds.), *The psychotherapist revealed: Therapists speak about selfdisclosure* (pp. 85-99). Nueva York: Routledge.
- Preter, M. y Klein, D. F. (2008). Panic, suffocation false alarms, separation anxiety, and endogenous opioids. *Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32, 603-612.
- Price, J. L. (2005). Free will versus survival: Brain systems that underlie intrinsic constraints on behavior. *Journal of Comparative Neurology*, 493, 132-139.
- Rapaport, D. (1951). *Organization and pathology of thought*. Nueva York: Columbia University Press.
- Ratey, J. (2002). *A user's guide to the brain: Perception, attention, and the four theaters of the brain*. Nueva York: Vintage Books.
- Raz, A. (2004). Anatomy of attentional networks. *Anatomical Records*, 281B, 21-36.
- Recordati, G. (2003). A thermodynamic model of the sympathetic and parasympathetic nervous systems. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, 103, 1-12.
- Reddy, V. (2005). Feeling shy and showing off: Self-conscious emotions must regulate self awareness. En J. Nadel y D. Muir (eds.), *Emotional development* (pp. 183-204). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Reddy, V. (2008). *How infants know minds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Reddy, V. y Trevarthen, C. (2004). What we learn about babies from engaging with their

emotions. *Zero to Three*, 24(3), 9-15.

Resnick, S. (1997). *The pleasure zone: Why we resist good feelings and how to let go and be happy*. Berkeley, CA: Conari Press.

Rholes, W. S. y Simpson, J. A. (2004). *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications*. Nueva York: Guilford Press.

Richards, M. P. M. (1973). The development of psychological communication in the first year of life. En J. S. Bruner y F. J. Connolly (eds.), *The growth of competence* (pp. xx-xx). Nueva York: Academic Press.

Richter, C. P. (1957). On the phenomenon of sudden death in animals and man. *Psychosomatic Medicine*, 19, 191-198.

Rivers, W. (1920). *Instinct and the unconscious: A contribution to a biological theory of the psychoneuroses*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Rizvi, T. A., Ennis, M., Behbehani, M. M. y Shipley, M. T. (1991). Connections between the central nucleus of the amygdala and the midbrain periaqueductal gray: Topography and reciprocity. *Journal of Comparative Neurology*, 303, 121-131.

Rizzolatti, G. y Arbib, M. A. (1998). Language within our grasp. *Trends in the Neurosciences*, 21, 188-194.

Robarts, J. Z. (2009). Supporting the development of mindfulness and meaning: Clinical pathways in music therapy with a sexually abused child. En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship* (pp. 377-400). Oxford: Oxford University Press.

Robb, L. (1999). Emotional musicality in mother-infant vocal affect and an acoustic study of postnatal depression. En Deliège (ed.), *Rhythms, musical narrative, and the origins of human communication* (pp. 123-151). Liège, Belgium: European Society for the Cognitive Sciences of Music.

Roelofs, K., Keijers, G. P. J., Hoogduin, K. A. L., Naring, G. W. B. y Moene, F. C. (2002). Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1908-1913.

Rotenberg, V. S. (2004). The ontogeny and asymmetry of the highest brain skills and the pathogenesis of schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences*, 27, 864-865.

Rueda, M. R., Posner, M. I. y Rothbart, M. K. (2005). The development of executive attention: Contributions to the emergence of self-regulation. *Developmental*

*Neuropsychology*, 28, 573-594.

Russ, S. W. (2000-2001). Primary-process thinking and creativity: Affect and cognition. *Creativity Research Journal*, 13, 27-35.

Russell, E. y Fosha, D. (2008). Transformational affects and core state in AEDP: The emergence and consolidation of joy, hope, gratitude, and confidence in the (solid goodness of the) self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18(2), 167-190.

Ryan, J. (1974). Early language development: Towards a communicational analysis. En M. P. M. Richards (ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 185-213). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Ryan, R. (2007). Motivation and emotion: A new look and approach for two reemerging fields. *Motivation and Emotion*, 31, 1-3.

Safran, J. y Muran, C. (2003). Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide. Nueva York: Guilford.

Sander, L. W. (1977). The regulation of exchange in infant-caregiver systems and some aspects of the context-contrast relationship. En L. A. Rosenblum (ed.), *Interaction conversation and the development of language*. Nueva York: Wiley.

Sander, L. W. (1995). Identity and the experience of specificity in the process of recognition. *Psychoanalytic Dialogues*, 5, 579-594.

Sander, L. W. (2002). Thinking differently: Principles in process in living systems and the specificity of being known. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(1), 11-42.

Sands, S. H. (1994). What is dissociated? *Dissociation*, 7, 145-152.

Sano, K., Mayanagi, Y., Sekino, H., Ogashiwa, M. y Ishijima, B. (1970). Results of stimulation and destruction of the posterior hypothalamus in man. *Journal of Neurosurgery*, 33, 689-707.

Sarkar, J. y Adshead, G. (2006). Personality disorders as disorganization of attachment and affect regulation. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 297-305.

Sato, W. y Aoki, S. (2006). Right hemisphere dominance in processing unconscious emotion. *Brain and Cognition*, 62, 261-266.

Saugstad, L. F. (1998). Cerebral lateralization and rate of maturation. *International Journal of Psychophysiology*, 28, 37-62.

Scaer, R. C. (2001). The neurophysiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91.

Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory: The brain, the mind, and the past*. Nueva York: Basic Books.

Schechter, D. S. (2004). How post-traumatic stress affects mothers' perceptions of their babies: A brief video feedback intervention makes a difference. *Zero to Three*, 24(3), 43-49.

Schnall, S. y Laird, J. D. (2003). Keep smiling: Enduring effects of facial expressions and postures on emotional experience and memory. *Cognition and Emotion*, 17(5), 787-797.

Schore, A. N. (1991). Early superego development: The emergence of shame and narcissistic affect regulation in the practicing period. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14, 187-250.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self*. Mahweh, NJ: Erlbaum.

Schore, A. N. (1997). Interdisciplinary developmental research as a source of clinical models. En M. Moskowitz, C. Monk, C. Kaye y S. Ellman (eds.), *The neuro-biological and developmental basis for psychotherapeutic intervention* (pp. 1-71). Nueva York: Jason Aronson.

Schore, A. N. (1999). Commentary on emotions: Neuro-psychoanalytic views. *Neuro-Psychoanalysis*, 1, 49-55.

Schore, A. N. (2001). The effects of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

Schore, A. N. (2002a). Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 433-484.

Schore, A. N. (2002b). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.

Schore, A. N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. Nueva York: Norton.

Schore, A. N. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. Nueva York: Norton.

Schore, A. N. (2003c). Early relationship trauma, disorganized attachment, and the

development of a predisposition to violence. En M. F. Solomon y D. J. Siegel (eds.), *Healing trauma: Attachment, trauma, the brain, and the mind* (pp. 107-167). Nueva York: Norton.

Schore, A. N. (2005a). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, 26, 204-211.

Schore, A. N. (2005b). A neuropsychanalytic viewpoint: Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15, 829-854.

Schore, A. N. (2007). Review of *Awakening the dreamer: Clinical journeys* by Philip M. Bromberg. *Psychoanalytic Dialogues*, 17, 753-767.

Schore, A. N. (en prensa). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. En P. F. Dell y J. A. O'Neil (eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Nueva York: Routledge.

Schore, J. R. y Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.

Schuengel, C., Bakersmans-Kranenburg, M. J. y Van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54-63.

Schutz, L. E. (2005). Broad-perspective perceptual disorder of the right hemisphere. *Neuropsychology Review*, 15, 11-27.

Schwartz, J. M. (1998). Neuroanatomical aspects of cognitive behavioral therapy in obsessive compulsive disorder: An evolving perspective on brain and behavior. *British Journal of Psychiatry*, 173, Supplement 35, 39-45.

Schwartz, J. M. y Begley, S. (2002). *The mind and the brain: Neuroplasticity and the power of mental force*. Nueva York: Harper Perennial.

Segal, Z., Teasdale, J. y Williams, M. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford Press.

Selby, J. M. y Bradley, B. S. (2003). Infants in groups: A paradigm for study of early social experience. *Human Development*, 46, 197-221.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill.



- Senchak, M. y Leonard, K. (1992). Attachment styles and marital adjustment among newly wed couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 51-64.
- Shaver, P. y Clarke, C. L. (1994). The psychodynamics of adult romantic attachment. En J. Masling y R. Bornstein (eds.), *Empirical perspectives on object relations theory* (pp. 105-156). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Shaver, P. y Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. En J. J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 446-465). Nueva York: Guilford Press.
- Shewmon, D. A., Holmes, D. A. y Byrne, P. A. (1999). Consciousness in congenitally decorticate children: Developmental vegetative state as self-fulfilling prophecy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41, 364-374.
- Shuren, J. E. y Grafman, J. (2002). The neurology of reasoning. *Archives of Neurology*, 59, 916-919.
- Siegel, A. (2005). *The neurobiology of aggression and rage*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. Nueva York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2003). An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma. En M. F. Solomon y D. J. Siegel (eds.), *Healing trauma: Attachment, trauma, the brain, and the mind* (pp. 1-54). Nueva York: Norton.
- Siegel, D. J. (2007). *The mindful brain*. Nueva York: Norton.
- Siegel, D. J. (en prensa). *Mindsight*. Nueva York: Bantam Books.
- Siegel, D. J. y Hartzell, M. (2004). *Parenting from the inside out*. Nueva York: Tarcher.
- Simpson, J. A. (1990). The influence of attachment style on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
- Simpson, J. A. (1999). Attachment theory in modern evolutionary perspective. En J. Cassidy y P. R. Shaver (eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 115-140). Nueva York: Guilford Press.
- Simpson, J. A., Rholes, W. y Nelligan, J. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.

Simpson, J. A., Rholes, W. S. y Phillips D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 899-914.

Siviy, S. M. y Panksepp, J. (1987). Juvenile play in the rat: Thalamic and brain stem involvement. *Physiology and Behavior*, xx, 39-55.

Smith, A. (1982). Of the nature of that imitation which takes place in what are called the imitative arts. En W. P. D. Wightman y J. C. Bryce (eds.), *Essays on philosophical subjects* (pp. 176-213). Indianapolis: Liberty Fund. (Trabajo original publicado en 1777)

Smith, A. (1984). *Theory of moral sentiments*. Indianapolis: Liberty Fund. (Trabajo original publicado en 1759).

Smith, E. (1985). *The body in psychotherapy*. Jefferson, NC: McFarland.

Solms, M. y Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world*. Nueva York: Other Press.

Solomon, M. (1989). *Narcissism and intimacy: Love and marriage in an age of confusion*. Nueva York: Norton.

Solomon, M. (1994). *Lean on me: The power of positive dependency in intimate relationships*. Nueva York: Simon y Schuster.

Solomon, M. y Tatkin, S. (en prensa). *Love and war in intimate relationships: How the mind, brain, and body interact*. Nueva York: Norton.

Solomon, Z., Ginzberg, K., Mikulincer, M., Neria, Y. y Ohry, A. (1998). Coping with war captivity: The role of attachment style. *European Journal of Personality*, 12, 271-285.

Spence, S., Shapiro, D. y Zaidel, E. (1996). The role of the right hemisphere in the physiological and cognitive components of emotional processing. *Psychophysiology*, 13, 112-122.

Spiegel, D. y Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.

Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J. y Joergen Grabe, H. (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 682-687.

Spitzer, C., Wilert, C., Grabe, H-J., Rizos, T. y Freyberger, H. J. (2004). Dissociation, hemispheric asymmetry, and dysfunction of hemispheric interaction: A transcranial

magnetic approach. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 16, 163-169.

St. Clair, C., Danon-Boileau, L. y Trevarthen, C. (2007). Signs of autism in infancy: Sensitivity for rhythms of expression in communication. En S. Acquarone (ed.), *Signs of autism in infants: Recognition and early intervention* (pp. 21-45). Londres: Karnac.

Steele, K., Van der Hart, O. y Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex PTSD and dissociative disorder patients. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2, 79-116.

Stepper, S. y Strack, F. (1993). Proprioceptive determinants of emotional and nonemotional feelings. *Personality and Social Psychology*, 64(2), 211-220.

Stern, D. N. (1971). A micro-analysis of mother-infant interaction: Behaviors regulating social contact between a mother and her three-and-a-half-month-old twins. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 10, 501-517.

Stern, D. N. (1974). Mother and infant at play: The dyadic interaction involving facial, vocal and gaze behaviours. En M. Lewis y L. A. Rosenblum (eds.), *The effect of the infant on its caregiver* (pp. 187-213). Nueva York: Wiley.

Stern, D. N. (1977). *The first relationship*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Stern, D. N. (1993). The role of feelings for an interpersonal self. En U. Neisser (ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 205-215). Nueva York: Cambridge University Press.

Stern, D. N. (1999). Vitality contours: The temporal contour of feelings as a basic unit for constructing the infant's social experience. En P. Rochat (ed.), *Early social cognition: Understanding others in the first months of life* (pp. 67-90). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Stern, D. N. (2000). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology* (2<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Basic Books.

Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Nueva York: Norton.

Stern, D. N. y Bruschiweiler-Stern, N. (1997). *The birth of a mother: How the motherhood experience changes you forever*. Nueva York: Basic Books.

Stern, D. N., Hofer, L., Haft, W. y Dore, J. (1985). Affect attunement: The sharing of feeling states between mother and infant by means of inter-modal fluency. En T. M.

Field y N. A. Fox (eds.), *Social perception in infants* (pp. 249-268). Norwood, NJ: Ablex.

Stern, D. N., Jaffe, J., Beebe, B. y Bennett, S. L. (1975). Vocalization in unison and alternation: Two modes of communication within the mother-infant dyad. *Annals of the New York Academy of Science*, 263, 89-100.

Stern, D. N., Sander, L., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., y col. (1998). Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.

Stern, J. M. (1997). Offspring-induced nurturance: Animal-human parallels. *Developmental Psychobiology*, 31, 19-37.

Stolorow, R. D., Brandchaft, B. y Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Suler, J. R. (1989). Mental imagery in psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 6, 343-366.

Sullivan, R. M. y Dufresne, M. M. (2006). Mesocortical dopamine and HPA axis regulation: Role of laterality and early environment. *Brain Research*, 1076, 49-59.

Sun, T., Patoine, C., Abu-Khalil, A., Visvader, J., Sum, E., Cherry, T. J., y col. (2005). Early asymmetry of gene transcription in embryonic human left and right cerebral cortex. *Science*, 308, 1794-1798.

Sur, M. y Rubenstein, J. L. (2005). Patterning and plasticity of the cerebral cortex. *Science*, 310, 805-810.

Suter, S. E., Huggenberger, H. J. y Schachinger, H. (2007). Cold pressor stress reduces left cradling preference in nulliparous human females. *Stress*, 10, 45-51.

Symonds, L. L., Gordon, N. S., Bixby, J. C. y Mande, M. M. (2006). Right-lateralized pain processing in the human cortex: An fMRI study. *Journal of Neurophysiology*, 95, 3823-3830.

Szyf, M., McGowan, P. y Meaney, M. J. (2008). The social environment and the epigenome. *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 49, 46-60.

Tatkin, S. (2003). Marital therapy: The psychobiology of adult primary relationships Parte I.

Tatkin, S. (2007). Using the strange situation to understand and predict separation and

reunion behaviors. Universidad de California, Los Ángeles, Department of Family Medicine, David Geffen School of Medicine.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. y Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Thayer, J. F. y Lane, R. D. (2000). A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 61, 201-216.

Theoret, H., Kobayashi, M., Merabet, L., Wagner, T., Tormos, J. M. y Pascual-Leone, A. (2004). Modulation of right motor cortex excitability without awareness following presentation of masked self-images. *Cognitive Brain Research*, 20, 54-57.

Tomkins, S. S. (1962). *Affect, imagery, and consciousness: Vol. 1. The positive affects*. Nueva York: Springer.

Tomkins, S. S. (1963). *Affect, imagery, and consciousness: Vol. 2. The negative affects*. Nueva York: Springer.

Treboux, D. y Crowell, J. (2001, April). *Are AAI classifications stable across phases of adult development?: Transitions to marriage and to parenting*. Symposium presentado en el encuentro bienal de la Society for Research in Child Development, Minneapolis.

Trevarthen, C. (1977). Descriptive analyses of infant communication. En H. R. Schaffer (ed.), *Studies in mother-infant interaction: The Loch Lomond symposium* (pp. 227-270). Londres: Academic Press.

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. En M. Bullowa (ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 321-347). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1980). The foundations of intersubjectivity: Development of interpersonal and co-operative understanding of infants. En D. Olson (ed.), *The social foundations of language and thought* (pp. 316-342). Nueva York: Norton.

Trevarthen, C. (1985). Neuroembryology and the development of perceptual mechanisms. En F. Falkner y J. M. Tanner (eds.), *Human growth* (2ª ed., pp. 301-383). Nueva York: Plenum Press.

Trevarthen, C. (1986). Form, significance, and psychological potential of hand gestures of infants. En J. L. Nespoulous, P. Perron y A. R. Lecours (eds.), *The biological foundation of gestures: Motor and semiotic aspects* (pp. 149-202). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Trevarthen, C. (1989). Motives for culture in young children: Their natural development through communication. En W. Koch (ed.), *The nature of culture* (pp. 80-119). Bochum, Germany: Brockmeyer.

Trevarthen, C. (1993a). The function of emotions in early infant communication and development. En J. Nadel y L. Camaioni (eds.), *New perspectives in early communicative development* (pp. 48-81). Nueva York: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1993b). The self born in intersubjectivity: An infant communicating. En U. Neisser (ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (pp. 121-173). Nueva York: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1996). Lateral asymmetries in infancy: Implications for the development of the hemispheres. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 20(4), 571-586.

Trevarthen, C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. En S. Bråten (ed.), *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny* (pp. 15-46). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. (1999). Musicality and the intrinsic motive pulse: Evidence from human psychobiology and infant communication. En Deliège (ed.), *Rhythms, musical narrative, and the origins of human communication: Musicae Scientiae, Special Issue* (pp. 157-213). Liège, Bélgica: European Society for the Cognitive Sciences of Music.

Trevarthen, C. (2001a). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 95-131.

Trevarthen, C. (2001b). The neurobiology of early communication: Intersubjective regulations in human brain development. En A. F. Kalverboer y A. Gramsbergen (eds.), *Handbook on brain and behavior in human development* (pp. 841-882). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.

Trevarthen, C. (2002). Origins of musical identity: Evidence from infancy for musical social awareness. En R. A. R. MacDonald, D. J. Hargreaves y D. Miell (eds.), *Musical identities* (pp. 21-38). Oxford, UK: Oxford University Press.

Trevarthen, C. (2005a). Action and emotion in development of the human self, its sociability and cultural intelligence: Why infants have feelings like ours. En J. Nadel y D. Muir (eds.), *Emotional development* (pp. 61-91). Oxford, UK: Oxford University Press.

Trevarthen, C. (2005b). Stepping away from the mirror: Pride and shame in adventures of companionship—reflections on the nature and emotional needs of infant intersubjectivity. En C. S. Carter y col. (eds.), *Attachment and bonding: A new synthesis*

(pp. 55-84). Cambridge, MA: MIT Press.

Trevarthen, C. (2008a). Human biochronology: On the source and functions of «musicality.» En R. Haas y V. Brandes (eds.), *Proceedings of the Mozart and science conference* (pp. xx-xx). Vienna: Springer.

Trevarthen, C. (2008b). The musical art of infant conversation: Narrating in the time of sympathetic experience, without rational interpretation, before words. En M. Imberty y M. Gratier (eds.), *Narrative in music and interaction: Musicae Scientiae, Special Issue* (pp. 15-48). Liège, Bélgica: European Society for the Cognitive Sciences of Music.

Trevarthen, C. (2009). Infant consciousness. En T. Bayne, A. Cleermans y P. Wilkin (eds.), *Oxford companion to consciousness* (pp. 372-375). Oxford: Oxford University Press.

Trevarthen, C. y Aitken, K. J. (1994). Brain development, infant communication, and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health. *Development and Psychopathology*, 6, 599-635.

Trevarthen, C. y Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 3-48.

Trevarthen, C. y Aitken, K. J. (2003). Regulation of brain development and age-related changes in infants' motives: The developmental function of «regressive» periods. En M. Heimann (ed.), *Regression periods in human infancy* (pp. 107-184). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Trevarthen, C., Aitken, K. J., Vandekerckhove, M., Delafield-Butt, J. y Nagy, E. (2006). Collaborative regulations of vitality in early childhood: Stress in intimate relationships and postnatal psychopathology. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Developmental neuroscience* (2ª ed., pp. 65-126). Nueva York: Wiley.

Trevarthen, C. y Daniel, S. (2005). Rhythm and synchrony in early development, and signs of autism and Rett syndrome in infancy. *Brain and Development*, 27, (Supl.) S25-S34.

Trevarthen, C., Delafield-Butt, J. y Schögler, B. (en prensa). Psychobiology of musical gesture: Innate rhythm, harmony, and melody in the movements of narration. En A. Gritten y E. King (eds.), *Music and gesture—2*. Aldershot, UK: Ashgate.

Trevarthen, C. y Hubble, P. (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding, and acts of meaning in the first year. En A. Lock (ed.), *Action, gesture and symbol: The*

*emergence of language* (pp. 183-229). Nueva York: Academic Press.

Trevarthen, C., Murray, L. y Hubley, P. (1981). Psychology of infants. En J. Davis y J. Dobbing (eds.), *Scientific foundations of clinical paediatrics* (2ª ed., pp. 235-250). Londres: Heinemann Medical Books.

Trevarthen, C. y Reddy, V. (2007). Infant consciousness. En T. Bayne, A. Cleermans y P. Wilkin (eds.), *Oxford companion to consciousness*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Tronick, E. Z. (1980). On the primacy of social skills. En D. B. Sawin, L. O. Walker y J. H. Penticuff (eds.), *The exceptional infant: Vol. 4. Psychosocial risks in infant-environmental transactions* (pp. 144-158). Nueva York: Brunner/Mazel.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.

Tronick, E. Z. (1998). Interactions that effect change in psychotherapy: A model based on infant research. *Infant Mental Health Journal*, 19, 1-290.

Tronick, E. Z. (2003). «Of course all relationships are unique»: How co-creative processes generate unique mother-infant and patient-therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 473-491.

Tronick, E. Z. (2004). Why is connection with others so critical? Dyadic meaning making, messiness and complexity govern selective processes which co-create and expand individuals' states of consciousness. En J. Nadel y D. Muir (eds.), *Emotional development* (pp. xx-xx). Nueva York: Oxford University Press.

Tronick, E. Z. (2007). *The neurobehavioral and social emotional development of infants and children*. Nueva York: Norton.

Tronick, E. Z. (en prensa). *The psychobiology of pleasure*.

Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S. y Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.

Tronick, E. Z. y Weinberg, M. K. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after the still-face. *Child Development*, 67, 905-914.

Truex, R. C. y Carpenter, M. B. (1969). *Human neuroanatomy* (6ª ed.). Baltimore, MD: Williams y Wilkins.



- Tulving, E. y Schacter, D. L. (1990). Priming and human memory systems. *Science*, 247, 301-306.
- Tunnell, G. (2006). An affirmational approach to treating gay male couples. *Group*, 30(2), 133-151.
- Turner, M. (1996). *The literary mind: The origins of thought and language*. Nueva York: Oxford University Press.
- Tutte, J. C. (2004). The concept of psychical trauma: A bridge in interdisciplinary space. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 897-921.
- Tzourio-Mazoyer, N., De Schonen, S., Crivello, F., Reutter, B., y col. (2002). Neural correlates of woman face processing by 2-month-old infants. *Neuroimage*, 15, 454-461.
- Uvnas-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 819-835.
- Van der Hart, O. y Brown, P. (1992). Abreactions re-evaluated. *Dissociation*, 3, 127-140.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., y col. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906-914.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Nueva York: Norton.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. y Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Nueva York: Guilford Press.
- Vanhoutte, P. M. y Levy, M. N. (1979). Cholinergic inhibition of adrenergic neurotransmission in the cardiovascular system. En C. M. Brooks, K. Koizumi y A. Sato (eds.), *Integrative functions of the autonomic nervous system* (pp. 159-176). Tokyo: University of Tokyo Press.
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Van Lancker, D. y Cummings, J. L. (1999). Expletives: Neurolingusitic and neurobehavioral perspectives on swearing. *Brain Research Reviews*, 31, 83-104.

Wallin, N., Merker, B. y Brown, S. (eds.) (2000). *The origins of music*. Cambridge, MA: MIT Press.

Watt, D. F. (2003). Psychotherapy in an age of neuroscience: Bridges to affective neuroscience. En J. Corrigan y H. Wilkinson (eds.), *Revolutionary connections: Psychotherapy and neuroscience* (pp. 79-115). Londres: Karnac.

Watt, D. F. y Panksepp, J. (2009). Depression: An evolutionarily conserved mechanism to terminate separation-distress?: A review of aminergic, peptidergic, and neural network perspectives. *Neuropsychoanalysis*, 11, 5-104.

Whitehead, A. N. (1929). *Process and reality: An essay in cosmology*. Cambridge: Macmillan University Press.

Whitehead, C. C. (2005). Neo-psychoanalysis: A paradigm for the 21st century. *Journal of the Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 34, 603-627.

Wigram, T. y Elefant, C. (2009). Therapeutic dialogues in music: Nurturing musicality of communication in children with autistic spectrum disorder and Rett syndrome. En S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship* (pp. 423-445). Oxford: Oxford University Press.

Winnicott, D. W. (1945). Primitive emotional development. En *Collected papers: Through pediatrics to psycho-analysis* (pp. 145-146). Nueva York: Brunner Mazel.

Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 416-420.

Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. En *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140-152). Nueva York: International Universities Press. (Trabajo original publicado en 1960).

Winnicott, D. W. (1989). *Playing and reality*. Nueva York: Routledge. (Trabajo original publicado en 1982).

Winston, J. S., Strange, B. A., O'Doherty, J. y Dolan, R. J. (2002). Automatic and intentional brain responses during evaluation of trustworthiness of faces. *Nature Neuroscience*, 5, 277-283.

Wittling, W. (1995). The right hemisphere and the human stress response. *Acta Physiologica Scandinavica*, 161 (Supl. 640), 55-59.

Woodworth, R. S. (1928). Dynamic psychology. En C. Murchison (ed.), *Psychologies of 1925*. Worcester, MA: Clark University Press.

Yeung, D. y Cheung, C. (2008). *The rainbow after: Psychological trauma and accelerated experiential dynamic psychotherapy*. Hong Kong: Ming Fung Press.

Ziabreva, I., Poeggel, G., Schnabel, R. y Braun, K. (2003). Separation-induced receptor changes in the hippocampus and amygdala of *Octodon degus*: Influence of maternal vocalizations. *Journal of Neuroscience*, 23, 5329-5336.

Zeedyk, M. S. (ed.) (2008). *Making contact: Promoting social interaction for individuals with communicative impairments*. Londres: Jessica Kingsley.

Zlatev, J., Racine, T. P., Sinha, C. y Itkonin, E. (2008). *The shared mind: Perspectives on intersubjectivity*. Amsterdam: John Benjamins.

Zoia, S., Blason, L., D'ottavio, G., Bulgheroni, M., Pezzetta, E., Scabar, A., y col. (2007). Evidence of early development of action planning in the human foetus: A kinematic study. *Experimental Brain Research*, 176, 217-226.

**Diana Fosha, Ph.D.**, es la creadora de la psicoterapia dinámica experiencial acelerada (AEDP por sus siglas en inglés) y la directora del AEDP Institute en Nueva York. Es autora de *The Transforming Power of Affect*.

**Daniel J. Siegel, M.D.**, es profesor clínico asociado de psiquiatría en la Escuela de Medicina de UCLA, dentro de la facultad del Center for Culture, Brain, and Development y ejerce el cargo de director de estudios interdisciplinarios en una organización internacional sin ánimo de lucro para la Salud Mental Infantil, en Nueva York. Es también director del Centro de Desarrollo Humano. Es autor de numerosos *bestsellers*.

**Marion F. Solomon, Ph.D.**, es profesora en la Escuela David Geffen de Medicina en UCLA y sénior del Departamento de Humanidades, Ciencias Sociales y Ciencias de la misma universidad. También es directora de formación clínica en el Lifespan Learning Institute de Los Angeles. Es autora de *Narcissism and Intimacy: Love and Marriage in an Age of Confusion* y coeditora de *Healing Trauma*.





«Este libro, fruto del diálogo entre eminentes neurocientíficos, clínicos, investigadores del apego y trabajadores corporales, alcanza un nivel de integración entre estas disciplinas que no se ha visto antes. ¡Un logro magistral!»

**Bessel van der Kolk, M.D.**, autor de *El cuerpo lleva la cuenta*.

«Imagine que algunos de los más brillantes neurocientíficos que han contribuido a nuestra comprensión de las emociones y el desarrollo del cerebro se hubieran asociado con algunos de los psicoterapeutas más versados y creativos, y que realmente hubieran aprendido a entender unos el trabajo de los otros. El resultado es este libro, manifiestamente emocionante, esencial y a veces profundo, que muestra cómo utilizar los conocimientos basados en el cerebro y las propias emociones inevitables para promover la curación mental».

**Norman Doidge, M.D.**, autor de *El cerebro que se cambia a sí mismo*.

«Una visión panorámica magistral de las emociones. Este es un libro importante y muy bien hecho, especialmente fuerte en el equilibrio de la clínica con lo científico».

**Daniel N. Stern, M.D.**, autor de *Diario de un bebé: qué ve, siente y experimenta el niño en sus primeros cuatro años*.

«Es gratificante ver cómo este nuevo e importante volumen centra la atención en el elemento esencial, largamente esperado, del cambio emocional en psicoterapia. Este volumen proporciona información sobre neurofisiología, fenomenología y dinámicas interactivas que pueden beneficiar a los clínicos de todas las orientaciones».

**Francine Shapiro, Ph.D.**, autora de *Supera tu pasado y creadora del EMDR*.



[www.editorialeftheria.com](http://www.editorialeftheria.com)



# El trauma visto por los niños

Peter A. Levine, Ph.D. y Maggie Kline, MF, MFT



*Despertar el milagro cotidiano de la curación  
desde la infancia hasta la adolescencia*





# El trauma visto por los niños

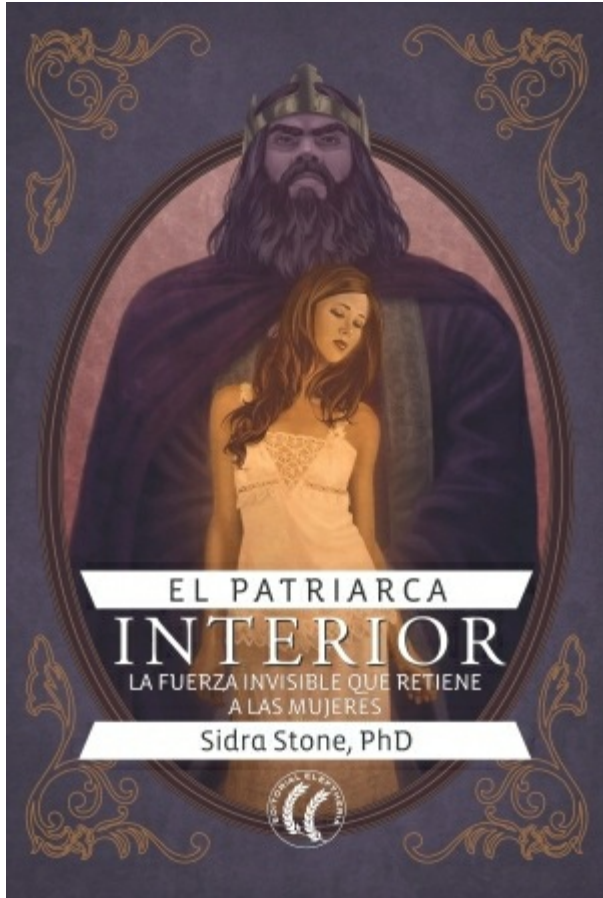
Levine, Peter A.  
9788494547751  
467 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El trauma visto por los niños describe paso por paso la aplicación práctica de los «primeros auxilios emocionales» en las secuelas de heridas y traumas emocionales en los niños. Se ha escrito para un público general e incluye capítulos específicos que resultarán de especial interés a padres, educadores y profesionales de la salud.

Al comprender que el trauma engendra violencia y la violencia engendra trauma, la intención de los autores es proveer información, ejemplos y actividades que romperán el círculo vicioso. Los niños tienen la libertad de desarrollar un fuerte sentido de identidad cuando la agitación interna se transforma en paz interior, preparando el camino para que sean todo lo que pueden ser. En esta guía completa, Peter Levine y Maggie Kline te invitan amablemente a que te unas a ellos en el sueño colectivo de tejer una nueva tela social a través de las poderosas herramientas de intervención de trauma aquí ofrecidas, para que los niños a través del mundo puedan realmente contar con la libertad de ser niños.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



EL PATRIARCA  
**INTERIOR**  
LA FUERZA INVISIBLE QUE RETIENE  
A LAS MUJERES

Sidra Stone, PhD



# El patriarca interior

Stone, Sidra  
9788494501951  
234 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El patriarca interior es de lectura obligatoria para la gran mayoría de mujeres. Sidra Stone nos enseña que la revolución femenina es también un trabajo interno. A pesar de que el sistema externo ha cambiado un poco, muchas de nuestras creencias inconscientes no lo han hecho.

Nuestro poder femenino, la sexualidad, los roles relacionales y las emociones están inconscientemente influenciados por una voz interior producto de más de dos mil años de patriarcado. Este libro facilita el cambio en nosotras mismas, nos muestra que dentro de cada una de nosotras vive un patriarca interno, un rey en la sombra, que continúa dirigiéndonos según las viejas reglas y valores patriarcales, gran parte de los cuales nos han sido transmitidos por nuestras propias madres.

El patriarca interior nos muestra esta voz y examina su poder, nos enseña a transformar este enemigo oculto en un poderoso aliado propiciando que cada mujer se apodre y actúe todo su potencial femenino.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

# El cuerpo recuerda

*La psicofisiología del trauma y  
el tratamiento del trauma*



Babette Rothschild



# El cuerpo recuerda

Rothschild, Babette

9788494480126

274 Páginas

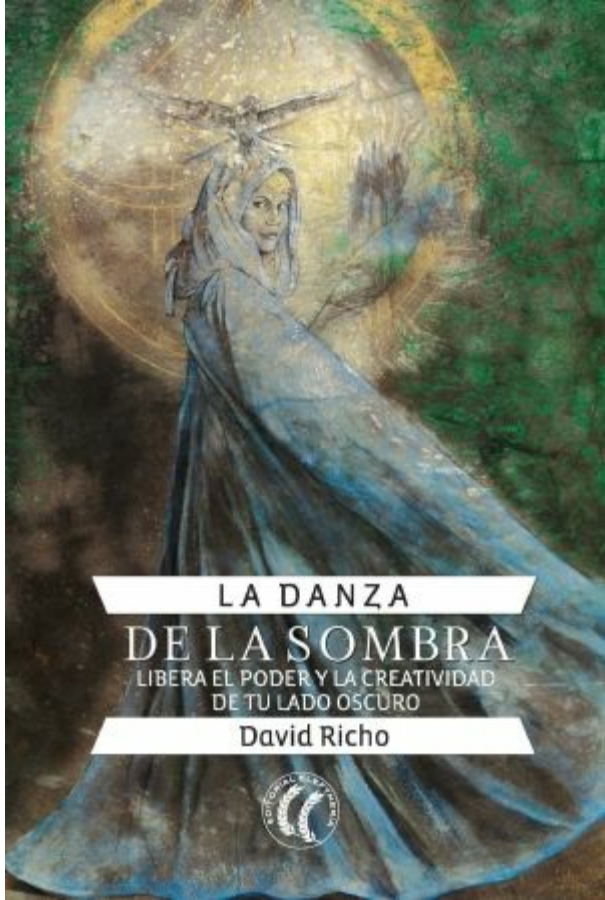
[Cómpralo y empieza a leer](#)

Es muy valioso, tanto para los clínicos como para sus clientes, comprender la psicofisiología del trauma y saber qué hacer con sus manifestaciones. Este libro ilumina esa fisiología, ofreciendo una luz sobre el impacto del trauma en el cuerpo y el fenómeno de la memoria somática.

Ahora se sabe que las personas que han sido traumatizadas conservan una memoria implícita de eventos traumáticos en sus cerebros y cuerpos. Esa memoria se expresa a menudo en la sintomatología del trastorno de estrés postraumático: pesadillas, flash-backs, reacciones asustadizas y conductas disociativas. En esencia, el cuerpo de la persona traumatizada se niega a ser ignorado.

Mientras reduce la brecha entre la teoría científica y la práctica clínica y crea puentes entre la terapia de conversación y la terapia corporal, Rothschild presenta principios y técnicas no invasivas para dar al cuerpo su lugar. Las técnicas somáticas que utiliza logran hacer la terapia de trauma más segura a la vez que aumenta la integración mente-cuerpo.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



# La danza de la sombra

Richo, David

9788494480188

391 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Te atreves a amar a aquéllos que has odiado toda tu vida?

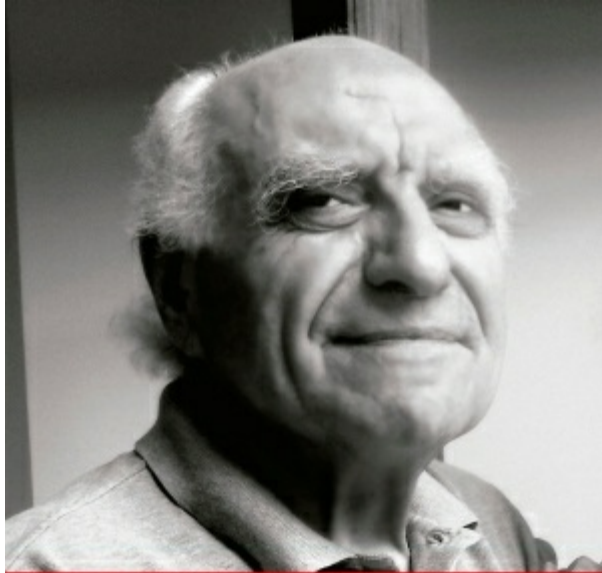
La sombra es todo lo que no conocemos o nos negamos a conocer de nosotros mismos, tanto si se refiere a la oscuridad como a la luz.

La danza de la sombra te enseña a transformar tus demonios interiores y a despertar tus divinidades latentes.

Muchos libros de espiritualidad recomiendan desprenderse del ego y en este libro se explica claramente cómo hacerlo.

Los ejercicios que encontrarás en estas páginas sirven de examen de consciencia, un examen realizado por nuestra consciencia espiritual adulta, y que se realiza cuando entablamos amistad con nuestra sombra negativa. Esta amistad sirve para despertar nuestra vida interior ya que activamos y articulamos nuestra sombra positiva con toda su riqueza, ofrendas y capacidades. Ambas dimensiones de nuestra alma, por consiguiente, reciben la misma atención y conceden favores iguales. Cooperan como compañeras en armonía. Entablar una relación de amistad con la sombra es una danza.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



# LA TERAPIA PESSO-BOYDEN (PBSP)

PARA LOGRAR UNA VIDA LLENA DE PLACER,  
SATISFACCIÓN, SIGNIFICADO Y CONEXIÓN.

Albert Pessó, Diane Boyden-Pessó y Lowijs Perquin  
Editado por Enrique Arellano Fariás





# La Terapia Pесо-Boyden (PBSP)

Peso, Albert

9788493527488

392 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Este libro nace para dejar un legado en español del trabajo de Albert Pесо y su esposa Diane Boyden-Peso.

Al Pесо ha sido uno de los grandes de la psicoterapia corporal. Su labor ha llegado a muchos países de manera directa o indirecta y su influencia puede verse en numerosas terapias de reciente aparición. La terapia Pесо-Boyden, o PBSP, se enseña en Alemania, Holanda, Inglaterra, República Checa, Estados Unidos, Noruega, Bélgica y Suiza entre otros estados. Por primera vez se traducen sus textos al español en este libro.

Al Pесо aporta a la terapia su verdadero significado: Una terapia es aquel trabajo con otra persona que tiene la capacidad de devolver al individuo el derecho propio a estar en la vida que es natural e innata, de experimentar el placer y satisfacción además de poder darle un significado profundo a sus vivencias gracias a una sana conexión con los demás.

La labor de Albert Pесо, Diane Boyden-Peso y el psiquiatra Lowijs Perquin, ha creado un sistema que merece la pena divulgar, ensalzar y compartir con otros.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

# Índice

Introducción	10
1. Sistemas emocionales cerebrales y cualidades de la vida mental: de los modelos de afectos animales a las implicaciones para la psicoterapia	17
2. Influencias recíprocas entre el cuerpo y el cerebro en la perfección y la expresión del afecto: una perspectiva polivagal	48
3. Funciones de la emoción en la infancia: regulación y comunicación del ritmo, la afinidad y el significado en el desarrollo humano	82
4. Creación de significado en varios niveles y expansión diádica de la teoría de la conciencia: flujo de significado polisémico emocional y polimórfico	120
5. Regulación del afecto en el hemisferio derecho: un mecanismo esencial de desarrollo, trauma, disociación y psicoterapia	152
6. La emoción como integración: una posible respuesta a la pregunta «¿qué es la emoción?»	187
7. Emoción y reconocimiento en funcionamiento: energía, vitalidad, placer, verdad, deseo y la fenomenología emergente de la experiencia transformacional	218
8. Emoción, conciencia plena y movimiento: expandir los límites reguladores de la ventana de tolerancia a los afectos	256
9. La emoción en la pareja: intimidad encontrada, intimidad perdida, intimidad recuperada	289
10. La emoción excesiva: comprender y transformar las relaciones amorosas en una terapia de enfoque emocional	318
11. Comunicación de las emociones y desarrollo de la autonomía y la intimidad dentro de la terapia familiar	345
Referencias	371

