



Manuel  
Hernández Pacheco

**APEGO Y  
PSICOPATOLOGÍA:  
LA ANSIEDAD  
Y SU ORIGEN**

Conceptualización y tratamiento  
de las patologías relacionadas  
con la ansiedad desde  
una perspectiva integradora

*Serendipity*

M A I O R



Manuel Hernández Pacheco

## **APEGO Y PSICOPATOLOGÍA: LA ANSIEDAD Y SU ORIGEN**

Conceptualización y tratamiento  
de las patologías relacionadas con la ansiedad  
desde una perspectiva integradora



Desclée De Brouwer

© Manuel Hernández Pacheco, 2019

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2019

Henao, 6 – 48009 Bilbao

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

[info@edesclée.com](mailto:info@edesclée.com)

 [EditorialDesclee](#)

 [@EdDesclee](#)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –[www.cedro.org](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3847-0

Adquiera todos nuestros ebooks en

[www.ebooks.edesclée.com](http://www.ebooks.edesclée.com)

*Este libro está dedicado a las tres mujeres de mi vida:  
Esther, Laura y Cristina*

# Prólogo

Constituye para **mí** una gran satisfacción prologar este libro del autor, al que he visto “crecer” como ser humano y terapeuta en estos años tras su formación sólida en el abordaje terapéutico EMDR, y con la madurez que le ha aportado el máster universitario “Psicoterapia con EMDR”.

Para mí, es un libro que consolida años de aprendizaje como psicoterapeuta, primero con hipnosis, mindfulness y otras psicoterapias, y que paulatinamente ha sabido integrar muy bien en la clínica con sus pacientes a través del EMDR. Este libro es el resultado de esta experiencia clínica e investigadora a la vez.

No cabe duda de que el libro, además de constituir muchas horas de consulta y estudio, profundiza en dos áreas, para mí importantes en el campo de la psicoterapia: el apego y las emociones, y todo esto enfocado desde una base neurobiológica, sin olvidar el modo en que percibimos y cómo nos afecta lo que vivimos en los primeros años de vida: “las creencias”.

El modelo que él denomina PARCUVE, no es sino un modo de sentar las bases, sobre las que posteriormente va a fundamentar el tratamiento con sus pacientes, utilizando distintos enfoques para el trabajo con emociones, trauma, comprensión del caso, preparación del paciente, disociación, recursos para estabilizar, antes de trabajar con partes, defensas y fobias que se presentan cuando tenemos que abordar los problemas, sin olvidar, la importancia del trabajo con el cuerpo, como un reflejo, de lo que pasa en nuestras vidas en presente.

Se centra y describe con ejemplos claros y didácticos, obtenidos de su trabajo como clínico, con sus pacientes, en el modelo PAI, constructo en el que se sustenta el EMDR “Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares” cuando aborda la parte dedicada al tratamiento.

Es para mí, un libro sumamente recomendado para profesionales, a quienes puede ayudar a comprender los problemas de sus pacientes desde un enfoque más integrador y para el público en general, a quienes puede ayudar a ver el origen de sus miedos, ansiedades, culpa, vergüenza, etc., emociones que muchas veces sienten a lo largo de sus vidas y no siempre saben el origen neurológico y social de dichas emociones. Es de

destacar a la hora de leer el libro la formación que como biólogo y posteriormente como psicólogo tiene el autor, lo que hace que sea sumamente interesante y práctico a profesionales del campo de la salud. El libro es muy asequible a todos los públicos en general y en particular para los psicoterapeutas. Espero que a todos, terapeutas y lectores, les sea útil.

Francisca García Guerrero  
Presidenta de la Asociación EMDR España  
Entrenadora de EMDR

# Agradecimientos

Este libro no hubiera podido existir sin la confianza que mis clientes han depositado en mí durante los años de mi experiencia como terapeuta. Detrás de este libro están muchas lecturas, pero sobre todo está mi experiencia de conectar con otros seres humanos que han abierto sus corazones y abandonado sus miedos para que yo pudiera darles la confianza para poder enfrentarse a su dolor y sus miedos.

Lucía Martínez ha estado desde el primer día presente en la redacción de este libro, pidiéndole constantemente críticas constructivas ante las que siempre había la misma respuesta: *tú sigue así que lo estás haciendo muy bien.*

José Ángel Castillo también fue muy importante en las redacciones iniciales del libro y quiero agradecerle su confianza en mí cuando esto era solo un proyecto.

Miriam Ramos ha sido vital en la edición de los primeros capítulos y una ayuda inmensa para ayudarme a mejorar aspectos de edición del libro.

Finalmente quiero agradecer a Arún Mansukhani, mi amigo y maestro haberme abierto el interés por el apego; sus supervisiones y clases son siempre una lección de maestría. El máster de la UNED de EMDR y psicopatología fue en gran parte el comienzo de este libro, sus profesores fueron de gran ayuda para aprender y desarrollar muchos conceptos. No puedo por menos que destacar las enseñanzas entre otros de Anabel González que dirigió mi trabajo de fin de máster y de Dolores Mosquera y Natalia Seíjo.

Francisca Guerrero ha sido el pilar sobre el que se ha construido la asociación EMDR España y sus enseñanzas y las formaciones que trae constantemente a nuestro país han permitido mucho del aprendizaje que fue necesario para mi terapia y escribir este libro; era obligado que ella lo encabezara con su prólogo.

Mis amigos y compañeros de cursos y muchos profesores que me han ayudado a ir poniendo ladrillos para profundizar en el estudio de la biología y la psicología podrán ver destellos de su presencia inmaterial en este libro. Gracias a todos.

# Introducción

No recuerdo mi infancia como feliz, sentí esa sensación de soledad que veo tan a menudo en mis pacientes. Quizás para calmarla me acompañaba una curiosidad insaciable que hacía que dedicara horas y horas a la lectura casi de forma obsesiva: novelas, mitología, libros sobre biología o sobre ajedrez. Ahora pienso que la sed de conocimiento me ayudaba a encontrar refugio en la lectura de las cosas que no me gustaban a mi alrededor.

Creo que estudiar biología era algo que ocurrió de forma irremediable, combinaba mi necesidad de aprender con mi amor por la naturaleza. Estudiar psicología en cambio fue un accidente, algo que ocurrió casi por casualidad. Pero la combinación azarosa de estos factores fue conformando que para mí las ciencias de la mente y la biología se fundieran en una sola cosa.

Cuando empecé hace tres años a trabajar con EMDR se abrió para mí un mundo nuevo, tanto en lo personal como en lo profesional. Descubrí muchos aspectos de mí mismo que desconocía y que me ayudaron a poder entender y poder ayudar mejor a mis pacientes.

Estudiar el funcionamiento de la mente me llevó a investigar todo lo relacionado con el apego y la importancia de nuestros primeros años de vida sobre el resto de nuestra existencia. De ahí pasar a estudiar la relación entre la biología y el trauma era solo un paso.

Este libro es el conjunto de multitud de lecturas sobre diferentes aspectos del funcionamiento del cerebro y cómo influye en nuestra mente y en las relaciones con los demás. He escrito el libro que me hubiera gustado encontrar hace unos años cuando comencé a recopilar información sobre todos estos temas. Lo he planteado como un viaje en el que parto desde las emociones y cómo es nuestra relación con los demás en los primeros años, viaje en el que se va conformando la forma en que nuestra mente funciona.

Lo he dividido en dos partes, en la primera describo los fundamentos teóricos del modelo que he creado para poder describir la importancia de los primeros años de nuestra vida en el origen de muchas patologías psicológicas. En el capítulo 1 explico la

relación tan estrecha que existe entre nuestro cuerpo y nuestro cerebro y cómo influyen en el reino de la psicología.

En el capítulo 2 hablo de una de las emociones más primitivas y más importantes para la supervivencia, el miedo. Cuando este aparece todos los sistemas emocionales pierden su importancia, pues la prioridad se convierte en sobrevivir. La búsqueda de las figuras que puedan dar protección es el objetivo del capítulo 3 y explicar cómo las áreas cerebrales que compartimos con el resto de los mamíferos regulan nuestro desarrollo emocional en relación con nuestros cuidadores.

Si no ha habido protección y seguridad en la infancia, el niño tendrá que buscar estrategias para poder seguir relacionándose con sus cuidadores tratando de que la relación sea lo más estable posible. Estas adaptaciones en la personalidad del niño en relación al comportamiento de los cuidadores es el contenido del capítulo 4. Diferentes estrategias para lograr y confort en la infancia darán lugar a diferentes tipos de apego.

El capítulo 5 explica cómo los mecanismos de regulación que se desarrollan para poder tener sensación de control se pueden convertir en patológicos cuando no son adaptativos. Estos a base de repetirse se convierten en inconscientes y se repiten fuera de la voluntad del sujeto, volviéndose una enfermedad. Cuando conocemos a la persona que está detrás de los síntomas y la ayudamos a conocerse, saber cuándo, cómo y por qué fue necesario actuar de ese modo ayudan a la persona a conocerse y a mentalizar. Es decir, a recuperar el control de su vida.

El modelo PARCUVE que desarrollo en el capítulo 6 describe cómo las rupturas en la relación emocional con las figuras de apego, conlleva la aparición de emociones inconscientes que resultan tóxicas para la persona, como son el miedo, la rabia, la culpa y la vergüenza. Son los pensamientos y las conductas para poder manejar estas emociones y la ansiedad asociada lo que conduce a la patología.

En la segunda parte desarrollo cómo es el tratamiento de estas emociones, pensamientos y conductas asociadas a los trastornos psicológicos desde un enfoque integrador del cuerpo, la mente y el cerebro y diferentes enfoques terapéuticos que han demostrado su eficacia en el pasado.

En el capítulo siete se describen los elementos que se dan en todos los enfoques terapéuticos. Son aquellas cuestiones que son transversales a todos los tratamientos y que encontraremos en todos los pacientes. La alianza terapéutica, la demanda que traen nuestros clientes a nuestra consulta y las emociones que hemos visto anteriormente en los capítulos anteriores constituyen los elementos de este capítulo.

En el capítulo ocho explico diferentes tratamientos que trabajan con diferentes aspectos de la mente, creo que tomar lo mejor de cada uno de ellos ayuda a poder realizar un tratamiento multidisciplinar y por consiguiente mucho más eficaz.

El trauma y los recuerdos que quedaron grabados en la mente constituyen una fuente de dolor y sufrimiento para nuestros pacientes. Creo que el EMDR es la terapia más eficaz que existe actualmente para el tratamiento del trauma. El capítulo nueve está dedicado íntegramente a esta terapia que tanto me ha ayudado en mi carrera profesional.

El capítulo diez explica lo importante que es realizar una buena recogida de datos para poder conocer mejor a los pacientes y conocer cómo fueron las circunstancias que les llevaron a su situación actual. Junto a esta etapa se pueden sentar los pilares de lo que va a ser el proceso terapéutico explicando al paciente diferentes aspectos de la psicología humana que le ayuden a poder volver a tener sensación de control, esto se desarrolla en el capítulo once.

La disociación de la personalidad es otro elemento que todo terapeuta interesado en el campo del trauma tiene que conocer en profundidad en sus fundamentos teóricos y prácticos para trabajar los diferentes aspectos que la caracterizan. El capítulo doce explica por qué ocurre y cómo resolverla.

En el capítulo trece se explica lo importante que es tener nosotros herramientas psicológicas como profesionales y poder así dotar de recursos de estabilización a nuestros pacientes, esto incluye técnicas de mindfulness e hipnosis.

El capítulo catorce explica cómo el cuerpo guarda memoria de las experiencias pasadas y cómo está completamente ligado a lo que ocurre en el cerebro. El trabajo con las sensaciones corporales constituye una herramienta muy poderosa para poder estabilizar y sanar a nuestros pacientes.

El capítulo 15 habla de cómo las defensas psicológicas que se crearon de forma inconsciente en el paciente pueden ser obstáculos que hay que sortear durante la terapia para poder acceder al contenido mental que provocó la patología.

El final de cualquier terapia llega con el afrontamiento a las situaciones, pensamientos, conductas o emociones que se han evitado a lo largo de la enfermedad (a veces casi toda la vida). Enfrentarse a los miedos, sean los que sean es el objetivo para lograr un equilibrio mental sano.

El último capítulo lo dedico a explicar cómo influye el tipo de apego del paciente en el enfoque de la terapia y cómo los síntomas y trastornos de personalidad constituyen la punta del iceberg de elementos patológicos que son los que provocaron la enfermedad y

que deben ser el objetivo de la terapia.

A lo largo del libro he utilizado de forma indistinta la palabra individuo, paciente o persona para poder aligerar el texto, igual ocurre con las palabras cuidadores o padres, las he usado como sinónimos. En los casos clínicos que detallo en el libro todos se verán reflejados de algún modo pero ninguno podrá hacerlo del todo, el anonimato de mis pacientes está por encima de cualquier otra cosa.

Primera parte:  
Enfoque teórico

# Cerebro, cuerpo y mente

## 1

### EMOCIONES Y COGNICIÓN

Tanto nuestra anatomía como nuestra fisiología son el resultado de millones de años de evolución, un proceso que ha ido añadiendo estructuras nerviosas que resultaron útiles a las especies que nos precedieron filogenéticamente. El cerebro de los seres vivos ha ido desarrollándose, conservando estructuras y funciones que resultaron útiles para la supervivencia, y alcanzando cada vez niveles más complejos. Para los seres humanos, esto ha supuesto el desarrollo de estructuras cerebrales que realizan tareas específicas y que han permitido, entre otras funciones, la aparición del lenguaje. Con este, se abrió la posibilidad de establecer una comunicación compleja con otros seres, fabricar herramientas y poder adaptarnos a cualquier ecosistema. Esto es lo que conocemos como cognición y es una característica que no compartimos con ninguna otra especie animal.

Nosotros también compartimos muchas estructuras y funciones cerebrales con los seres que nos han precedido en la escala evolutiva. Poseemos áreas cerebrales que regulan el miedo, la reproducción o la alimentación; regiones cerebrales que también poseen los reptiles. Con los mamíferos compartimos también la presencia de «emociones», que nos hacen cuidar de nuestros hijos, ser animales sociales y ayudan a modular, con mayor o menor acierto, nuestras acciones.

No exagero al decir que, a nivel psicológico, las implicaciones de lo anterior son enormes. Los seres humanos tenemos que procesar la información a dos niveles diferentes: uno cognitivo, a través del pensamiento, y otro emocional. Ninguna otra especie animal puede conducir un coche o dirigir una orquesta, pero sí pueden sentir emociones como rabia, miedo o apego a su descendencia. Las emociones van a regular gran parte de nuestro comportamiento y nuestros pensamientos, y a menudo van a estar en contradicción con lo que sabemos que resulta lógico. Como ser humano, no soy ajeno a esta paradoja y, como todos, muchas veces a lo largo de mi vida he hecho cosas de las que sabía que probablemente me iba a arrepentir, pero aun así no he podido dejar de hacerlas.

La palabra emoción proviene del latín *emotivo* que significa «movimiento o impulso», «aquello que mueve hacia». Por tanto, la etimología nos indica que la emoción es lo que

hace que actuemos o sintamos en función de ciertos estímulos internos (interoceptivos) o externos (exteroceptivos) que no podemos controlar voluntariamente. Las emociones son inconscientes y, a diferencia de las cogniciones, no podemos evocarlas a voluntad, surgen de forma espontánea en función de diferentes estímulos o bien, como veremos más adelante, mediadas por nuestro pensamiento.

Durante mis años de universidad, por increíble que parezca, en la facultad nunca oí hablar de las emociones ni del papel que representaban en nuestras vidas. En aquella época, el paradigma dominante era la corriente cognitiva y algunos apuntes de psicoanálisis. Posteriormente, en mis primeros años de formación de postgrado tampoco encontré a nadie que me hablara de la importancia de las emociones, como si no fueran relevantes en la terapia, aunque estuvieran presentes. Más adelante, descubrí que son muchos los autores que, en la actualidad, están estudiando las emociones a nivel biológico y destacando el papel dominante que ocupan en nuestra vida y que deben tener en nuestro trabajo terapéutico.

Uno de los autores contemporáneos que más insiste en la importancia de las emociones en los procesos psicológicos es Siegel (2010), quien afirma: «... las emociones presentan procesos dinámicos creados dentro de los procesos del cerebro que evalúan el sentido de nuestras acciones y están socialmente influidos...» (p. 184). Las emociones son vitales para la supervivencia y para todo lo que esta conlleva, como el miedo, la búsqueda de pareja o la crianza de los hijos. Nos permiten evaluar, de forma consciente o inconsciente, las oportunidades y riesgos que nos rodean en relación con nosotros mismos y con los demás.

Siegel (2010) defiende que la emoción es el resultado de una valoración subjetiva de determinados estímulos que pueden ser tanto internos como externos. Mediante las emociones, por tanto, podemos valorar consciente o inconscientemente si una situación es más o menos favorable para nuestra supervivencia o la de nuestra descendencia. Porges (2009, 2011) desarrolló el concepto de «neurocepción» para resaltar el proceso neuronal inconsciente que distingue si los estímulos externos (e internos) son seguros, peligrosos o ponen nuestra vida en peligro. Pero este mecanismo –como todos hemos experimentado y vemos en nuestra vida diaria y nuestras consultas– no es exacto y, a veces, puede fallar. Podemos sentir una emoción (y la sensación añadida) que valore erróneamente el peligro al que nos vemos expuestos. Se puede sobrevalorar el peligro y mostrar una reacción excesiva ante un estímulo inocuo, como ocurre, por ejemplo, en el caso de las fobias. O bien, se puede ignorar dicho estímulo porque haya otra emoción que sea más intensa, como en el caso de una mujer maltratada que sigue teniendo

relaciones con el maltratador porque el miedo al abandono supera al miedo a sufrir daños físicos.

Las emociones son inconscientes en el sentido de que no podemos controlar su aparición, lo cual va a hacer que dominen de forma involuntaria gran parte de nuestra mente y nuestro cuerpo. Podemos controlar la expresión de la emoción –por ejemplo, sonreír– cuando estamos enfadados, pero no podemos tener ningún control sobre la emoción misma (Ramos et al., 2009). Los humanos, a diferencia de otros animales, podemos experimentar emociones sin que intervenga el pensamiento, como cuando algo o alguien nos provoca por ejemplo, miedo. Sin embargo, no puede existir cognición sin emoción. Si pensamos en las vacaciones que disfrutaremos en los próximos días, nos emocionaremos de forma positiva; pero si imaginamos que hay cucarachas en nuestra cocina, sentiremos asco o miedo. Las emociones, a su vez, ayudan a modular el pensamiento y a decidir qué acciones vamos a tomar.

Recuerdo cuando, de niño, se me caía un diente y lo guardaba debajo de la almohada esperando que por la mañana el ratoncito Pérez me hubiera traído un regalo. Sentía ilusión y emociones diversas, y como a la gran mayoría de los niños, no se me cruzaba por la mente ningún pensamiento cuestionando el hecho de que un ratón viniera por la noche buscando uno de mis dientes y, a cambio, me dejara algo de dinero. Ahora sé que no tenía desarrolladas muchas de mis áreas cerebrales y, por lo tanto, no podía analizar lo que ocurría a mi alrededor con los conocimientos que tengo hoy en día. Las áreas relativas al pensamiento lógico se fueron formando y madurando posteriormente, hasta llegar a ese momento en que empezamos a abandonar la infancia y a ver el mundo con lógica y mucha menos inocencia.

En los seres humanos, los circuitos cerebrales relacionados con el pensamiento empiezan a madurar a partir de los 2-3 años de edad y no se desarrollan del todo hasta los 25-27 años aproximadamente. En cambio, los circuitos emocionales se desarrollan – como veremos en los próximos capítulos– en los primeros meses de gestación en el útero materno y la mayoría están ya operativos desde el nacimiento. A medida que crecemos podemos sentir emociones y tomar decisiones racionales en función del desarrollo madurativo y de las circunstancias ambientales. Muchas veces será el circuito emocional el que predomine en la conducta, bien porque por edad no esté desarrollado todavía el circuito cerebral relativo al pensamiento o porque la emoción sea tan intensa (generalmente un peligro) que no permita ninguna valoración cognitiva.

La emoción también puede funcionar como una especie de filtro, un atajo que reduce la cantidad de información que hemos de utilizar para responder a estímulos ya

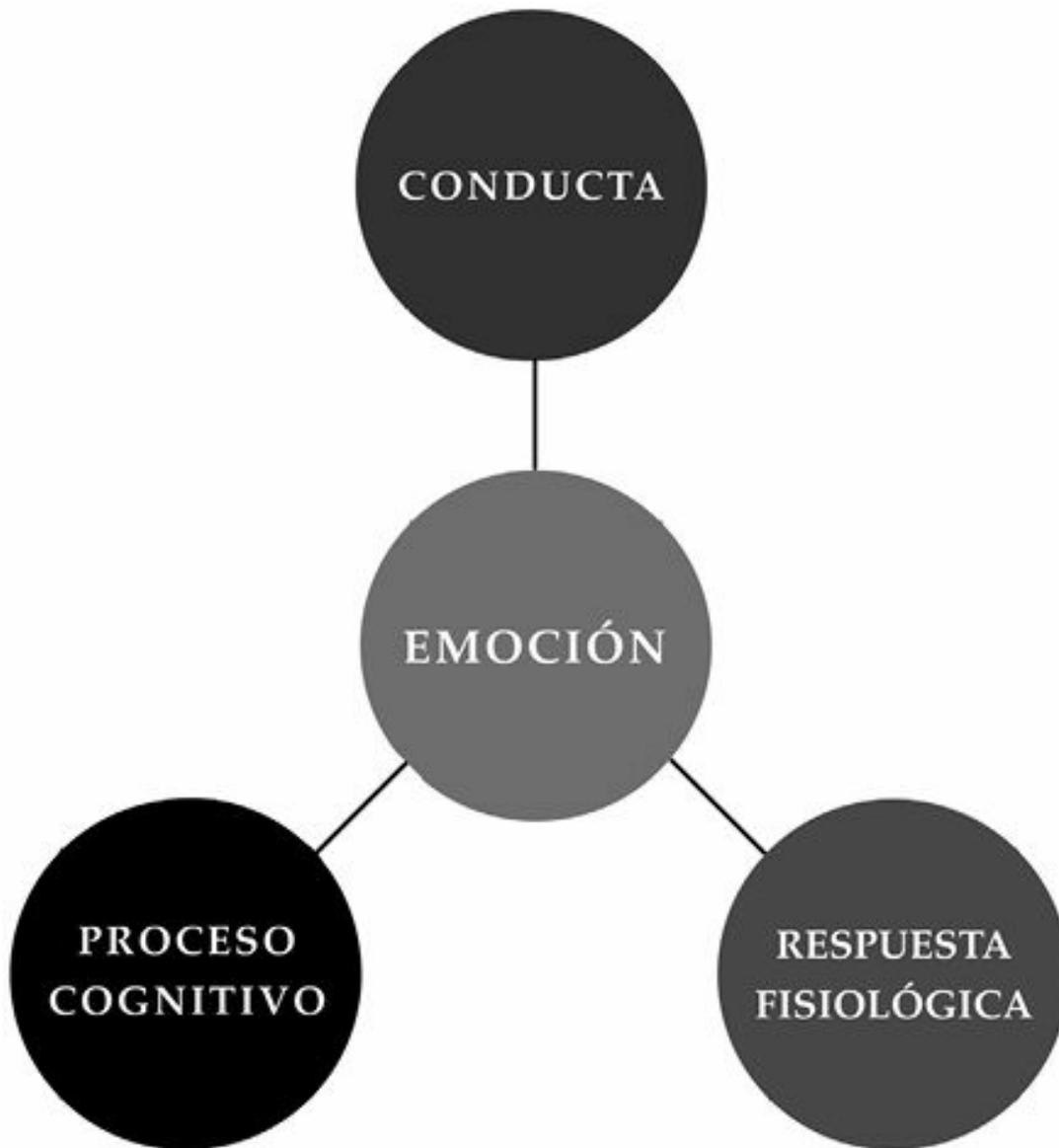
conocidos y poder así optimizar las respuestas que nos permiten adaptarnos a diferentes situaciones en el menor tiempo posible y, por consiguiente, con el menor gasto posible de energía (Palmero, 1996). Esto explicaría por qué muchas veces actuamos de forma instintiva y con acierto sin tener que pensar en lo que hacemos, aunque este «instinto» puede ser también fuente de problemas si actuamos de forma impulsiva en situaciones que necesitan o merecen reflexión.

En mi experiencia clínica, la mayoría de las personas que vienen buscando ayuda lo hacen porque existe una lucha entre lo que «saben» que deben hacer (cognición) y lo que «pueden» hacer (emoción). Las emociones, en situaciones que se perciban como generadoras de ansiedad o alerta, van a hacer, por un lado, que pensar se convierta en algo muy difícil o imposible y, por otro, que se pueda actuar de forma impulsiva, lo cual, en ocasiones, puede incluso llegar a ser patológico.

Las emociones son disposiciones inconscientes, unas veces positivas y otras negativas, que se originan ante estímulos significativos y se producen en diferentes sistemas cerebrales. Pueden estudiarse en función de diferentes factores (Aguado, 2005):

- Experiencia subjetiva: Sentimiento interno e inconsciente de las emociones.
- Apreciación cognitiva: Emociones sentidas de forma consciente que pueden ser explicadas verbalmente.
- Experiencia conductual: La actuación que se realiza ante un estímulo interno o externo.
- Activación fisiológica: Respuestas del sistema nervioso autónomo (hormonal y somático) y del sistema nervioso central.

Para observarlo de una forma gráfica se puede valorar en la figura 1.1.



**Figura 1.1.** La emoción está interconectada con el pensamiento, la cognición y las respuestas fisiológicas. No podemos entender unos sin los otros, todos están relacionados entre sí.

A nivel psicológico, nada de lo que nos ocurre puede explicarse fuera del campo de la neurobiología, ciencia que estudia la fisiología y la anatomía de nuestro cerebro. Son muchos los órganos cerebrales implicados en el pensamiento y las emociones. Aquí destaco dos: la corteza prefrontal, que juega un papel fundamental en la toma de decisiones, y la amígdala, que gracias a su valoración del peligro resulta una estructura esencial en las emociones (Ledoux, 1994). La unión entre la corteza prefrontal ventromedial (neocórtex) y la amígdala configura un circuito neurobiológico que permite explicar el papel que juega la emoción en la toma de decisiones. Ese circuito podría ser

considerado como la estructura neuroanatómica implicada en la conexión entre emoción y cognición (Palmero, 1996).

## **HOMEOSTASIS Y PATOLOGÍA**

Mi experiencia como biólogo me ha permitido tener una visión global del funcionamiento de los seres vivos, tanto a nivel microscópico –estudiando el funcionamiento de una bacteria o una célula– como a nivel macroscópico –analizando cómo funciona un ecosistema con múltiples especies animales y vegetales. Un ser humano no funciona de forma diferente a como lo hace cualquier ecosistema: los órganos internos se interrelacionan entre sí y también con el exterior.

La teoría general de sistemas defiende que todos los seres vivos son sistemas que se relacionan con el exterior (varios sistemas constituyen un suprasistema) y, a su vez, con sus órganos internos (subsistemas). Todos los subsistemas se pueden dividir, a su vez, en otros sistemas más pequeños. Esto genera una malla de relaciones que nos ayuda a crear un modelo que conecta nuestra mente con nuestro cuerpo y con el medio ambiente. Una persona es un sistema formado por otros subsistemas, como el cerebro o el cuerpo, los cuales, a su vez, están compuestos por órganos (subsistemas). Este individuo tiene hermanos y padres, los cuales conformarían un suprasistema que sería la familia. Todos los sistemas son abiertos y, por tanto, están en continua relación e influyen los unos sobre los otros.

Al mantenimiento de un equilibrio entre todos los sistemas es a lo que llamamos homeostasis y supone un gran esfuerzo lograrla. Gracias a la física, sabemos que todo sistema abierto –y el ser humano lo es– tiende a la máxima entropía o desorden (segunda ley de la termodinámica), y que conlleva un gran gasto de energía reducir ese desorden al mínimo. Por tanto, los organismos vivos tienden a utilizar la energía de la forma más rentable posible.

En nuestra vida diaria intentamos mantener un equilibrio entre nuestra vida personal y laboral. Tratamos de tener tiempo para el ocio y para cuidar de las personas que amamos. Todo esto supone un esfuerzo y un gasto de recursos físicos, económicos o de tiempo. También podemos gastar energía en tratar de mantener a raya a personas que nos resultan tóxicas o pensamientos y sensaciones que nos afectan de forma negativa.

Cuando dicho equilibrio u homeostasis se rompe –en la relación que tenemos con nosotros mismos y/o con los demás– es cuando hablamos de enfermedad o patología. En lo que respecta a la psicología, la ruptura del equilibrio sería lo que llevaría a la persona

y/o a su entorno a sufrir. Hablamos de integración cuando existe una homeostasis entre todos los sistemas internos y externos que les hace actuar de una forma coordinada, eficaz y sana.

Como hemos visto, las emociones funcionan como un atajo o evaluador para tomar decisiones con la mayor velocidad y el menor gasto energético posible. En la mayoría de los casos esto resulta muy útil y eficaz. Pero a veces estos atajos llevan a la patología. Si algo es experimentado como útil por nuestro cerebro emocional, la tendencia será a repetirlo, aunque la respuesta en el presente (puede que muchos años después) sea patológica.

Muchas conductas patológicas se mantienen en el tiempo porque aquello que hicimos en un momento determinado resultó útil para sentir bienestar o, al menos, para atenuar el malestar. Nuestro cerebro emocional guarda memoria del evento y tenderá a repetir la conducta cuando aparezca algún estímulo que sea parecido al original.

A sus 20 años, Pedro consumía marihuana habitualmente. Al preguntarle cuándo empezó a fumar, me dijo que empezó a los 15 años. Que sentía que su vida era un caos en ese momento y que al fumar droga descubrió que sus problemas desaparecían. Ni qué decir tiene que, en la actualidad, su forma de enfrentarse a los problemas es fumar droga y evitar pensar sobre las cosas que le preocupan.

Como veremos en los próximos capítulos, las patologías incluyen pensamientos, emociones o conductas que, aunque sepamos que actualmente resultan inadecuadas y patológicas, resultan inevitables. En su momento sirvieron para lograr una homeostasis a nivel interno, externo o ambos, pero continuar haciéndolo de la misma manera en la actualidad da lugar a una patología.

Según Siegel (2009), en psicología existen tres sistemas fundamentales para mantener el equilibrio u homeostasis:

- Sistema nervioso: Se refiere al funcionamiento de todo lo relacionado con el sistema nervioso central y autónomo. Tiene relación con todo lo orgánico y fisiológico.

- **Mente:** Se refiere a la interpretación que hacemos de lo que sentimos en nuestro interior y a nuestro alrededor. Por ejemplo, una persona puede sentir un dolor en la barriga y pensar que puede tener un cáncer, lo que le llevará a preocuparse en exceso y, aunque no haya evidencia médica de un trastorno, no podrá dejar de preocuparse.
- **Relaciones interpersonales:** Se refiere a cómo interactuamos con los demás seres humanos desde nuestro nacimiento hasta el fin de nuestros días. Los seres humanos somos animales sociales y las emociones van a jugar un papel vital en nuestra forma de relacionarnos con los demás. Nuestra infancia va a crear los cimientos de la forma en que nos vamos a relacionar con los demás a lo largo de nuestra vida.

La figura 1.2 refleja el equilibrio dinámico que debe existir en el ser humano entre lo que ocurre en nuestro cerebro, la manera en que esto repercute en nuestra mente (cómo interpretamos el mundo) y las relaciones con los demás. Si este equilibrio dinámico se rompe, surge la patología.

Damasio (2011), uno de los neurobiólogos actuales más prestigiosos, defiende que no se puede concebir al ser humano sin desarrollar una perspectiva integrada de la mente y el cerebro. Cuando los sistemas no están integrados, nos encontramos con estados de rigidez o de caos, o con ambos. Para que exista salud, ha de existir un equilibrio dinámico entre los tres. Si se produce una ruptura de ese equilibrio –por ejemplo, algún problema en el entorno familiar– tendremos que esforzarnos en volver a encontrar un equilibrio nuevo que resulte satisfactorio.



**Figura 1.2.** Relación mutua entre los tres sistemas vitales de los seres humanos con el fin de mantener un equilibrio psicológico sano (Siegel, 2010).

## **EL MIEDO Y EL APEGO**

La evolución ha ido creando durante millones de años sistemas biológicos que contienen múltiples emociones relacionados con la supervivencia y la reproducción. Estos sistemas necesitan, a su vez, múltiples órganos para su funcionamiento. A lo largo del libro vamos a centrarnos principalmente en dos sistemas:

- Sistema de defensa: Es un mecanismo básico para saber qué cosas evitar, qué puede hacernos daño o a quién debemos temer. Este sistema incluye todos los aspectos relativos al miedo en situaciones relacionadas con alguna experiencia traumática.
- Sistema de apego: Es vital para la supervivencia en los primeros años de vida y posteriormente para la reproducción y la conservación de los seres humanos como especie. Este sistema se va a ir modificando con la edad.

Durante la infancia, se van a ir construyendo los cimientos de la personalidad mediante la relación con los cuidadores.

En la adolescencia, con la aparición de la sexualidad, se producirá la ruptura emocional con los padres y la elección de pareja (en todas las especies la ruptura será física; en los humanos, por temas culturales, suele ser solo emocional).

Finalmente, en la edad adulta se formará una familia, se tendrán hijos y se perpetuará el ciclo.

Cada etapa tiene unos objetivos: para un niño, lo más importante será tener contacto físico y emocional con los cuidadores; en la adolescencia, llegar a ser aceptado por los iguales y formar pareja, y en la edad adulta, poder cuidar de la descendencia. En cada periodo existirán amenazas diferentes que irán variando, al igual que los recursos, a medida que crecemos.

Las anomalías en cualquiera de estos dos sistemas provocarán una ruptura del equilibrio psicológico y la mente deberá buscar elementos diferentes para restablecer la homeostasis. Estas se ordenarán en un gradiente de extremadamente rígidas (por ejemplo, «evito todo lo relacionado con algo que me da miedo») a caóticas (por ejemplo, «tengo muchas relaciones sexuales para poder encontrar el amor»).

Las emociones relacionadas con el miedo son principalmente vergüenza, culpa e ira, y las sensaciones asociadas son dolor y ansiedad. Las emociones implicadas en el apego incluyen todo lo relacionado con los seres queridos en la infancia, la búsqueda de personas afines y el amor en la adolescencia y edad adulta. Podríamos concluir que las emociones que sentimos en relación con el miedo son negativas y las relacionadas con el apego son positivas, pero las cosas son mucho más complejas. En muchos casos, son las personas que más se quieren, las que más daño hacen, y las que más miedo provocan.

Cada vez que sentimos una emoción, nuestro cuerpo guarda memoria de esta (Damasio, 2012; Scaer, 2014). Nuestro cuerpo y nuestra mente siempre guardan memoria de lo que ocurrió para recordarlo en el futuro, con un afecto bien positivo (búsqueda), bien negativo (evitación). Esta idea ha supuesto un revulsivo tanto en mi carrera profesional como en mi vida personal: notar las sensaciones y hacérselas notar a los pacientes nos ayuda a ser mucho más conscientes de nuestras emociones.

Para poder lograr el equilibrio psicológico entre la búsqueda sana y la evitación, tenemos que integrar información que va a quedar almacenada en dos niveles diferentes.

- Nivel vertical: Es la relación que se establece entre nuestro cuerpo y nuestra mente. Estas dos partes quedan unidas a través del sistema nervioso autónomo.

Nuestro cuerpo envía continuamente información sobre las diferentes sensaciones al cerebro y viceversa. Este intercambio constante de información entre ambas partes permite evaluar las respuestas más adecuadas de aproximación o de evitación. Como hemos visto, muchas veces esta información puede ser ignorada o sobrevalorada, lo que puede conducir a la patología.

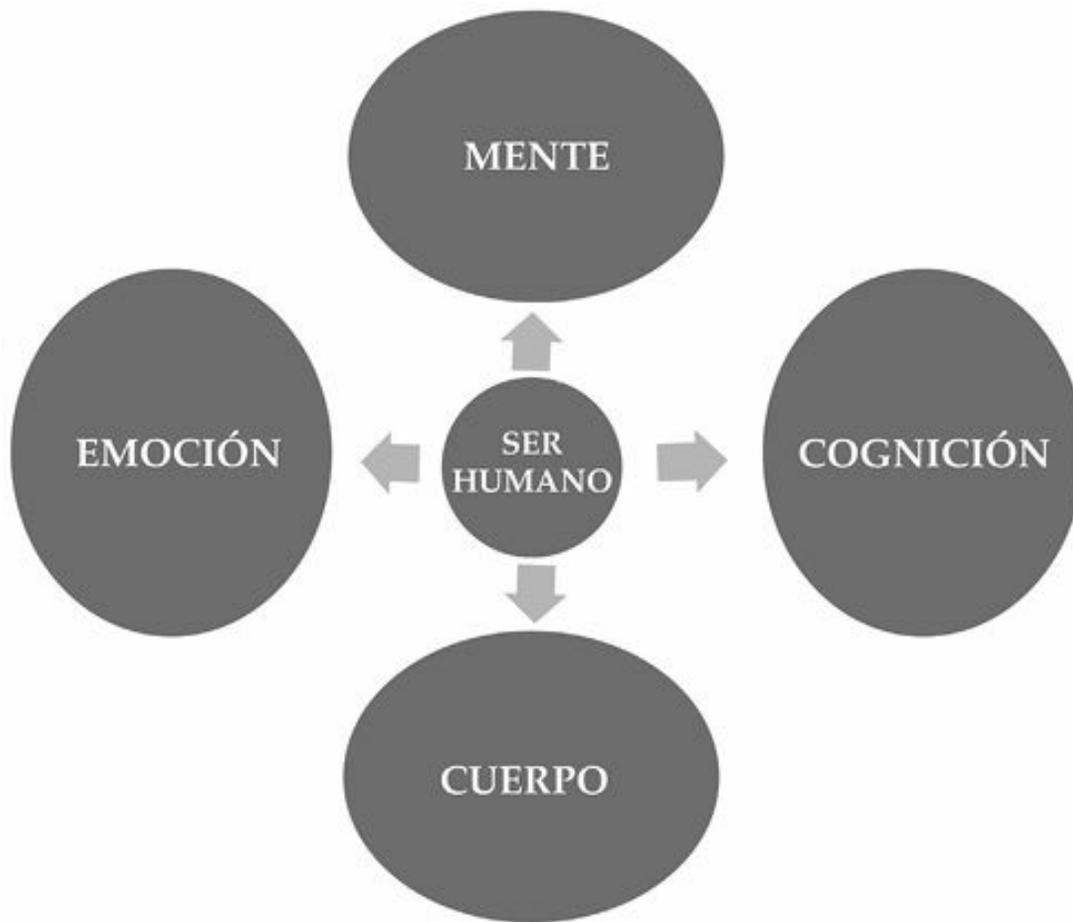
- Nivel horizontal: Es la relación que se establece entre cognición (nivel cortical) y emoción (nivel subcortical) y, por tanto, solo existe en los seres humanos. Nuestro cerebro está lateralizado y también hay diferencias a nivel hemisférico: el hemisferio derecho está más relacionado con las emociones y el izquierdo con el lenguaje y la lógica. Estos aspectos nos diferencian de todos los seres vivos, dado que el ser humano es el único animal que posee lenguaje y cognición.

Durante la infancia, aprendemos la forma de relacionarnos con nosotros mismos y con los demás, y estos aprendizajes nos acompañan durante el resto de nuestra vida. En la figura 1.3 vemos que la calidad del afecto que recibimos en nuestros primeros años y la previsibilidad (cognición) del comportamiento de los padres serán lo que dé lugar a los diferentes tipos de apego (Crittenden, 2005). Estos aprendizajes emocionales determinan gran parte de la conducta en nuestra interacción con otros seres humanos en la edad adulta (ver capítulo 4).

Las personas que en su infancia experimentaron una falta de afecto (apego evitativo) darán más importancia a las cogniciones (mente), mientras que los que eran incapaces de prever las acciones de los padres y desarrollaron un apego ansioso darán prioridad a las sensaciones corporales más que a las cogniciones. Los individuos en cuya infancia existía un equilibrio entre las cogniciones y las sensaciones (apego seguro) serán más equilibrados en la edad adulta y más capaces de actuar de una forma mucho más acertada.

	<b>Predictibilidad positiva</b>	<b>Predictibilidad negativa</b>
<b>Afecto positivo</b>	<b>Apego seguro</b>	<b>Apego ansioso</b>
<b>Afecto negativo</b>	<b>Apego evitativo</b>	<b>Apego desorganizado</b>

**Figura 1.3.** Según Crittenden (2015) la calidad de los afectos con los padres y la previsibilidad de su comportamiento hacen que se dé un equilibrio entre las áreas corticales (cognitivas) y subcorticales (emocionales). En función del equilibrio que se produzca, se desarrollarán diferentes tipos de apego.



**Figura 1.4.** En los seres humanos existe una interrelación entre diferentes elementos que constituyen la singularidad de nuestra psicología. Todos se influyen unos a otros, la salud consistiría en un equilibrio u homeostasis sano entre sí.

Podemos crear también una división horizontal entre la mente y el cuerpo, y una horizontal entre la cognición y la emoción. Estos cuatro aspectos se encuentran interaccionando constantemente e influyéndose mutuamente.

En la gráfica 1.4 podemos ver cómo en el ser humano existen relaciones entre diferentes aspectos que van a determinar la psicología de los individuos.

Aquellas personas que no hayan podido encontrar un equilibrio sano en su infancia en las relaciones consigo mismo y con los demás, tratarán de encontrar la homeostasis bien en factores externos que les hagan no sentir las sensaciones de malestar (comida, drogas, otras personas), bien en factores internos (pensamientos o sensaciones).

## **PSICOPATOLOGÍA Y ANSIEDAD**

El DSM 5 (APA, 2015) clasifica los trastornos psicológicos en función de los síntomas. Aquí se describen los trastornos en función del tipo de regulación que se elige de forma inconsciente para poder recuperar la homeostasis y la sensación de bienestar.

- **Cognitivos:** En este tipo de trastornos se dará una predisposición a utilizar excesivamente las áreas cognitivas y todo lo relacionado con el pensamiento y el control. Ejemplos de estos trastornos pueden ser las obsesiones o los trastornos obsesivo-compulsivos.
- **Emocionales:** Estos son todos aquellos trastornos que están relacionados con el miedo. Este puede ser a cosas reales como fobias o a elementos imaginarios. Aquí se incluyen las fobias sociales o los ataques de pánico.
- **Somáticos:** En este grupo de trastornos, es el cuerpo el que sufre el principal daño. Aquí se incluyen los trastornos alimenticios, los conversivos o los psicósomáticos.
- **Interpersonales:** Estos son los trastornos de personalidad que afectan a las relaciones con los demás, como el trastorno límite, el trastorno narcisista o la psicopatía. En este grupo podríamos incluir también todo lo relacionado con la dependencia emocional.
- **Adictivos:** Son aquellos que incluyen conductas que tratan de evitar la confrontación con el dolor asociado a algún recuerdo o situación actual. Aquí se incluyen las adicciones a sustancias, la ludopatía y las conductas de riesgo.
- **Orgánicos:** Tienen una base biológica y requieren medicación para su tratamiento, como el trastorno bipolar o la esquizofrenia. En estos casos el origen obviamente no sería un mecanismo de regulación emocional sino algo totalmente orgánico.

A lo largo del libro hablaremos de una división entre elementos conscientes e inconscientes de la mente (Ginot, 2015).

**Mente consciente:** Se refiere a todo aquello que tiene que ver con nuestra voluntad, lo que hacemos de forma consciente. Este aprendizaje se almacena en la memoria explícita. Empezamos a aprenderlo con la aparición del lenguaje pero no estará plenamente desarrollado hasta el final de la adolescencia.

**Mente inconsciente:** Tiene relación con aquello que es emocional y somático, es decir que no está bajo nuestro control. Se almacena en forma de memoria implícita y es todo lo que aprendemos en los primeros años de nuestra vida, ya que es el único aprendizaje que nuestro cerebro permite.

Mi experiencia en la consulta me ha hecho ver que la inmensa mayoría de las personas

que vienen en busca de ayuda lo hacen por una lucha entre estos dos niveles. Los individuos saben lo que deben hacer, pero no pueden evitar hacerlo. Las personas que no pueden dejar de pensar o que sienten que su comportamiento ha escapado a su control tienen el mismo elemento en común: emociones y pensamientos que no pueden manejar y que dominan su comportamiento.

La ansiedad vendría provocada por las sensaciones negativas que sentimos en nuestro cuerpo cuando nuestro cerebro activa señales de alarma. Estas pueden ser elementos internos como sensaciones corporales o externos como cualquier estímulo que provoque miedo o problemas en las relaciones interpersonales.

En la mayoría de los casos, la ansiedad se manifiesta de forma recurrente sin que el individuo pueda conocer su origen ni cómo aplacarla. La ansiedad puede manifestarse por algo que ocurrió hace mucho tiempo y ha quedado guardado como memoria traumática, por miedo a que ocurra algo malo en el futuro o por una sensación de soledad, entre otras causas. En todos los casos, es un mecanismo ancestral de alarma que indica que hay una ruptura en el equilibrio psicológico.

La mayoría de las terapias psicológicas se basan solo en un aspecto de los vistos hasta ahora. La terapia cognitiva-conductual se basa en la cognición. La terapia psicoanalítica y gestáltica en la emoción, las terapias médicas en la biología del cerebro y las terapias somáticas en el cuerpo. El enfoque de este libro es un modelo integrador entre las tres partes que conforman la psicología del ser humano: la cognición, las emociones y el cuerpo.

## **CONCLUSIONES**

Las emociones son un elemento básico del funcionamiento psicológico del ser humano. Estas son compartidas con todos los mamíferos. El ser humano tiene también cognición, la capacidad de pensar y razonar. Las emociones cumplirían una función reguladora del pensamiento y las conductas.

El cuerpo refleja las emociones a través de las sensaciones, y nuestra mente utiliza estas a su vez para valorar el entorno como seguro o peligroso. El miedo y el apego constituyen dos sistemas emocionales, entre otros, básicos para la supervivencia del individuo y de la especie.

Serían las experiencias tempranas en relación con los cuidadores las que determinen los rasgos emocionales que el niño tendrá a lo largo de toda su vida. Estos quedarán guardados en forma de memoria inconsciente (implícita) y se repetirán de forma

involuntaria en relación a otros individuos a lo largo de toda la vida.

En el caso de que se produzca una ruptura del equilibrio interno o en relación con los demás, la mente tenderá a buscar mecanismos de regulación para no sentir malestar. Estos mecanismos –que en su origen pudieron resultar útiles– con el paso del tiempo pueden convertirse en patológicos, haciendo que el individuo sienta que sus emociones, cogniciones y conductas escapan a su control.

Las sensaciones corporales de malestar son lo que se conoce como ansiedad y, en su origen, son un mecanismo de alerta que activa el cerebro para buscar un equilibrio nuevo. Sin embargo, los mecanismos usados para evitarla suelen crear una patología nueva y un mal mayor que el que se pretende evitar.

# Neurobiología del miedo

## 2

*La mayor fuente de terror en la infancia es la soledad.*

*William James*

¿Quién no ha sentido miedo en algún momento de la vida? En la infancia, miedo a hacer algo que desapruében nuestros padres; en la adolescencia, miedo a enamorarnos de alguien y no ser correspondidos; en la edad adulta, miedo a no poder desenvolvernos económicamente. Los ejemplos son innumerables. Todos hemos pasado por situaciones en las que hemos sentido miedo por creer que no vamos a estar a la altura de las circunstancias, por sentirnos rechazados, o por ver nuestra vida o la de alguien cercano en peligro.

El miedo es una emoción que compartimos con todos los animales que poseen un sistema nervioso, por rudimentario que sea, y está directamente relacionada con nuestra supervivencia y la de las personas cercanas. Sin duda alguna, gran parte de las patologías que vemos en nuestras consultas tienen su origen en el miedo. Todos los terapeutas nos vemos obligados, en algún momento, a ayudar a los pacientes a enfrentarse a sus miedos. Para poder realizar un trabajo terapéutico adecuado es fundamental conocer en profundidad los entresijos del miedo y la ansiedad.

Los sistemas de acción de alerta y defensa, así como las emociones asociadas a estos – el miedo y el pánico– son característicos de todos los mamíferos, incluidos los humanos (Barg, 2011). Nosotros nos diferenciamos del resto de las especies por poseer unas estructuras corticales (neocórtex) muy desarrolladas que facilitan el lenguaje y permiten la reflexión y el pensamiento. Como veremos a lo largo del capítulo, a diferencia de otras especies, podemos tener miedo a situaciones que no son reales sino imaginarias y, más importante aún, muchas de las situaciones que nos provocan más alerta y miedo se basan en las relaciones con otras personas.

La primera vez que Alfredo vino a mi consulta, me impresionó la diferencia entre su imagen pública de persona de éxito en su vida

laboral y personal, y la miseria con la que vivía en su intimidad. Tenía miedo de sonrojarse en público, lo que llevaba a evitar todo tipo de situaciones sociales por miedo a hacer el ridículo. La discordancia entre lo que yo veía y lo que me contaba es algo que no olvidaré nunca; esa persona que tanto éxito tenía en su vida vivía con un miedo que le paralizaba constantemente. No había ningún peligro real, pero su sensación de poca valía desde la infancia le había hecho vivir con miedo.

En mi primer año como estudiante en la facultad de Biología, el profesor nos habló de la teoría de McLean (1990). Este autor describió que la ontogénesis recopila la filogénesis; esto es, a lo largo del desarrollo –desde que somos un feto hasta la edad adulta– nuestro cerebro se va desarrollando por etapas a lo largo de la vida: las mismas por las que ha ido pasando nuestra evolución como especie. En aquella época no podía imaginar las implicaciones que esto tendría en mi vida profesional a lo largo de los años. Esta relación entre nuestra parte humana y la parte más primitiva y emocional me ha ayudado a entender por qué tenemos miedo a cosas o situaciones que nunca supondrían realmente una amenaza vital. Ningún animal tiene miedo a no pagar sus deudas o a no sentirse querido, solo pueden sentir miedo cuando su vida o la de alguien cercano esté ante un peligro.

En los primeros meses de vida intrauterina, se forman las áreas cerebrales que compartimos con los reptiles: el tronco encefálico o cerebro reptiliano. En los siguientes meses de embarazo y en los dos primeros años de vida, se desarrolla el sistema límbico o cerebro mamífero. Así denominó McLean al área cerebral que incluye los órganos que él creía relacionados con las emociones. En la actualidad, sabemos que existen más órganos implicados de los que él supuso en un primer momento, pero usaremos este término para referirnos a las zonas cerebrales que regulan las emociones. La parte evolutiva más reciente –la que nos diferencia de los demás seres vivos– es el neocórtex o cerebro humano, que aparece alrededor de los 2-3 años de vida y no se forma completamente hasta después de la adolescencia.

Las describo con más detalle a continuación:

**1. Tronco encefálico** (cerebro reptiliano). Situado en la base del cráneo sobre la columna vertebral. Regula los aspectos fisiológicos fundamentales para la supervivencia

como la respiración, la temperatura o la digestión, así como los reflejos de apego más básicos para vincularse a los cuidadores en los primeros meses de vida. El órgano más representativo de esta área es el hipotálamo, que desempeña un papel crucial en el sistema endocrino y el SNA. Este último, a su vez, se divide en dos ramas: la rama simpática que actúa como activador y la rama parasimpática que provoca desactivación.

**2. Sistema límbico** (cerebro mamífero). Es el área del cerebro que permite que sintamos emociones como odio o amor, y que nos convierten en animales sociales y empáticos, regulando la comunicación no verbal. El sistema límbico determina nuestro yo emocional (Wallin, 2015). Los órganos que lo forman van a tener muchísima importancia en nuestro trabajo terapéutico. La mayoría de las veces, nuestros pacientes van a sentir que no pueden manejar sus emociones y pensamientos. En mi experiencia, cuando informamos a los pacientes de forma pedagógica cómo funciona su cerebro, empiezan a entender el origen de sus problemas y a recuperar la sensación de control sobre lo que les ocurre.

El sistema límbico contiene muchos órganos, pero en relación a la ansiedad y el miedo, nos interesan principalmente la amígdala, el hipocampo, la ínsula y el locus cerúleo.

**La amígdala** evalúa y registra los recuerdos no conscientes o emocionales (implícitos). Es el órgano más importante relacionado con el miedo y el apego, y se encuentra completamente formada en el momento del nacimiento. Está dividida en tres áreas diferenciadas: una conecta con el córtex orbitofrontal y está relacionada con las relaciones interpersonales; otra conecta con el córtex frontal responsable de la cognición y el pensamiento, y una tercera con el hipotálamo, que a su vez regula las funciones corporales (Purves et al., 1996). Constituye un órgano mediador y regulador de todos los estímulos que percibimos tanto externa como internamente. Su función es recordar todo aquello que ha resultado peligroso en el pasado para poder enfrentarse a las amenazas de forma más adecuada en el futuro. El problema ocurre cuando se activa en situaciones que en el pasado fueron peligrosas, pero que en la actualidad han dejado de serlo, como por ejemplo en los casos de las fobias o en situaciones que provocan una vergüenza patológica (Ledoux, 2003).

Estudiar el funcionamiento de este órgano me ha ayudado a mejorar en muchas situaciones que antes evitaba o me bloqueaban, y ayudar a mis pacientes a entender cómo algo que ocurrió en el pasado puede afectarles de forma tan negativa en el presente.

**El hipocampo** modula la reacción de la amígdala, evitando reacciones indiscriminadas, incontrolables o irascibles; es decir, es un regulador de esta. Está relacionado con la memoria consciente o explícita (Siegel, 2010). No aparece hasta los dos años de edad, aproximadamente. La amígdala no tiene filtro y activa directamente el sistema simpático; en cambio, el hipocampo filtra la información que recibe y activa el sistema parasimpático. La función del hipocampo consiste en recordar las variables contextuales en las que ocurrió el hecho (lugar, cuándo ocurrió, qué lo desencadenó etc.), pero si la estimulación es excesiva –por ejemplo, porque la situación era muy peligrosa– no va a poder activarse ni regular a la amígdala (Le Doux, 2004). En estos casos es cuando se generaría el trauma, con todas las características que lo acompañan de activación emocional, fobias o amnesias.

**La ínsula** facilita la introspección y permite que evaluemos nuestros estados corporales y el estado emocional de los demás. Este órgano está conectado a la amígdala y al córtex orbitofrontal, provocando sensaciones agradables o desagradables frente a diferentes estímulos. Según Damasio (2011), nuestras emociones se sustentan en nuestras sensaciones corporales, por lo que la ínsula es vital a la hora de evaluar cómo percibimos a los demás y cómo sentirnos ante sus reacciones.

En un congreso en Roma, asistiendo a una ponencia de Vittorio Gallese, descubrí que cuando este órgano se encuentra dañado, los individuos no pueden empatizar con las emociones ajenas ya que, al no sentir nada no son capaces de interpretar lo que siente la otra persona (Ammaniti y Gallese, 2014)). Esta información corrobora la importancia de las sensaciones sobre las emociones.

**Locus cerúleo o locus coeruleus:** Es el órgano que regula la síntesis de la noradrenalina en el cerebro. Este neurotransmisor provoca reacciones de activación en el cerebro. Estimula a la amígdala para recordar el peligro y al hipocampo para recordar todas las variables contextuales relacionadas con la amenaza.

**3. Neocórtex** (cerebro humano). La parte del cerebro evolutivamente más reciente que compartimos con los primates, aunque en los humanos está mucho más desarrollado. Está relacionada con el lenguaje, la cultura, el arte, la música, etc., y te permite, por ejemplo, leer este texto (el sistema límbico será el encargado de que lo disfrutes). Interpreta nuestras experiencias de forma cognitiva: representa el yo reflexivo.

Para que pueda trabajar con normalidad es necesario que la amígdala no esté muy activada. Frente a una amenaza, la amígdala nos impide pensar con claridad y tomar decisiones lúcidas y meditadas. Ni que decir tiene que es la parte del cerebro que se

desarrolla más tarde y, por tanto, no va a ser funcional en los primeros años de vida. Como consecuencia, durante esta etapa, todo el aprendizaje será emocional, es decir, inconsciente.

El neocórtex se encuentra dividido en diferentes áreas con funciones específicas, destacando para nuestro propósito el córtex frontal y el prefrontal.

**El córtex frontal** es el cerebro ejecutivo. Posibilita la planificación, la memoria y la acción consciente (Cozolino, 2015). Es donde se almacena la memoria semántica y episódica, esto es la memoria explícita.

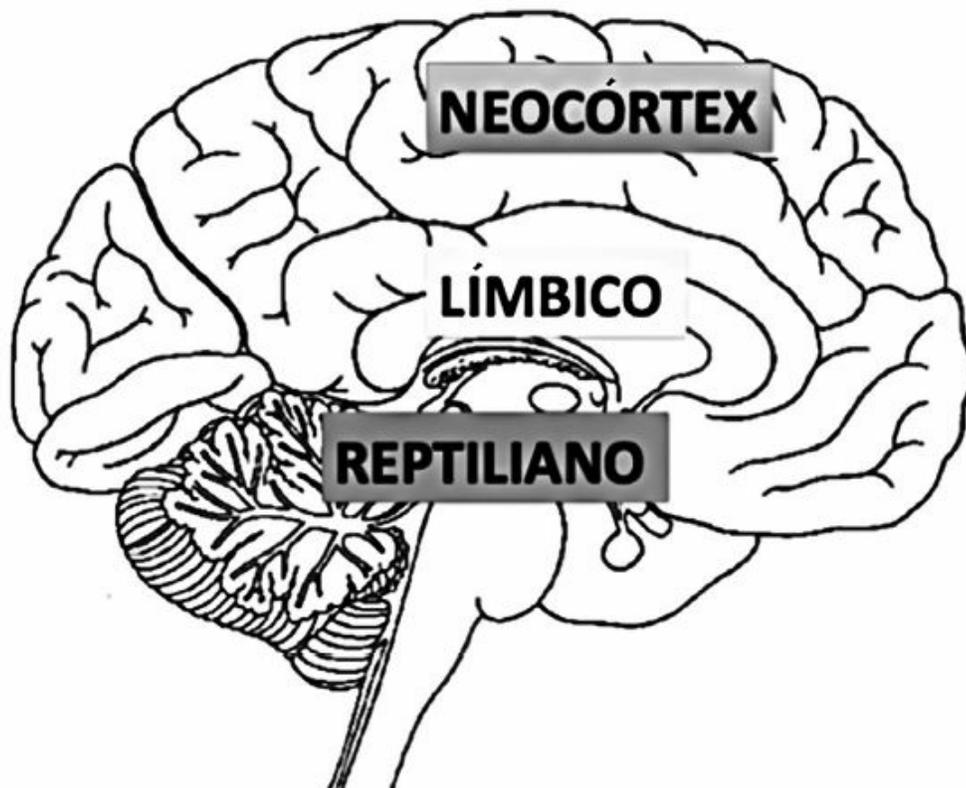
**El córtex prefrontal** es la región cortical que está más desarrollada en los primates. El CPF es una colección de áreas neocorticales que envía y recibe proyecciones desde todos los sistemas corticales sensoriales y motores, y desde diversas estructuras subcorticales. Es la región cerebral más relevante en terapia. Está dividido a su vez en dos partes: la zona dorso-lateral (conectada con el hipocampo y el hemisferio izquierdo, y orientada al lenguaje) y el córtex prefrontal medio (conectado con la amígdala y el hemisferio derecho, y relacionada con las emociones) (Siegel, 2010).

El córtex prefrontal medio es una zona integradora que conecta el cuerpo (por el tronco encefálico y el SNA), el sistema límbico y otras estructuras corticales. Tiene relación con las conductas de apego (Schore, 2001; Siegel, 2009). De esta área, para el trabajo de este libro nos interesan principalmente dos partes:

**La región orbitofrontal:** Forma parte del CPF y regula los afectos y los vínculos de apego. Aunque anatómicamente pertenece a las regiones corticales, fisiológicamente actúa en coordinación con el sistema límbico. Está conectada con la amígdala y es responsable del control inhibitorio, por lo que es fundamental para la autorregulación emocional. En el próximo capítulo veremos con detalle que, cuando se produce una ruptura grave en la relación de apego, esta área activa la amígdala, lo que provoca reacciones de miedo que impiden al niño aprender a regularse emocionalmente.

**La región prefrontal** recibe muchas aferencias nerviosas del hipocampo. Está implicada en las situaciones sociales y en la comunicación emocional, por ejemplo a través de la modulación de la voz.

La figura 2.1 ilustra la división del cerebro en tres capas en función de sus rasgos evolutivos.



**Figura 2.1.** El cerebro está compuesto por multitud de órganos, cada uno con una función diferente, pero relacionados entre sí. La división del cerebro en tres capas ayuda a poder entender mejor las diferencias entre el consciente (humano) y el inconsciente (animal).

En el cerebro de los seres humanos existen unas áreas que regulan las emociones y otras que regulan la cognición y el pensamiento. No siempre van a trabajar con el mismo objetivo o las mismas prioridades (Ginot, 2015). En la consulta, me he encontrado con muchos pacientes que venían a dejar de fumar y me explicaban infinidad de motivos por los que tenían que dejar el tabaco: económicos, familiares, de salud, etc. Todos ellos tenían algo en común: no eran capaces de dejarlo por sí mismos. Una parte de la mente actúa por lo que cree lógico e indicado, y otra parte, en cambio, puede hacerlo por impulsos o emociones. Puede haber discrepancias entre lo que sabemos que es lógico y lo que dictan nuestras emociones y sensaciones.

Claramente, sentimos miedo cuando ocurre algo que pone nuestra vida en peligro, pero a menudo podemos sentir miedo y ansiedad sin saber cuál es la causa del malestar. No obstante, en ambos casos nos sentiremos incapaces de controlar las sensaciones desagradables o los pensamientos catastrofistas. La activación de las áreas subcorticales relacionadas con la defensa actúa de forma impulsiva y autónoma, independientemente

de las áreas corticales que rigen los criterios racionales. Con el trabajo terapéutico ayudamos a los pacientes a aprender cómo gestionar esos miedos a través del control de sus pensamientos, de sus emociones o la modificación de conductas nocivas. Les ayudamos a que las áreas corticales modifiquen la activación de las áreas subcorticales. Enseñamos a nuestros pacientes a regularse emocionalmente y a hacerlo en sintonía con los demás.

## **CIRCUITO DEL MIEDO**

Casi toda la investigación existente sobre el cerebro se ha realizado utilizando animales como sujetos experimentales –como pulpos, gusanos, ratas o monos, entre otros–. También se han estudiado individuos con lesiones cerebrales que, al estar dañados ciertos órganos y no funcionar correctamente, permitían observar *in vivo* las carencias emocionales o cognitivas que sufrían.

Los estudios sobre los circuitos cerebrales relacionados con el miedo se han obtenido principalmente utilizando descargas eléctricas en áreas subcorticales compartidas con los mamíferos (normalmente estos experimentos se realizan en ratas). Cuando se producen estas descargas, se observa que los animales tienen respuestas de miedo aunque no haya ningún estímulo real que lo provoque (Panksepp, 1998). Basta la activación de la amígdala para provocar una respuesta de alerta, lo que podría explicar por qué los seres humanos podemos tener miedo a situaciones que solo existen en nuestra imaginación.

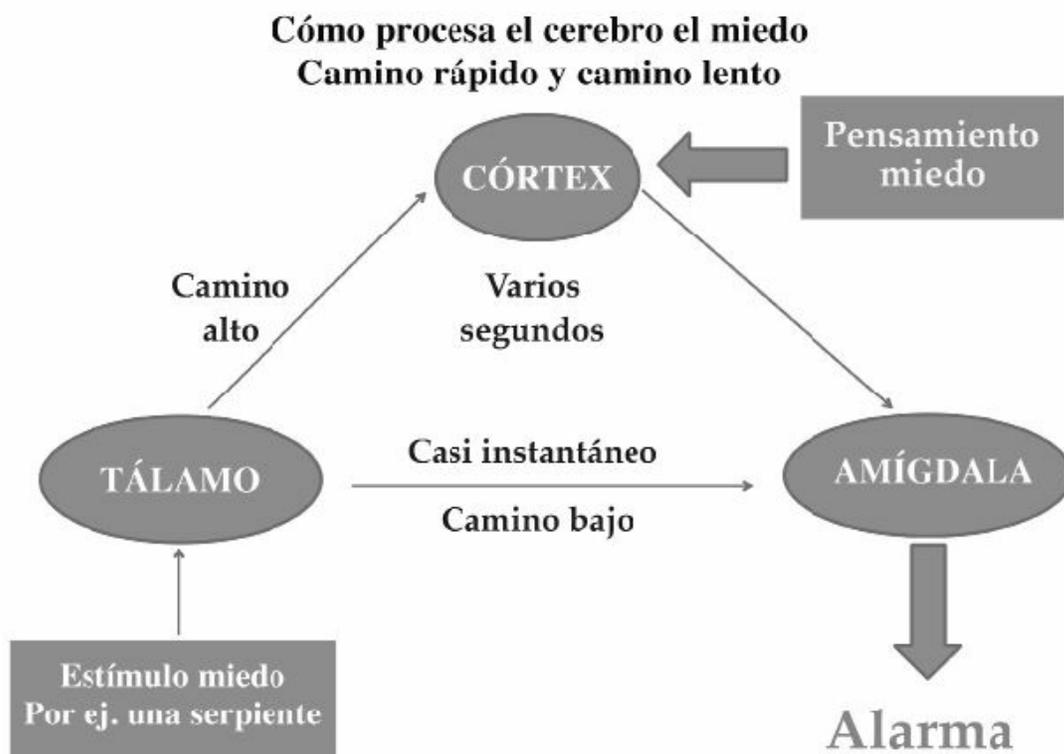
Ledoux (1994, 2003), el mayor estudioso del miedo en la actualidad, defiende que existen dos circuitos independientes relacionados con la alerta. Los dos implican a la amígdala y desempeñan papeles diferentes en situaciones de estrés, miedo o pánico (ver figura 2.2).

- Sistema rápido: Es instantáneo y manda la información desde los órganos sensoriales (ojos, oídos, piel) al tálamo, que a su vez lo reenvía a la amígdala. El olfato, al ser evolutivamente más primitivo, no pasa por el tálamo. La amígdala traslada inmediatamente la información al cuerpo a través del SNA para evaluar una respuesta de búsqueda de ayuda o de lucha-huida.
- Sistema lento: Este circuito es más lento que el anterior porque incorpora más órganos en su procesamiento (hipocampo, tálamo y amígdala). Cuando hay un estímulo que provoca una alerta que no es excesiva, la información llega al hipocampo, se compara con situaciones anteriores y se reenvía a las áreas corticales para que hagan una evaluación consciente del peligro. Esta información pasa al

tálamo y, de aquí, a la amígdala, que activa la respuesta corporal en función de la información que ha recibido.

En los humanos, este circuito más lento puede estar influido por sensaciones o pensamientos que provocan miedo, pero que no presentan un peligro real.

Susana es una paciente de 26 años que ha terminado sus estudios universitarios. Sufre una ansiedad constante que no le permite dormir y que calma dándose atracones. Cuando hacemos la primera entrevista queda patente desde el primer momento que no se ve capaz de encontrar un trabajo y desarrollar una profesión relacionada con lo que ha estudiado. A esto se suma la culpa de sentir que ha defraudado a sus padres por el esfuerzo que estos han hecho para pagarle sus estudios universitarios.



**Figura 2.2.** La amígdala se puede activar de forma inmediata mediante un estímulo que provoca miedo o tras pensar en algo que provoca alarma. En ambos casos el cerebro activa los circuitos del miedo y se produce la

ansiedad.

En el caso de esta paciente no hay ninguna situación que pueda poner su vida en riesgo, pero su mente y su cuerpo reaccionan con los mismos síntomas que si se enfrentara a un grave peligro. En este caso, el miedo a fracasar y la culpabilidad por no estar a la altura de las expectativas que tiene de sí misma crean los mismos efectos fisiológicos que si su vida corriera peligro. Es su propio pensamiento, su valoración de las circunstancias, lo que provoca la activación de los circuitos del miedo.

Algo que nos diferencia radicalmente de las demás especies es que los seres humanos podemos temer situaciones que no existen en la realidad y que solo están en nuestra imaginación (capacidad reflexiva); situaciones que no han ocurrido y que anticipamos. Nuestras áreas subcorticales no pueden diferenciar un miedo real de uno imaginario y las respuestas fisiológicas (ansiedad, sudoración, mareo, taquicardia) serán las mismas tanto si hay una grave amenaza a nuestra integridad física como si anticipamos que vamos a vivir una situación de estrés (por ejemplo, ser rechazado o hacer el ridículo). Las sensaciones corporales tan desagradables que se producen ante una amenaza real o imaginaria es lo que llamamos «ansiedad».

En casos extremos, como los ataques de pánico, la sensación de muerte inminente y de no tener el control será recordada como una de las peores experiencias de la vida. En palabras de Cozolino (2002): «Con la expansión del córtex cerebral y la aparición de la imaginación, hemos logrado ser capaces de sentirnos ansiosos acerca de posibles situaciones que podrían no existir nunca» (pág 237).

El miedo a un objeto o situación es lo que conocemos como «fobia». Al quedar asociadas dichas fobias a un aumento de la alerta y la ansiedad, tenderemos a evitar todo lo relacionado con lo que nos provocó miedo. Las fobias son innumerables: a las jeringuillas, a los puentes, a la noche, a las arañas, a las serpientes, a las alturas, a los túneles, etc. Al miedo a cosas físicas, me gusta denominarlo «fobias tangibles».

Los seres humanos también podemos temer cosas que no son reales (en el sentido de no ser algo físico o tangible) pero que al activar los mismos circuitos cerebrales relacionados con el miedo, provocará las mismas reacciones fisiológicas. Estas «fobias intangibles» están relacionadas con actividades que implican situaciones interpersonales, como el miedo a hablar en público, a no ser querido o a no ser válido.

Luis es un paciente de 32 años con una enfermedad de la tiroides que le obliga a tener que hacerse analíticas periódicamente. Su fobia a las jeringuillas (belenofobia) le impide hacerse las pruebas pertinentes, lo cual le provoca un deterioro muy significativo de su salud. Puede más el miedo a las jeringuillas que el deterioro de su salud física.

Se sabe, por los estudios sobre apego (Holmes, 2005; Bolwby, 1994; Wallin, 2015), que gran parte de las fobias intangibles vienen condicionadas por nuestras experiencias tempranas con nuestros cuidadores. En la edad adulta, el miedo a ser rechazados, no ser queridos o hacer el ridículo en determinadas situaciones sociales puede provocar mucho miedo y ansiedad en función de cómo hayan sido las relaciones de apego en la infancia. El cerebro guarda memoria de lo traumáticas que fueron esas experiencias y la tendencia natural en la edad adulta será a evitar situaciones parecidas.

Un peligro real, o la perspectiva de que pueda producirse (ansiedad anticipatoria), provoca reacciones fisiológicas idénticas a las que se producen cuando la vida corre peligro (Panksepp, 2012). En niños maltratados y abandonados se produce una activación crónica de la amígdala que podría deteriorar el desarrollo del córtex prefrontal, lo que provocaría alteraciones en la adquisición de conductas y emociones adecuadas en la edad adulta, incluido el control de los impulsos (Mesa-Gresa et al., 2011). Se deterioraría tanto la capacidad de autorregulación como interpersonal. Las personas con hiperactivación del sistema del miedo en la infancia, no pueden manejar sus estados internos ni interpretar de forma correcta los gestos y emociones de los demás (Ammaniti y Gallese, 2014).

Podemos imaginar tres situaciones:

- Vemos que un niño va a cruzar la calle y viene un coche. Reaccionamos de forma inmediata, sin pensar; lo hacemos de forma impulsiva. En este caso, se activa la «vía rápida». Los ojos reciben el estímulo y envían la información al tálamo que, de forma inmediata, activa la amígdala. Esta, a través del sistema simpático, activará el modo lucha-huida.
- Vamos paseando por la noche, vemos a alguien que viene hacia nosotros con mal aspecto y pensamos que quizás pueda robarnos. Decidimos coger un taxi. En este

caso hemos visto un peligro potencial y hemos reflexionado sobre qué conducta es la más adecuada y decidimos evitar el peligro. Estas decisiones pueden llevar unos segundos. En este ejemplo, la amígdala apenas se habrá activado pero si, por ejemplo, la persona corre detrás de nosotros al ver que escapamos, la amígdala se activaría muchísimo más. Esta «vía lenta» se suele activar en casi todas las fobias sociales y ataques de pánico: al evaluar la situación y percibir malestar, nuestra amígdala se activa más, lo que provoca una retroalimentación positiva.

- Llegamos a casa y empezamos a pensar que la próxima vez que salgamos quizás nos encontremos con alguien que quiera robarnos y comenzamos a sentir ansiedad al imaginar lo que podría haber pasado si no hubiéramos cogido el taxi. En este caso, no hay ningún estímulo real que provoque el miedo, pero a través del pensamiento activamos la amígdala, que genera las mismas reacciones que si el peligro fuera real.

Los hábitos de respuesta, si se dan de forma repetida, pueden quedar arraigados de forma implícita en el cerebro (por ejemplo, en la corteza somato-sensorial, el hipocampo o la amígdala). Es lo que se conoce como fenómeno de *kindling*. Se pueden sentir sensaciones de malestar sin que haya ningún estímulo que las provoque (ver capítulo 14). El cerebro valora que no estamos seguros en el aquí y ahora, lo que provocará la activación de los circuitos del miedo, sin que haya ningún peligro real. Este fenómeno es muy frecuente en personas hipocondriacas o con ataques de pánico, que tienen miedo a sus propias sensaciones. La ansiedad anticipatoria —es decir, el miedo al miedo— es lo que sustenta la patología.

El sistema nervioso se divide en dos grandes componentes: el sistema nervioso central (SNC), que incluye lo que comúnmente conocemos como cerebro, y el sistema nervioso autónomo (SNA), que conecta el cerebro con el cuerpo. El SNA se divide en dos subsistemas: el simpático, que actúa como activador y el parasimpático, que actúa como inhibidor de la activación y la ansiedad.

En el caso de que el cerebro perciba un peligro (real o imaginario), se produce la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) que activa la rama simpática del SNA y provoca que las glándulas suprarrenales segreguen hormonas del estrés como adrenalina, noradrenalina y si el estrés se mantiene cortisol.

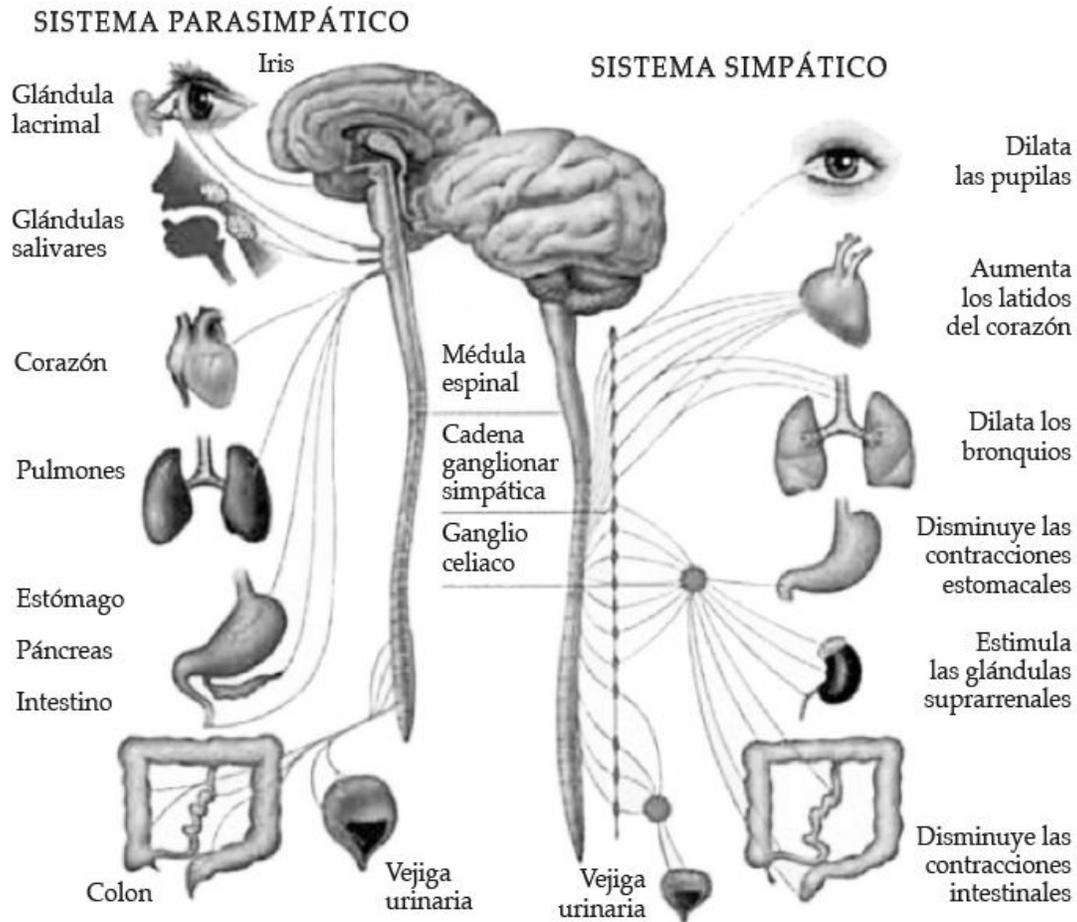
## **TEORÍA POLIVAGAL DE PORGES**

Si escuchamos un ruido fuerte, el cerebro genera una señal, una alerta. Esto activa la

rama simpática del sistema nervioso, que provoca una señal de alarma en el cuerpo. Si la amenaza se percibe como inofensiva, se activa la rama parasimpática, lo cual provoca una sensación de calma. Pero si la amenaza es percibida como real y la amígdala permanece activada (y el hipocampo no modula esa activación), el eje HHA activa al simpático, con los siguientes síntomas (ver figura 2.3) (Yanes, 2012):

- Hiperactividad visual: Escudriñar con la vista para buscar fuentes de peligro, vías de escape, etc.
- Hiperactividad auditiva: Lo mismo que el punto anterior, pero aplicado al oído.
- Contracción muscular: El cuerpo se prepara para defenderse, huyendo o luchando.
- Aceleración del ritmo respiratorio y cardiaco: Esto provoca un aumento de nutrientes y oxígeno en los músculos.
- Sudoración: Este proceso enfría el cuerpo por el aumento de temperatura debida a la sobreactivación.

Existe una relación entre lo que perciben los sentidos, la interpretación de los estímulos que hace el cerebro y las reacciones corporales. Esta información no actúa de forma unidireccional en sentido arriba-abajo. La información de calma o activación también puede transmitirse desde las vísceras hacia el cerebro en sentido abajo-arriba.



**Figura 2.3.** El sistema simpático actúa como activador mientras que el sistema parasimpático interviene calmando. Ambos son un medio de comunicación bidireccional entre el cerebro y las vísceras.

Porges (2009, 2011) ha desarrollado la teoría polivagal, una teoría que amplía la visión del SNA y estudia cómo este interviene en la regulación de las vísceras, la interacción social, el apego y las emociones. Porges defiende que el sistema nervioso parasimpático está compuesto en su mayor parte por el nervio vago, elemento principal en la regulación del SNA.

El nervio vago es un par craneal, de la rama parasimpática, y consta de fibras motoras y fibras sensitivas. Inerva la lengua posterior, la faringe, la laringe, el esófago, el estómago, el corazón, los pulmones y el intestino. Las fibras motoras van hacia abajo, es decir llevan la estimulación desde el cerebro a las vísceras y las fibras sensitivas llevan las impresiones sensoriales viscerales de abajo hacia arriba. La corriente descendente regula las vísceras desde el cerebro mientras que la función ascendente informa al cerebro de las sensaciones de los órganos inferiores. El sistema límbico puede recibir

información constante de las vísceras alejadas del cerebro (como veremos, esto es fundamental para entender la ansiedad) y es capaz de influir en ellas ralentizando el corazón y la digestión.

Las dos ramas del nervio vago poseen una capacidad inhibitoria, por lo que son opuestas al simpático que estimula la producción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), con la consiguiente activación del organismo.

La teoría polivagal de Porges tiene un valor crucial para los psicólogos porque nos permite entender por qué ante una situación que provoca mucho estrés o miedo se produce parálisis y a nivel mental provoca la disociación traumática de la personalidad. Nos permite entender lo importante que es la sensación de seguridad de un niño con sus cuidadores o de un paciente con su terapeuta, si no hay seguridad no se puede hacer una terapia eficaz.

A lo largo de la evolución hemos desarrollado dos ramas de este nervio:

- **Vago ventral:** Evolutivamente más reciente, se encuentra mielinizado. Lo compartimos con los mamíferos. Tiene relación con la conducta social y la comunicación interpersonal; activa la sensación de calma cuando ha pasado un peligro, y regula el tono cardíaco, las vísceras y los signos faciales cuando hay tranquilidad.
- **Vago dorsal:** Es filogenéticamente más primitivo y no está mielinizado. Lo compartimos con los reptiles y al activarse provoca inmovilización.

Lola, de 35 años de edad, me hablaba de lo dura que había sido la semana porque el domingo había sufrido una parálisis en piernas y brazos que la dejó agotada el resto del día. La tenía desde hace mucho tiempo y le provocaba rigidez en pies y manos como si se quedaran encorvados y no pudiera moverlos. Ningún médico había encontrado nada orgánico que pudiera explicar estas parálisis. Explorando qué había pasado durante la semana, me dijo que el viernes había tenido una discusión con su padre –con el que trabaja. Este no atendía a ninguna de sus sugerencias, descartándolas como si fueran niñerías, y ella reconocía sentirse muy frustrada con esta actitud de su padre. Al explicarme cómo había sido, arqueó las manos arqueadas hacia atrás y le pregunté:

«¿Es así como se ponen las manos cuando tienes la parálisis?». Me confirmó que sí y me dijo que ahora se daba cuenta de que las parálisis siempre aparecían después de alguna discusión con su padre.

Es muy probable que las parálisis vinieran provocadas por un exceso de estrés y ansiedad que la paciente no era capaz de manejar. Estas ya se producían casi de forma automática.

La naturaleza ha ido creando, a lo largo de la evolución, tres sistemas neuronales que regulan la adaptación conductual y fisiológica a situaciones sociales, de amenaza y a los momentos en los que la vida está en peligro. Los tres estadios filogenéticos serían:

- La rama no mielinizada y más primitiva evolutivamente del nervio vago. Está relacionada con conductas de inmovilización, disociación o colapso. Se activa en situaciones en las que se percibe una amenaza que sobrepasa los recursos de la persona o pone en amenaza su vida. La situación de inmovilización que provoca es óptima para los reptiles porque les ayuda a permanecer mucho tiempo sin respirar y estar quietos para regular su temperatura, pero su activación resulta extremadamente traumática para los mamíferos.
- La rama simpática del SNA. Está relacionada con la activación de las vísceras (por ejemplo, aceleración de la respiración y el ritmo cardíaco). Se activa en situaciones de lucha-huida.
- La rama mielinizada del nervio vago. Está relacionada con la comunicación social. Permite la inmovilización sin que resulte traumática porque la persona se siente relajada y tranquila (por ejemplo en las relaciones sexuales o al dormir). Promueve la regulación fisiológica de calma después de la activación de la rama simpática.

Cuando el cerebro percibe algún peligro, se activa la amígdala, la cual envía una señal al cuerpo a través del SNA (véase la figura 2.4). Primero se activa la rama parasimpática, tratando de no activar la simpática, que es mucho más costosa energéticamente. Los pasos que da el SNA ante un peligro van en dirección opuesta a la adquisición evolutiva:

- Respuesta social: La primera respuesta sería en busca de ayuda. Se busca apoyo social. En el caso de los bebés y niños se busca el contacto físico y emocional con los cuidadores.

- Movilización lucha/huida: Si la ayuda no aparece o no es suficiente, se produce una activación del simpático. Apoya la actividad motora y metabólica de defensa. Si esto tampoco resuelve la percepción de falta de seguridad, entonces se activan los circuitos dorsovagales.
- Inmovilización: Al resultar imposible tanto la lucha como la huida, se activa la rama dorsovagal, que provoca una respuesta de inmovilización y apnea (asfixia) con bradicardia (el corazón late más lento). En adultos se activa cuando se siente que la vida está en peligro. En bebés y niños se activa cuando la amenaza se percibe como excesiva y no hay recursos cognitivos ni emocionales para afrontarla. Cuanto menor sea la edad del niño y, por tanto, más escasos sus recursos, con más facilidad se producirá la activación de la rama dorsovagal.

La inmovilización no resulta traumática en los casos en los que haya vínculos emocionales de confianza, bien con los cuidadores en la edad temprana o con otros adultos en edades posteriores. Si la inmovilización la provoca alguien que genera seguridad, se activa la rama ventrovagal que promueve la conexión emocional y la relajación.

La activación de la rama dorsovagal busca la inmovilización en los mamíferos como forma de escapar a posibles predadores y de no malgastar recursos, pero resulta extremadamente traumática en los seres humanos. Un bebé o un niño que perciba un peligro que desborde sus capacidades de afrontamiento puede sufrir una inmovilización por miedo, provocando un estupor muy característico en niños muy asustados o abandonados (Bowlby, 1985).

Con la activación de la rama dorsovagal, se provoca a nivel mental la disociación traumática de la personalidad (Van der Hart et al., 2011) y a nivel corporal la disociación somatomorfa (Scaer, 2014; Ninjenhius, 2000). Como veremos en el próximo capítulo, si la activación de la rama dorsovagal se activa con frecuencia en la infancia, se produce una sensibilización permanente que imposibilita el desarrollo emocional del niño en la edad adulta.

Los impulsos de activación y frenado son adaptativos, pero si el freno está defectuoso debido a que no se ha activado en la infancia (por ejemplo, no había una madre que calmara al niño) o se ha sobreactivado la alerta (por ejemplo, porque había muchos gritos y peleas en la casa, o un exceso de control que provocaba miedo en el niño) la rama dorsovagal, como vimos en el caso de la paciente del ejemplo, se activa con demasiada facilidad. Por el efecto del *kindling* (Morrell, 1990), el circuito del miedo

tiende a activarse cada vez con estímulos de menor intensidad, lo que lleva a una respuesta excesiva de miedo ante cualquier estímulo –por anodino que sea– que puede conducir a la inmovilización.



**Figura 2.4.** La activación del sistema nervioso por un peligro dará lugar a una activación secuencial de estrategias para afrontarlo. Primero, búsqueda de ayuda; a continuación actitudes de lucha/huida y, si estas no son posibles, inmovilización. En personas muy traumatizadas, la inmovilización puede aparecer de forma inmediata sin pasar por los estados anteriores.

Algunos autores, (Panksepp, 2012; Panksepp & Biven, 2012) defienden que existe un circuito cerebral relacionado con el apego que, si se altera en la infancia, provoca una hiperactivación del sistema de alerta y activa el nervio dorsovagal con demasiada facilidad. Una infancia en la que ha habido abusos o malos tratos, desatención por parte de los padres o parentificación (inversión de roles padres-hijo), provocará una alteración de la fisiología y la anatomía cerebral (Salposky, 2008) que provocará la aparición de trastornos emocionales en la edad adulta.

## CIRCUITO DEL PÁNICO

Panksepp (2004, 2009) y Panksepp y Biven (2012) describen siete circuitos cerebrales innatos en el ser humano que compartimos con el resto de los mamíferos: búsqueda (exploración), miedo, ira, sexualidad (reproducción), cuidado (apego), pánico/separación y juego.

Si una cebra, una gacela o cualquier otro mamífero de 3 meses de edad, perdiera el contacto con su madre, en minutos u horas este cachorro estaría muerto. Será cuestión de vida o muerte volver a restablecer el contacto con algún cuidador lo antes posible para poder sobrevivir. Toda la energía del animal se centrará en buscar la protección de su figura de apego, viviendo esos minutos u horas con verdadero pánico. Para poder recuperar el vínculo con los cuidadores, los animales usan lo que se conoce como «grito de apego», este permite llamar la atención de la madre y recuperar el vínculo. Este grito es innato tanto en humanos como en el resto de mamíferos (Purves et al, 1996).

El circuito cerebral del pánico o separación también está presente en los seres humanos, pero en bebés o niños pueden activarse no solo ante una ausencia real de la madre, sino también por falta de conexión emocional (por ejemplo, porque la madre sea negligente o ansiosa). Si las figuras de apego que cuidan al niño también son fuente de amenaza –como ocurre en casos de abusos físicos, psicológicos o sexuales, o de negligencia en el cuidado– el circuito del pánico se verá sobreactivado. (Schore 2001; Tronick, 2007; Bowlby, 2005; Siegel, 2010). Según Schore (2001):

«... las experiencias afectivas intersubjetivas, fijadas en la relación de apego con la madre, influyen en la maduración de los circuitos del sistema límbico del hemisferio derecho que procesan la emoción y son dominantes para la evolución del *self* emocional... el procesamiento diádico implícito de estas comunicaciones no verbales de expresión facial, postura y tono de voz son producto de la activación del hemisferio derecho del niño sincronizado con el hemisferio derecho de la madre...» (pág. 15).

Existe un estudio clásico de Tronick (2007), la «cara inexpresiva» (se puede ver en internet <https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>), en el cual una madre juega con un niño de un año de edad. De repente, la madre deja la cara inexpresiva durante dos minutos y los experimentadores observan la reacción del niño. Al principio intenta mantener la conexión con la madre a través de la mirada y del juego, y pasado un corto tiempo –al ver que no puede conseguirlo– empieza a evitar la mirada de la madre y

posteriormente a llorar con mucho sufrimiento. Cuando la madre vuelve a tener contacto emocional, se recupera la conexión perdida. La reacción del niño será diferente en cada experimento según la relación de apego que tenga con su madre.

Estas situaciones de desconexión emocional pueden ser extremadamente traumáticas para los niños si se dan de forma repetida y/o sostenidas en el tiempo. No es necesario un abuso físico o psicológico evidente para que se produzca la activación del circuito del pánico/separación. Cualquier cosa que provoque una desconexión emocional entre los adultos y el niño puede activarlo. Algunos ejemplos pueden ser una hospitalización del niño o de la madre, una depresión de esta, o que el niño sienta que es responsable del bienestar de los padres.

La falta de sincronización a nivel emocional con las figuras de apego hará que el niño busque estrategias de regulación ajenas a los cuidadores, que le ayuden a autorregularse. En etapas más tardías de la vida como la adolescencia o la edad adulta, estas estrategias pueden resultar patológicas (véase el capítulo 5).

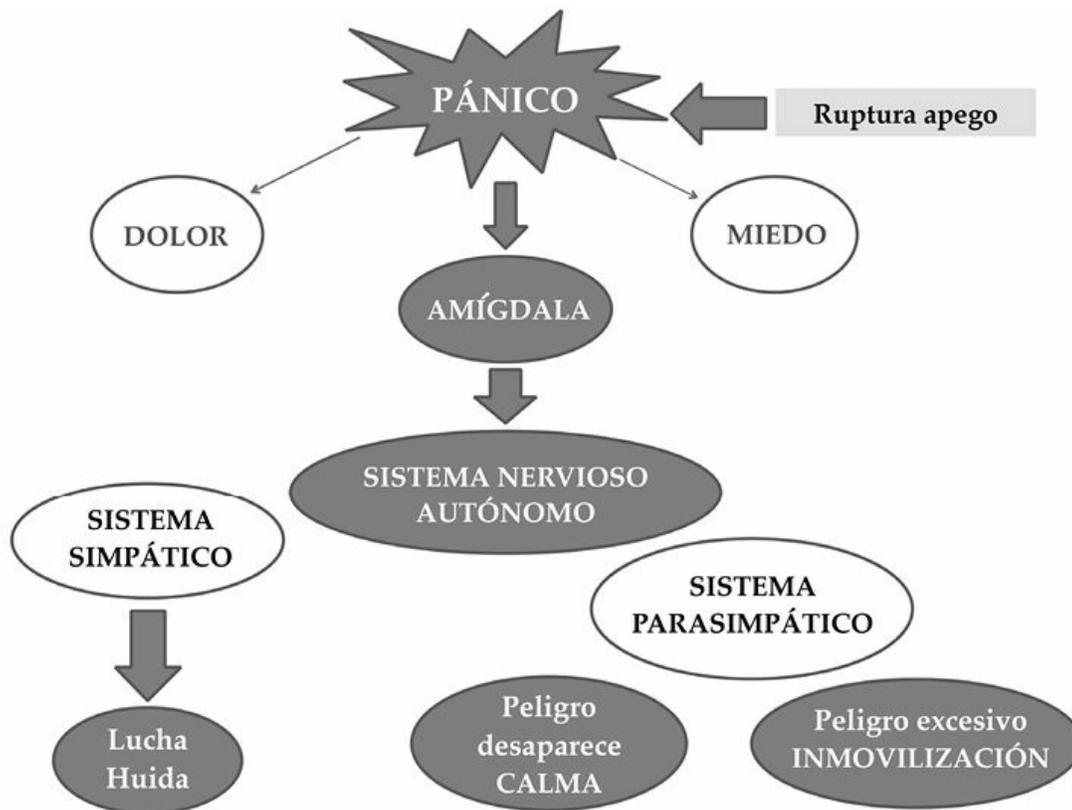
El cerebro de un niño que se enfrente a situaciones de negligencia o maltrato por los cuidadores activará simultáneamente los circuitos cerebrales del apego (búsqueda de conexión física y emocional) y del miedo (sensación de retraimiento y alerta). Es importante resaltar que las rupturas breves en los vínculos de apego son sanas porque permiten desarrollar autonomía y crecimiento emocional en el niño, pero son traumáticas si son muy intensas o duraderas (Schore, 2004; Tronick, 2007).

La sensación del niño de alerta o peligro produce la activación de la amígdala y si no hay cuidadores disponibles, o estos son la fuente de la amenaza, se activa el circuito del pánico/separación y otros mecanismos relacionados con la supervivencia menos evolucionados como son los circuitos del miedo (con la consiguiente activación del modo lucha-huida), del dolor y de la rabia (Panksepp y Biven, 2012) (véase la figura 2.5).



**Figura 2.5.** La activación del circuito del pánico provoca la activación de los circuitos relacionados con el miedo y la rabia. Si la amenaza persiste y no es posible ni la lucha ni la defensa, se producen estados disociativos.

La activación de la amígdala y los mecanismos fisiológicos asociados elevan los niveles de hormonas del estrés y la activación de la rama simpática del SNA. Como vimos, esto provoca la búsqueda de ayuda (en el caso de bebés y niños, la búsqueda de las figuras de apego). Si es imposible la lucha-huida, bien porque no existen los recursos necesarios, la amenaza es excesiva o la fuente de la amenaza es una de las figuras de apego, el nervio dorsovagal puede provocar la inmovilización y la consiguiente disociación (véase la figura 2.6).



**Figura 2.6.** Un evento que provoque una ruptura en la relación de apego con los cuidadores provoca la activación del circuito cerebral relacionado con el pánico/separación. Este activará a su vez los circuitos relacionados con el miedo y el dolor mediante la estimulación de la amígdala. Cuando esto ocurre se busca en primer lugar la cercanía física y emocional con las figuras de apego, posteriormente se valora la posibilidad de la lucha/huida y, si estas opciones no son posibles, se produce la inmovilización y la consiguiente disociación.

Basándose en observaciones realizadas en orfanatos, Bowlby (1983) señala que los niños que se sienten abandonados presentan un llanto continuo que después de unas horas –o un par de días como máximo– da paso a un estupor muy característico que, si bien se puede confundir con una aparente calma del niño, ahora sabemos que es una activación del sistema de inmovilización. Se cree que este sistema está reforzado en los mamíferos para evitar que la cría pueda ser localizada por otros predadores antes de que lo haga la madre.

Según Panksepp y Biven (2012):

«Los sentimientos tan agradables de afecto que se producen con un apego seguro – los mecanismos primarios de una base segura– son transformados en formas más elevadas de conciencia a partir de los 2-3 años. Durante los primeros seis años de

vida una ruptura de la relación de apego –excesiva activación del circuito del pánico/separación– hará propenso al niño a tener inseguridad y ansiedad de forma crónica, a menudo sufriendo depresión en la edad adulta...» (pág. 314).

Los pacientes con ataques de pánico en la edad adulta –y mucho más cuando estos se dan en edades tempranas– han vivido en relaciones de apego inseguras con problemas de desatención y/o abusos (Leeds, 2012). Las personas con infancia en la que no ha existido un apego seguro poseen una predisposición a que se produzca una fuerte ansiedad e incluso ataques de pánico si en el futuro se presentan eventos estresantes que desborden sus estrategias de afrontamiento.

El circuito cerebral del pánico ha surgido evolutivamente en mamíferos desde circuitos anteriores que estaban relacionados con el dolor físico (Panksepp, 2004). Si algún evento reactiva estos circuitos en la edad adulta, la memoria implícita provocará una reacción similar ante situaciones parecidas. Esto generará pensamientos rumiativos, depresión, sensación de vacío, e hiper- o hipoactivación emocional. En otros casos, puede dar lugar a ansiedad severa, fobias sociales, trastornos alimenticios o ataques de pánico.

Según Panksepp & Biven (2012):

«... hay muchas razones para creer que los misteriosos arranques de inseguridad que los psiquiatras llaman ataques de pánico podrían aparecer la mayoría de las veces por la activación repentina de la red neuronal de separación-estrés (duelo) más que del circuito del miedo como muchos teóricos creen actualmente... aquellos que sufren de ataques de pánico sufren un historial de ansiedad por separación en la infancia. Más aún, ataques de pánico y ansiedad por separación hacen sentir a los pacientes como si el centro de su confort o estabilidad hubiera sido abruptamente anulado. Ambas situaciones son acompañadas de sensaciones de debilidad y apnea, a menudo acompañadas por una sensación de no poder hablar como si tuvieran un hueso en la garganta...» (pág. 343).

Como veremos en el próximo capítulo, si han existido experiencias negativas durante la infancia, los circuitos cerebrales relacionados con la ansiedad y el miedo podrían sobreactivarse, lo que dificultaría el proceso natural de maduración y de regulación emocional durante el resto de la vida.

## **CONCLUSIONES**

Compartimos con los demás seres vivos estructuras cerebrales relacionadas con el miedo pero, a diferencia de ellos, los seres humanos pueden confundir los miedos reales con los imaginarios, lo cual provoca reacciones conductuales cognitivas y emocionales idénticas.

Las relaciones de los niños en los primeros años de vida con sus cuidadores son literalmente vitales, por lo que cualquier ruptura en el apego –bien por abuso o por negligencia– provocará en el cerebro del niño reacciones de alerta y miedo, que en la mayoría de los casos se verán compensadas por las conductas de los cuidadores. De este modo, se desarrolla cada vez más la capacidad de autorregulación en el niño.

Cuanto menor sea la edad del niño, y más intensas y duraderas sean estas rupturas del apego, mayores serán los déficits que se produzcan en el desarrollo emocional del niño. Esto conduce a una sobreactivación de la amígdala, una escasa discriminación del hipocampo ante estímulos que no son peligrosos y una sobreactivación del nervio dorsovagal que hacen que cualquier situación de alerta, especialmente en situaciones sociales, provoque una ansiedad y un malestar insostenibles.

Las personas con estos sistemas del apego dañados en la infancia, tienen muchas más posibilidades de sufrir diferentes patologías relacionadas con trastornos corporales y/o de ansiedad en la edad adulta, como hipocondría, somatizaciones, ansiedad permanente y, por supuesto, ataques de pánico.

Mediante la terapia, en un entorno relacional sano entre el terapeuta y el paciente, pueden aprender a autorregularse y permitir que todos esos aprendizajes desadaptativos de la infancia puedan sustituirse, creando reacciones cada vez más adaptativas frente a estímulos adversos.

# Neurobiología del apego

## 3

En su libro *La búsqueda de la lengua perfecta*, Umberto Eco (1993) cuenta una leyenda que me impresionó profundamente. En el siglo XIII, el emperador Federico II Hohenstaufen quiso conocer qué lengua hablaban los seres humanos antes de la caída de la torre de Babel. Los estudiosos de la época hacían eruditas disquisiciones sobre cuál era la lengua original de la humanidad, predominando los que defendían el griego o el hebreo. Para salir de dudas, el emperador ordenó que encerraran a un niño recién nacido en una habitación en soledad. Debían atenderse todas sus necesidades de comida, higiene y vestimenta, pero las personas que lo cuidaban tenían totalmente prohibido hablarle o tocarlo. Suponían que el niño, cuando hablase espontáneamente, lo haría en la lengua primigenia, no contaminada por la que se hablaba en la zona. Desgraciadamente, el experimento fracasó porque el niño murió alrededor de los tres años. Se cree que de pena.

Hasta la primera mitad del siglo XX –y pienso que muchísima gente, e incluso muchos profesionales, lo siguen creyendo hoy en día–, se pensaba que los niños querían a sus cuidadores porque les alimentaban, les aseaban y les protegían contra el calor o el frío. Los estudios de Harlow, Spitz o Bowlby en la década de los años 60 del siglo XX empezaron a demostrar de forma científica que los vínculos de apego iban más allá de los cuidados físicos e incluían vínculos emocionales entre el bebé y los cuidadores.

Recuerdo como si fuera ayer el nacimiento de mi primera hija y la sensación de protección y cuidado que me inspiraba verla tan indefensa. Como muchos padres primerizos, tenía miedo de cogerla y que se me pudiera caer, o de hacerle daño si yo hacía algún movimiento brusco. Los instintos de protección estaban en mí desde el primer momento en que la vi, y ahora sé que en ella se empezaron a activar también los vínculos de apego. Nuestros bebés, como todos los mamíferos, nacen totalmente indefensos y sin posibilidad de supervivencia si no cuentan con la presencia y el cuidado de sus padres. Por ello necesitan, durante muchos años, la protección de figuras de apego que los alimenten y los cuiden hasta que puedan valerse por sí mismos.

Durante los primeros años de vida, la prioridad de las crías es la supervivencia, vinculada al mantenimiento de una relación física y emocional con sus cuidadores.

Posteriormente, en la pubertad, se producirán cambios hormonales que provocarán la aparición de la sexualidad, y la prioridad cambiará a la búsqueda de vínculos sociales nuevos y en la edad adulta, la reproducción para tener descendencia.

Todos nacemos con esquemas biológicos innatos que son necesarios para la supervivencia. Para el desarrollo de este libro destacaremos principalmente dos: el sistema de defensa (miedo) y el sistema de apego (Van der Hart, 2011; Crittenden, 2015). En el capítulo anterior, se describieron aspectos de la neurobiología relacionados con la defensa, tales como la ansiedad, el miedo, el pánico y, en casos extremos, la disociación traumática. En este capítulo, veremos los aspectos relativos a los vínculos de apego, esto es, la creación de los vínculos afectivos del bebé con la madre en los primeros meses de vida y con el resto de cuidadores y personas cercanas durante los años siguientes.

## **LA IMPORTANCIA DEL APEGO**

Durante la infancia de los seres humanos, como comenté anteriormente, la prioridad será mantener el vínculo de apego a cualquier precio. Si este se rompe, el niño tendrá que desarrollar estrategias (la mayoría de las veces inconscientes) para encontrar un equilibrio que le permita regularse emocionalmente en relación a los cuidadores. Con la llegada de la pubertad, y la aparición de las hormonas sexuales, la prioridad no será solo mantener el vínculo con los cuidadores sino también buscar compañeros afines y elegir parejas sentimentales (Crittenden, 2015). Si bien llegado este momento, en la mayoría de las especies se produce una separación física de los cuidadores, en nuestra especie los hijos suelen permanecer mucho más tiempo en contacto físico y emocional con los cuidadores, lo cual exige la búsqueda de nuevos equilibrios para poder mantener una regulación emocional con la familia y personas ajenas a esta. Como veremos, será en este paso de la infancia a la adolescencia cuando se produzca la aparición de muchas patologías.

Lola es una adolescente de 14 años a quien trajo su madre a consulta por problemas de hiperactividad, fracaso escolar e iniciación en drogas blandas. Cuando la vi por primera vez me encontré con una niña que ya había dejado de serlo, pero que todavía no había empezado a ser una mujer. Tenía mucha rabia hacia sus padres por las peleas tan frecuentes que tenían delante

de ella y su hermano (era más pequeño y ella sentía que tenía que protegerlo). La tensión ambiental que sentía en casa le impedía concentrarse en clase y tampoco ayudaban los amigos con los que se relacionaba que vivían situaciones familiares muy difíciles. Como en casi todos los adolescentes su queja principal era que nadie la comprendía.

Para Bowlby (1985), el apego es « cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio» (pág. 292). Las figuras de apego son las personas que van a ir permitiendo al niño obtener sensaciones de valía y seguridad.

Las funciones básicas de las figuras de apego (véase figura 3.1) son:

**Base segura:** Una persona desde la que se pueda explorar el mundo. Es importante que los cuidadores no sientan miedo porque el niño aprenderá a regularse a través de los cuidadores. Si los padres no están bien regulados, el niño no podrá sentirse seguro a la hora de explorar y aprender.

La base segura tiene que tener las siguientes características (Vargas y Chaskel, 2007):

- Empatía: Entender al niño. El niño debe ser y sentirse «visto». (Esto va a tener mucha repercusión en la terapia. Muchas veces encontraremos pacientes que se han sentido «no vistos» en su infancia).
- Sensibilidad: Interpretar adecuadamente las necesidades del niño.
- Responsividad: La capacidad para responder de forma adecuada a las necesidades del niño.
- Disponibilidad: Brindar al niño la seguridad de que la madre estará presente física y/o emocionalmente cuando el niño la necesite.
- Validación emocional: La capacidad de respaldar emocionalmente al niño y castigarlo cuando sea necesario. Cualquiera de los dos casos en extremo resultaría patológico.

**Refugio seguro:** Son las personas a las que acudir en busca de protección en caso de peligro o amenaza. Si los padres son fuente de amenaza o no ayudan al niño a regularse,

este tendrá que buscar figuras de apego alternativas o crear mecanismos de evitación que le permitan sobrevivir sin confiar en los cuidadores.

En la terapia, suelo preguntar: «Durante tu infancia, ¿quién era la persona con la que te sentías seguro?». Esto nos ayuda a poder ver rápidamente cómo eran las relaciones de apego en la familia. Lo normal sería que nos dijeran que su padre o su madre; si nos dicen que era una abuela, una tía o algún vecino, podemos sospechar que los padres no constituían un refugio seguro.

La función del refugio seguro es permitir al niño explorar y alejarse gradualmente de los cuidadores, sabiendo que estos van a estar siempre disponibles. La exploración y el juego permiten la creación de recursos que serán muy importantes para la autonomía emocional y física a partir de la pubertad. Si hay alguna amenaza o miedo, no puede haber exploración ni juego, son dos sistemas biológicos incompatibles.

El circuito de alerta del niño puede activarse desde el primer día de vida si no se dan las condiciones necesarias de seguridad por parte de los cuidadores. Si los padres actúan como reguladores emocionales (como base y refugio seguro) se activa la rama ventrovagal del SNA, que produce una sensación de sosiego y calma. Estas sensaciones son las que permiten un desarrollo emocional sano.

Todos los padres sabemos por experiencia que es positivo que los niños se acostumbren a tolerar un cierto grado de frustración, porque les ayuda a desarrollar recursos para poder regularse por sí mismos y hacerse más fuertes ante futuras amenazas. Pero si el nivel de malestar es excesivo, se activará la rama simpática del SNA de una forma patológica y en los casos más graves también el nervio dorsovagal de la rama parasimpática, acarreado con ello la posibilidad de colapso y disociación.



**Figura 3.1.** La función de los cuidadores con los niños en relación al apego es permitir que el niño sienta seguridad. Tanto para poder explorar-jugar, desarrollando así su autoestima y sensación de valía, como para poder sentir bienestar cuando esté cerca de las figuras de apego.

Si los padres no actúan como base y refugio seguro, el niño tenderá a buscar otras figuras de apego que cumplan esa función; si no las encuentra, tendrá que buscar mecanismos de regulación emocional alternativos, como pueden ser otras personas, cosas materiales o actividades que le ayuden a regularse (Hilburn-Cobb, 2004). Una activación excesiva de los circuitos nerviosos de alerta aumentará las probabilidades de desarrollar trastornos emocionales graves en la adolescencia y la edad adulta.

En función de la interacción con los cuidadores, el niño desarrolla lo que se conoce como «modelos operativos internos» (Bolwby, 1995). Estos contienen recuerdos, creencias, objetivos y estrategias creados en función de las experiencias del pasado (Botella, 2005). Estos modelos se forman en edades en las que aún no se ha desarrollado el lenguaje (0-3 años de vida), por lo que no quedarían recogidos en la memoria explícita. En cambio, sí quedan almacenados en la memoria implícita o emocional (Crittenden, 2005).

Estos modelos serán los cimientos sobre los que el niño construirá el edificio en el que

vaya a vivir el resto de su vida, de adolescente y de adulto. Si estos cimientos son débiles, el edificio no resistirá cuando surjan situaciones difíciles. Si, por ejemplo, los padres han sido muy estrictos con sus estudios cuando era pequeño, de adulto esperará que todo el mundo sea muy exigente con todo lo que haga, lo que podrá provocarle la sensación de que nada de lo que logra es suficiente.

Es importante resaltar que, a menudo, la activación del simpático en los niños no se produce por malos tratos, peleas entre los padres o violencia, sino por no percibir seguridad y afecto por parte de los padres. Esto hará que, en la edad adulta, aumenten las probabilidades de sentir miedo o ansiedad en las relaciones sociales o de pareja.

Luis viene aquejado de colon irritable para el que no encuentran causa orgánica. Trabaja de médico en un hospital de Málaga y recuerda el examen de selectividad con horror. Lo pasó vomitando de los nervios por no llegar a sacar una buena nota para entrar en la facultad de Medicina, como quería su padre que también era médico. A partir de ahí, la universidad se convirtió en un suplicio, vomitando siempre antes de cada examen.

T: ¿Cómo era para ti escuchar las llaves de tu padre abriendo la puerta de tu casa cuando eras pequeño?

C: ¿Las llaves? Yo reconocía el motor del coche, lo oía a distancia y me levantaba de la cama o dejaba lo que estuviera haciendo para que cuando mi padre llegara, me encontrara estudiando.

Los modelos operativos internos pueden variar de un cuidador a otro: un niño puede sentir un fuerte apego hacia su madre y mucho miedo hacia su padre. También puede haber modelos operativos que tengan relación con cuidadores secundarios, como otros familiares o maestros. Estos también pueden ir variando a lo largo de la vida. Puede establecerse una relación muy buena con un progenitor en la infancia, que en la adolescencia se vuelva muy mala, para luego volver a ser buena en la edad adulta (Marrone, 2009). Es decir, los modelos internos no son rígidos e inflexibles, sino que pueden cambiar en función de la figura de apego y la historia de la persona.

## EL CEREBRO Y EL APEGO

Hill (2015) defiende tres fases importantes en el desarrollo neuronal durante los 3 o 4 primeros años de vida:

- Un crecimiento neuronal que comienza en la etapa prenatal y que continúa hasta los 16-18 meses de edad. Durante este tiempo, las estructuras del sistema límbico aparecen secuencialmente y se organizan de forma jerárquica. Las estructuras corticales comienzan a inhibir a las subcorticales, el niño aprende a regularse de forma muy incipiente. En este periodo, se desarrollan los circuitos que conectan el sistema límbico al simpático. Con esto, el niño posee un sistema emocional funcional que regula la conexión cuerpo-mente.
- A partir de los 16-18 meses el niño comienza a andar y se inervan los circuitos límbicos que regulan el sistema nervioso parasimpático. Las relaciones madre-hijo siguen actuando como reguladores del afecto, pero el niño cada vez es capaz de hacerlo de forma más autónoma. El córtex orbitofrontal se une al sistema límbico, lo que permitirá la regulación de sensaciones corporales. A partir de este momento es cuando el niño puede aprender a autorregularse.
- A partir de los 18 meses, la madre pasa de estar el 90% del tiempo jugando a hacer una prohibición cada 7 minutos (Schore, 2001). Esto significa que los cuidadores comienzan a inhibir las actividades que pueden resultar inconvenientes o peligrosas para el niño. Es en esta etapa cuando se empieza a consolidar la vergüenza, la sensación de no hacer lo que los cuidadores esperan. Esta etapa, hasta los 4 años, es vital para el aprendizaje social que quedará codificado de forma inconsciente en la memoria implícita.

Los padres actúan como espejos en los que el niño se refleja. Esto permite que aprenda a regularse emocionalmente, ya que el niño posee unas estructuras mentales inmaduras que se irán desarrollando en sintonía con las estructuras mentales, emociones y comportamientos de los padres. Vamos a ver cómo ocurre esto a nivel neurobiológico y las repercusiones, si no se produce de forma óptima.

El cerebro de los seres humanos está lateralizado, es decir, dividido anatómicamente y funcionalmente en dos hemisferios. Estos a su vez están comunicados entre sí por unas fibras denominadas cuerpo calloso. El hemisferio derecho madura primero en el niño y es responsable de los aspectos emocionales; en cambio, el izquierdo madura más tarde y está relacionado con las cogniciones. Se ha observado que el llanto como reacción a la

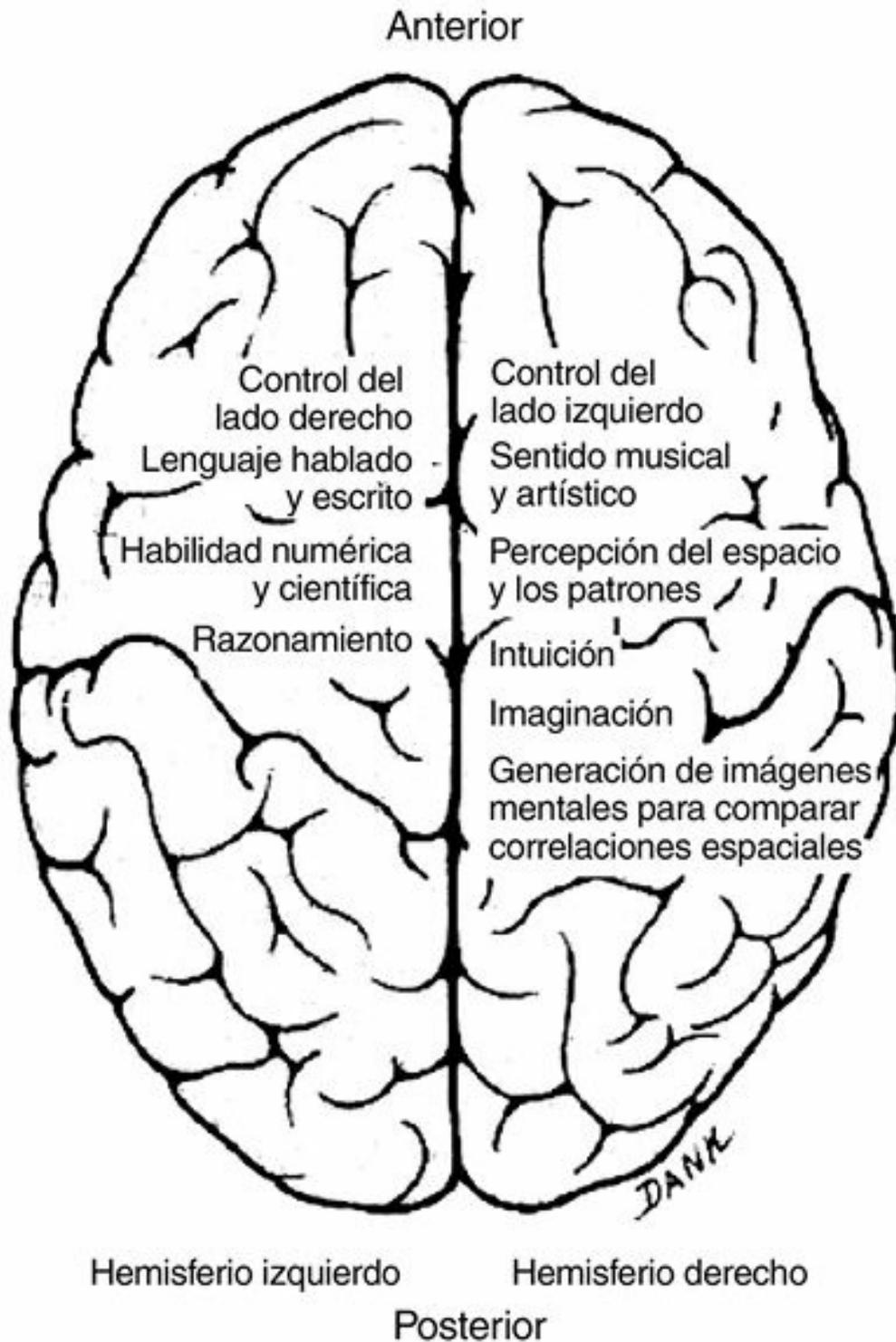
separación tiende a producirse con más frecuencia en niños que muestran un patrón de activación derecha que en aquellos en los que predomina el hemisferio izquierdo (Aguado, 2010). Algunos autores defienden que se podrían explicar las diferencias en los patrones de apego en diferentes individuos en función de qué hemisferio sea predominante (Crittenden, 2015).

Uno de los órganos que están operativos desde el nacimiento es la amígdala que, como ya hemos visto, realiza una función mediadora para determinar si algo es peligroso o atractivo. El primer factor de reconocimiento en todos los mamíferos entre la madre y el hijo es el olor. Y esto también es así en los seres humanos. Nuestros bebés, a pesar del poco desarrollo de este sentido en nuestra especie, fijan el vínculo con la madre a través del olor gracias a que el bulbo olfatorio envía el estímulo a la amígdala, que guardará memoria de este como algo agradable. Diversos estudios demuestran que los bebés tienen preferencia por los pechos que huelen como el de sus mamás (Panksepp y Biven, 2012).

Esta vinculación olfativa se refuerza en pocos días mediante estímulos positivos, dados que el niño produce oxitocina y opiáceos en su cerebro que generan una sensación de placer por el contacto físico y las caricias de la madre. Esto provoca un círculo virtuoso de placer y bienestar tanto en la madre como en el hijo, que garantiza el cuidado y la supervivencia de este. Como se puede observar en la figura 3.2 cada hemisferio está especializado en tareas diferentes. Es la conexión emocional del hemisferio derecho de la madre y el del hijo lo que provoca la vinculación emocional (Montgomery, 2013).

Pasados unos meses, la relación implica a otros sentidos corporales como la vista y el oído, que pasan a ocupar el lugar del olfato y comparten importancia con el tacto. Schore (2010) lo define del siguiente modo:

«La madre sincroniza los patrones sociotemporales de su estimulación sensorial exógena con las manifestaciones espontáneas explícitas de los ritmos fisiológicos del infante. Por medio de esta responsividad contingente, la madre evalúa las expresiones no verbales de la activación interna y los estados afectivos de su infante. Para lograr esto el cuidador primario tiene que modular con éxito niveles sub-óptimos altos o bajos de estimulación que inducirían niveles excesivamente elevados o extremadamente bajos de activación en el niño. El apego seguro depende del entonamiento psico-biológico sensible de la madre respecto de los estados internos del infante» (pág. 299).



**Figura 3.2.** En el dibujo se puede ver la división interhemisférica en dos partes: izquierda y derecha. Cada hemisferio cumple una función. El derecho estará más relacionado con lo emocional y lo abstracto, mientras que el izquierdo trabaja con el lenguaje, la lógica y el razonamiento. **Fuente:** <https://www.blogdebiologia.com/lateralizacion-hemisferica.html>

La relación madre-hijo durante los primeros años de vida será principalmente emocional a través de los sentidos, lo cual provoca una sincronización en ambos de sus hemisferios derechos respectivos (Schore, 2010). Las sensaciones ayudarán a que se produzca un desarrollo madurativo sano en el niño.

Veamos con detalle qué papel juega cada uno de los sentidos:

- La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano y el que nos comunica con el mundo exterior. Tiene millones de receptores que nos permiten sentir en sincronía con el mundo externo. El contacto por la piel con las figuras cercanas genera, como hemos visto, opiáceos endógenos y hace que el niño pueda tener sensaciones de bienestar en su memoria implícita. Estas serán fundamentales posteriormente en la adolescencia y en la edad adulta cuando, comience la elección de pareja para la reproducción. Si el niño no es tocado, besado, abrazado de pequeño su cuerpo, guardará una memoria traumática y tenderá, o bien a no sentir el cuerpo, lo que dará lugar a un apego evitativo, o bien a una necesidad excesiva de contacto que generará un apego ansioso.
- El oído interno y la boca son las terminaciones principales del nervio vago en la cabeza (Porges, 2009). Su estimulación es vital para el desarrollo neurológico del niño; por eso son tan importantes las vocalizaciones de la madre y de los cuidadores. Los sonidos rítmicos son vitales para el crecimiento sano de las áreas cerebrales. Los primates solo utilizan el pecho materno como forma de alimentarse el 20 % del tiempo, el otro 80% usan el pecho materno como forma de relajación (Bowlby, 1985) (por eso los humanos ponemos chupetes a los niños). Cuando el niño ve que la madre sonríe, mueve los labios o vocaliza, tiende a repetir esos movimientos que estimulan las áreas cerebrales responsables de las emociones.
- La vista es otro de los sentidos fundamentales para la sincronización entre el niño y la madre. Sabemos actualmente que la relación visual-facial determina gran parte de la relación de apego (Schore, 2010). El desarrollo de la capacidad para poder reconocer rostros cuando somos adultos (la capacidad de relacionarnos con los demás) depende totalmente del hemisferio derecho.

Recomiendo a las personas interesadas que vean el video «Still Face Experiment» (el experimento de la cara inexpresiva, disponible en YouTube), realizado por Tronick (2007). En el video, una madre interactúa con su hijo y, en un momento determinado, pone una cara seria sin expresión durante dos minutos para poder observar la reacción del hijo. El rostro del niño muestra terror al no ver reaccionar a su madre y perder, por

tanto, la sincronización emocional. En las relaciones de apego tempranas, lo más importante son las conductas no verbales, como los gestos, la prosodia vocal o el tacto; es decir, la activación emocional del niño. El apego no es algo simplemente psicológico, es sobre todo un fenómeno biológico.

Una paciente me comentó que iba de copiloto con su marido mientras este conducía el coche por la autovía. Su hija de un año de edad estaba sentada en la silla de seguridad en los asientos de atrás. La niña empezó a llorar desconsolada, su madre intentaba calmarla sin poder moverse del asiento sonriéndole y haciéndole carantoñas. La niña no dejaba de llorar con los consiguientes nervios y desesperación. Mi paciente se quitó las gafas de sol que llevaba y volvió a calmarla con un efecto mágico e inmediato. Creo que fue la mirada de los ojos directos a la niña lo que ayudó a que se calmase, no podía reconocer la mirada de su madre a través de las gafas.

Schore (2010) ha creado un modelo del desarrollo del hemisferio derecho y de la regulación de las emociones, detallado a continuación:

**Tabla 3.1.** En esta tabla podemos ver con detalle cómo actúan el niño y la madre, y cómo interaccionan ambos cuando se produce la estimulación de los diferentes órganos sensoriales. Tabla adaptada del modelo de regulación del afecto (Schore, 2010).

CONTEXTO INFANTIL	CONTEXTO MATERNO	INTERACCIÓN
<b>VISUAL/ROSTRO</b>		
<p><b>Respuesta regulada</b> Orientada, explora. Miradas a la madre y a otros. Usa un amplio espectro de expresiones. Expresiones de bienestar.</p>	<p><b>Respuesta regulada</b> Responde al niño con un amplio repertorio de expresiones faciales (contacto ocular, sonrisas, expresiones faciales).</p>	<p><b>Respuesta regulada</b> Regulación estrés a través de la mirada. Hay una conexión emocional en la mirada. La conexión emocional potencia estados de bienestar en ambos.</p>

<b>Respuesta de estrés</b> Se evita la mirada y el contacto ocular. No hay exploración.	<b>Respuesta de estrés</b> Caras planas, expresiones incongruentes o de miedo, como por ejemplo, reír cuando el niño está asustado.	<b>Respuesta de estrés</b> Uno de los dos rompe el contacto ocular. No hay sincronización en las miradas. Ausencia o evitación de contacto ocular.
<b>TONO VOCAL</b>		
<b>Respuesta regulada</b> Se gira hacia la voz de la madre. Utiliza un lenguaje de juego (balbuceo, risas).	<b>Respuesta regulada</b> Da respuestas variadas de tono y ritmo. Adecúa el tono y ritmo al del niño.	<b>Respuesta regulada</b> Audición sincronizada. Imitación uno y otro de los tonos y los ritmos.
<b>Respuesta de estrés</b> Cuando hay estrés, evita la voz de la madre. Utiliza el llanto en respuesta a la ausencia de reciprocidad.	<b>Respuesta de estrés</b> No habla al niño o, si lo hace, es de forma que responda a las emociones del niño. No vocaliza o grita al niño.	<b>Respuesta de estrés</b> Uno utiliza un tono discordante mientras el otro está en silencio o ambos usan un tono discordante. No hay sincronía entre los estados de uno y otro.
<b>POSTURAS/GESTOS</b>		
<b>Respuesta regulada</b> Posturas relajadas. Mueve el cuerpo y extremidades de forma fluida.	<b>Respuesta regulada</b> Se acerca al niño de forma suave y con afecto. Responde a los movimientos del niño.	<b>Respuesta regulada</b> Los cuerpos se coordinan y hay contactos íntimos. A partir del primer año los movimientos se vuelven coordinados de forma intencionada.
<b>Respuesta de estrés</b> Mueve las extremidades de forma caótica. Mueve la cabeza, arquea el cuerpo o evita el contacto con la madre.	<b>Respuesta de estrés</b> Se acerca al niño de forma brusca. Toca o manipula al niño de forma brusca. No tiene en cuenta los gestos del niño o no responde a sus iniciativas.	<b>Respuesta de estrés</b> El niño no se coordina o evita los contactos con la madre. La madre acentúa los gestos bruscos hacia el niño. La diada fracasa a la hora de calmarse el uno al otro.

En los dos primeros años de vida, se produce un crecimiento neuronal muy rápido, crítico para la maduración y el desarrollo cerebral del niño el resto de su vida. Una gran parte del aumento neuronal y las sinapsis asociadas se produce en el córtex prefrontal que, como vimos, es responsable del afecto y la autorregulación. Esta zona, muy inmadura en el nacimiento, se va desarrollando en consonancia con la relación con la madre (Coan, 2008). En función de cómo sea ese desarrollo, así serán los «modelos internos» que regulan la relación con uno mismo y los demás a través de diferentes órganos como la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal.

Si todo transcurre con normalidad y los padres son capaces de autorregularse, pueden calmar y activar al niño siempre que sea necesario, permitiéndole que pueda ir ganando en seguridad y autonomía hasta llegar a la adolescencia, momento en el que tendrá que

empezar a buscar personas afines para establecer relaciones de pareja, alejándose emocional y físicamente de los padres. Si la relación con la madre, y posteriormente con el padre, no es adecuada en los dos primeros años de vida, los efectos pueden durar toda la existencia y afectar en la edad adulta a la elección de parejas adecuadas (Crittenden, 2015). Si las relaciones de apego no son satisfactorias o si son peligrosas, el niño queda sujeto a sensaciones dolorosas que se almacenan en su memoria implícita. En el futuro, su cuerpo recordará este malestar que se reflejará en situaciones en las que se vincule emocionalmente con otras personas. En muchos casos, el resultado será no sentir sensación alguna, ni positiva ni negativa; no sentir será una estrategia para no sufrir.

Según Bowlby (1984), durante la infancia, el sistema de apego trata de buscar un equilibrio entre la búsqueda de proximidad con los cuidadores y la exploración. Si la figura de apego está cerca y el entorno es seguro, el niño se mostrará cómodo y confiado, y se activarán conductas exploratorias (activación de la rama ventrovagal del SNA). Por el contrario, si el niño se encuentra en una situación extraña o amenazante, se activarán conductas de búsqueda de la protección de las figuras de apego (activación del sistema simpático del SNA). Hay tres tipos de situaciones que pueden activar la alerta o el miedo:

- Condiciones ambientales: Circunstancias que provocan alarma o miedo en los adultos o en los niños. En un caso extremo, si el cuidador siempre está ansioso o asustado, al niño le resultará imposible explorar.
- Condiciones de los cuidadores: Enfermedad, ausencia o pérdida de las figuras de apego.
- Condiciones fisiológicas del niño: Hambre, sed, frío o enfermedad, entre otras.

Luisa es una chica de 19 años que dejó los estudios muy pronto y en la actualidad está sin trabajo. Viene a la consulta porque tiene un problema grave con su cuerpo, no le gustan sus piernas y le da vergüenza que los demás las vean. Esto le impide llevar cualquier ropa que no sean pantalones, ir a la playa o desnudarse delante de su novio. Haciendo la historia clínica, me cuenta que su madre es bipolar y que, desde pequeña, ella era la que se encargaba de avisar a los médicos para hacer los ingresos cuando estaba maníaca o depresiva. Recuerda a su madre diciéndole durante su

infancia que era una pena que tuviera las piernas tan feas, «patas de alambre» eran las palabras que usaba su madre.

Luisa asoció el malestar provocado por las crisis de su madre y la falta de sintonía emocional con ella a algo que era defectuoso en su propia persona, en este caso sus piernas. Es como si colocase en una parte de su cuerpo todo el malestar que sentía por su creencia de ser defectuosa o no válida debido a la relación con su madre. Es lo que conocemos como dismorfofobia corporal y que tantas veces vemos en los trastornos alimenticios.

En los seres humanos, a diferencia de otros animales, las rupturas en la relación diádica madre-hijo pueden ser reales o imaginarias.

- Rupturas reales del apego: Muerte de la madre o el padre. Abandono del padre (aunque son más escasos, también puede haber abandono de la madre). Hospitalización de la madre o del niño. La madre está ausente mucho tiempo por cuidar de otras personas, por estar trabajando mucho tiempo o por viajes frecuentes.
- Rupturas imaginarias del apego: Depresión postparto. Hijos no deseados. Niños de reemplazo. Muerte de alguien cercano a la madre. Trastornos de personalidad. Apego evitativo, ansioso o desorganizado de la madre, del padre o de ambos.

Cristina es una mujer de 36 años que, según describe, nunca ha tenido suerte en sus relaciones de pareja. Ahora ha encontrado a alguien con quien tiene estabilidad, pero es incapaz de convencerse de que todo va bien. Sigue teniendo miedo a que, en cualquier momento, las cosas vayan mal y su pareja la abandone. Cuando hicimos la historia clínica, me contó que era la tercera de tres hermanos. Tenía una hermana más, pero murió a los tres años de una meningitis y por eso decidieron tenerla a ella, como forma de superar el dolor y la pena. Incluso le pusieron el mismo nombre que tenía la hermana fallecida, Cristina.

T: ¿Cómo te sentías de pequeña? ¿Cómo era sustituir a esa niña que se había ido?

C: Era una sensación constante de sentir que todo lo hacía mal,

me comparaban constantemente con ella: *Tu hermana no lloraba, tu hermana era muy buena, tu hermana se lo comía todo...* Era como si compitiera constantemente con alguien tan perfecto que era imposible estar a su altura. Quizás hubiera sido mejor que yo no hubiera nacido, así no habría sido una carga para mis padres.

Un apego sano permite la maduración sana del sistema nervioso. Cuando el bebé siente estrés o miedo, se activa el hemisferio derecho e incrementa la actividad de la rama simpática del SNA, se acelera el ritmo cardíaco y aumentan las catecolaminas en el torrente sanguíneo y el hipotálamo; lo mismo que ocurre cuando el ambiente se percibe como peligroso (Schoore, 2001).

La conexión emocional madre-hijo es vital los dos primeros años de vida del niño. El sistema límbico responsable de las emociones se mieliniza en el primer año de vida de los seres humanos. El hemisferio derecho, que se conecta preferentemente con este sistema, se desarrolla mucho antes que el izquierdo. Por tanto, autores como Schoore (1994) postulan que una experiencia de apego sería una sincronización entre el hemisferio derecho del niño y el de la madre, concretamente el córtex orbitofrontal.

Si hay situaciones de amenaza o miedo, los cuidadores no regulan (no dan seguridad al niño) y el sistema nervioso simpático se activa durante demasiado tiempo, la rama dorsovagal provocará una disociación traumática tanto a nivel mental (Van der Hart, 2005) como a nivel corporal (Nijenhuis, 2000; Scaer, 2014). En este estado de entumecimiento disociativo, los opiáceos endógenos son muy elevados y el tronco encefálico, a través de la rama dorsovagal, provocará una caída de la presión arterial o sanguínea, de la actividad metabólica y de la tasa cardíaca, lo que provoca a su vez la circulación de más adrenalina en la sangre. Esta activación del parasimpático (hipoactivación) es una manera de contrarrestar la hiperactivación del simpático, lo que paradójicamente resulta extremadamente traumático (véase el capítulo 2) (Schoore, 2010).

En edades tempranas cuando el hipocampo no ha madurado toda la memoria será emocional y los traumas quedarán guardados en la memoria procedimental (Scaer, 2014). Se ha visto que el estrés crónico favorece la adquisición de aprendizajes emocionales básicos relacionados con la amígdala (todo lo relacionado con el miedo) pero impide la adquisición de aprendizajes más complejos que dependen del hipocampo (Aguado, 2010).

La figura 3.3 detalla la secuencia ante un peligro de amenaza. Es igual que la que se produce en un cerebro adulto, pero en infantes resulta extremadamente peligrosa y patológica debido a la fragilidad e inmadurez del sistema.



**Figura 3.3.** En este esquema podemos ver las diferentes fases que sigue el sistema nervioso cuando hay una alerta, yendo desde una ligera activación hasta la disociación traumática en función del nivel del peligro y los recursos para afrontarlo.

Estas desregulaciones no solo se producen en el bebé cuando la madre no está presente; también pueden ocurrir frente a otros tipos de amenaza. Si este proceso se repite con frecuencia, la desregulación será crónica y provocará estados constantes de hipo e hiper-activación en la adolescencia y la edad adulta. Este proceso biológico es el origen del apego desorganizado. Los daños en el hemisferio derecho, el hipocampo y demás órganos del cerebro impedirán regularse emocionalmente en la edad adulta ante eventos estresantes como los hijos, entre otros, lo que transmitirá la patología a la descendencia.

Esta regulación emocional o mentalización en los seres humanos es vital para lograr tres objetivos a nivel biológico (Trevarthen, 2009):

- Regulación subjetiva. Aprender a autorregularse dentro de unos márgenes sanos.
- Regulación intersubjetiva: Aprender a relacionarse con los demás.
- Regulación de las siguientes generaciones: Regular de forma adecuada a la descendencia.

Según Schore (2010):

«Un número de funciones localizadas en el interior del hemisferio derecho trabaja en conjunto con la finalidad de monitoreo de un bebé. Así como lo está para el procesamiento de emociones y rostros, el hemisferio derecho está especializado para la percepción auditiva, la percepción de la entonación, la atención y la información táctil. Por lo tanto, las experiencias sociales facilitan la maduración dependiente de la experiencia de los sistemas del cerebro derecho en un periodo crítico, sistemas que procesan las comunicaciones visuales-faciales, auditivas-prosódicas y táctiles-gestuales. Desde la infancia a lo largo de todos los estadios posteriores del ciclo vital, el hemisferio derecho es dominante para la recepción, expresión y comunicación no conscientes de las emociones y para los componentes cognitivos y fisiológicos del procesamiento emocional» (pág. 301).

Trevarthen (2009) resalta:

«La expresión emocional de una persona y la activación del sistema simpático que provoca en otras personas están asociadas con un incremento de la actividad en las mismas regiones cerebrales de los dos individuos, con sistemas que se activan que incluyen áreas subcorticales, límbicas y elementos del neocórtex» (pág. 59).

La relación madre-hijo regula los estados internos de activación y calma en el niño. Si se produce una hiperactivación simpática y no hay una estabilización emocional por parte de la madre, o si es esta la que provoca la desregulación, se provocará una profunda sensación de malestar en el niño. Es importante saber que el proceso de ruptura de la conexión emocional y su posterior reconexión es vital para que el niño aprenda a autorregularse sin la presencia de la madre. Resultarían patológicas en el caso de que fuesen frecuentes, duraderas y demasiado intensas.

Unos buenos cuidadores regulan situaciones extremas de hiperactivación o hipoactivación en el niño que pueden resultar traumáticas para este. Cozolino (2016) sostiene que la activación que se produce en una situación de miedo, como vimos en el capítulo 2, será internalizada por los bebés como «no soy amado» y «soy rechazado»

debido a que resulta muy traumática para ellos. Posteriormente, estas sensaciones internalizadas provocarán sensaciones de vergüenza, rechazo y abandono en la edad adulta.

Una vez más, siguiendo a Schore (2010):

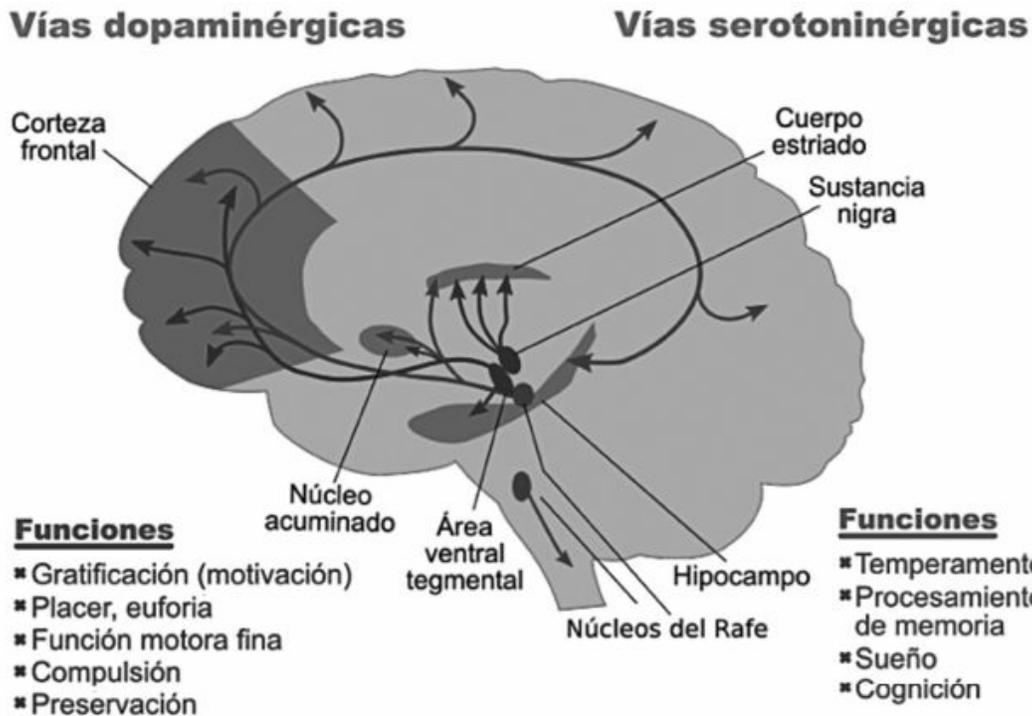
«La madre puede sentar las bases en el niño para una tendencia de toda la vida hacia una propagación sin freno de la ansiedad u otras emociones o, al forzar al niño a distanciarse de tal experiencia demasiado intensa y por ende traumatizante, ella puede promover en el niño una organización psíquica empobrecida, la organización psíquica de una persona que posteriormente será incapaz ella misma de ser empática, de experimentar experiencias humanas en esencia, de ser plenamente humana» (pág. 302).

Si la regulación emocional es adecuada, entonces el niño puede “mentalizar” (Fonagy y Luyten, 2014), que supone ser capaz de regularse emocionalmente con uno mismo y con los demás, encontrando un equilibrio en el uso de las áreas corticales y subcorticales.

## **CIRCUITOS DE MEMORIA IMPLÍCITA**

La dopamina es un neurotransmisor muy importante en el desarrollo, asociado a los refuerzos positivos o la recompensa. En relación a las conductas de apego, está íntimamente ligado al papel de la oxitocina y motiva la búsqueda mutua en la díada cuidador-bebé y la reproducción en adultos (Panksepp y Biven, 2012). Provoca una sensación de satisfacción cuando se logra algo. El área cerebral más importante ligada a este neurotransmisor es el cuerpo estriado.

Esta región está muy relacionada con las áreas corticales y es responsable, en gran parte, de los aprendizajes procedimentales (véase el capítulo 5). Cada vez que una acción, sensación o emoción queda grabada como algo positivo, se produce un aumento de la dopamina y esta información se almacena en el cuerpo estriado (véase figura 3.4). Está conectado también con la amígdala y el hipocampo, y desempeña un papel integrador en la motivación (Damasio, 2012; Koziol y Budding, 2010).



**Figura 3.4.** La dopamina es el neurotransmisor de la recompensa. Está asociada a la gratificación y la motivación. Si en algún momento algo tuvo un efecto emocional muy positivo, habrá un pico en la producción de dopamina. En el futuro, se puede intentar encontrar esta misma sensación con conductas que pueden resultar patológicas.

Cuando Antonio vino por primera vez a la consulta, me causó muy buena impresión a nivel personal: una conversación muy agradable, buen sentido del humor, pero era difícil saber con exactitud cuál era el motivo de la consulta. En la tercera sesión, me comentó que tenía un problema con el juego. Era ludópata.

Al trabajar sobre este tema (que era el que realmente le traía a la consulta) me explicó que sentía un deseo irrefrenable de ir a jugar a las máquinas tragaperras. Esto ocurría solo los fines de semana cuando tenía más tiempo libre, durante la semana al estar ocupado todo el día trabajando no sentía ninguna necesidad de jugar. Cuando pasaba el fin de semana y se daba cuenta del dinero que había perdido (a veces ganaba, pero obviamente eran las menos) sentía unos remordimientos terribles y se juraba y perjuraba que no iba a volver a hacerlo para volver repetirlo el

siguiente fin de semana.

La información que ha sido aprendida se almacena en el córtex con una valencia emocional positiva o negativa. Si se vuelve a producir una situación parecida, tendremos una sensación, emoción o pensamiento parecido, sin que tenga lugar de forma consciente (Ginot, 2015). Esto podría explicar el porqué de muchas acciones impulsivas que no pueden evitarse, a pesar de saber que después provocarán malestar o dolor. Es muy probable que la dopamina influya mucho en esta impulsividad que tanta importancia tiene en la psicopatología.

Koziol & Budding (2010) mantienen que los circuitos de la dopamina están involucrados también en las relaciones interpersonales, al estar conectados con el córtex orbitofrontal. De este modo, las personas con apego seguro que hayan vivido las relaciones personales en la infancia como algo positivo tenderán a crear vínculos sanos con los demás y se reforzará la sensación de búsqueda de relaciones sanas con amigos o parejas.

Esto no significa que el cerebro actúe de forma rígida en función de lo aprendido en la infancia. Estos aprendizajes procedimentales resultan muy útiles para actuar de forma repetitiva y gastar la menor energía posible, pero el neocórtex, mediante la consciencia, permite flexibilizar las conductas o las emociones que suelen ser espontáneas o repetitivas. La mayoría de las veces será fácil cambiarlas, pero serán más difíciles de cambiar o que desaparezcan en función del efecto ansiolítico que tengan.

Los individuos que no han podido aprender a regularse en la infancia (véase el capítulo 5) no tienen esa capacidad de integrar aprendizajes nuevos y están condenados a repetir emociones o conductas aunque les resulten nocivas. El circuito de la recompensa puede explicar por qué muchas de las conductas patológicas que se aprenden en la infancia y la adolescencia son tan difíciles de cambiar o eliminar en el futuro. Esto explicaría, por ejemplo, la dificultad del tratamiento de las adicciones o los trastornos alimenticios.

Antonio es un paciente de 31 años que acude a consulta porque tiene sobrepeso. Quiere comer menos, pero cuando llega la hora del almuerzo o la cena come mucho y al poco rato vuelve a sentir

hambre y tiene que volver a comer.

T: ¿Alguna vez has sentido sensación de vacío?

C: Sí. Desde que tengo uso de razón. Siempre he tenido una sensación que dentro de mí faltaba algo.

T: ¿Y cómo hacías para calmarla cuando eras pequeño?

C: Comía. Recuerdo mucho estar con mi abuela disfrutando y, eso sí, siempre comiendo. Era la típica persona que siempre estaba cocinando y dándote comida. Con ella era feliz.

T: ¿No has pensado que quizá estés usando la comida como forma de ser feliz, de no sentir la ansiedad?

C: Nunca lo había visto así.

Muchos de los trastornos que vamos a ver en nuestras consultas van a estar relacionados con cosas que ocurrieron durante la infancia, los mecanismos que se usaron entonces para reducir el malestar van a seguir siendo usados no importa el tiempo que haya pasado.

## CONCLUSIONES

Los niños nacen con varios sistemas biológicos innatos. En este capítulo hemos hablado del apego y la defensa, ambos vitales para la supervivencia del bebé. La madre es fundamental durante los dos primeros años de vida para regular y cuidar al niño tanto a nivel físico como emocional. Si la madre no es capaz de autorregularse, será incapaz de regular a su hijo.

En muchas ocasiones, la madre no está presente física o emocionalmente y esto obliga al niño a regularse con algo que pueda sustituir esa falta (otras personas, algo material o alguna tarea). Si estas ausencias son excesivas, o si la madre es fuente de amenaza o malestar para el niño, se activarán todos los circuitos cerebrales responsables del miedo y la ansiedad. Para poder manejar el malestar, el niño se disocia psíquica y somáticamente con consecuencias traumáticas. La madre es necesaria para poder calmar al niño, pero si esta no lo hace o si aumenta la desregulación, los daños serán patológicos y permanentes.

Como resultado, el niño crece con apego inseguro y es incapaz de autorregularse y de regularse con los demás. Esto puede desembocar en trastornos de ansiedad, fobias

sociales, ataques de pánico o trastornos de personalidad.

La importancia de las relaciones de apego con los cuidadores es literalmente vital para la supervivencia física y emocional del niño y, si no existen o son defectuosas, los daños serán permanentes e irreparables. En algunos casos, puede haber figuras de sustitución que permitan la resiliencia del niño y posteriormente la aparición de un apego seguro adquirido.

# El apego como forma de regulación emocional

## 4

### ¿QUÉ ES EL APEGO?

Hace algunos años oí hablar del apego por primera vez. Me impresionó cómo permitía entender las conductas y emociones de los seres humanos más allá de la infancia, incluso en la vida adulta. Para mí fue una revelación, algo que aunaba y daba sentido a muchos de mis conocimientos sobre psicología y biología. A medida que iba estudiando y profundizando en el tema, me sorprendía cada vez más la importancia de los vínculos de la infancia sobre la organización biológica del cerebro y el modo en que explicaban muchos de los trastornos que los pacientes plantean en consulta.

Creo firmemente que, en el futuro, los dos campos que más se investigarán en psicología serán el apego y la neurobiología del cerebro, el modo en que este se va modelando para adaptarse a las circunstancias del entorno. Si bien es indudable que la genética desempeña un papel fundamental en el desarrollo mental, sabemos por los estudios de epigenética que los genes también pueden ser influidos por condiciones ambientales. Por ejemplo, la predisposición genética a producir mayores cantidades de cortisol o de serotonina está muy influenciada por cómo se sentía la madre durante el embarazo y los primeros meses de vida del bebé (Yehuda, 2016).

Las relaciones que establecemos con nuestras figuras de apego nos ayudan a entender cómo vemos el mundo, cómo vivimos los conflictos y cómo nos relacionamos con los demás. Bolwby (1993) define la conducta de apego como «... cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo, diferenciado y preferido, que suele ser concebido como más fuerte o más sabio» (pág. 292). Pero el apego es más que la proximidad física; incluye también la necesidad de una conexión emocional, a partir de la cual el niño obtiene la seguridad necesaria para explorar su entorno.

Los «modelos internos de trabajo» que creamos durante la infancia y guardamos en nuestra memoria implícita determinan la forma en que vemos el mundo y cómo esperamos que este se comporte con nosotros. Contienen las expectativas que tenemos respecto a nosotros mismos, a las personas significativas y a nuestras relaciones con ellas. Estos modelos aprendidos en la infancia van a ser vitales en la edad adulta porque

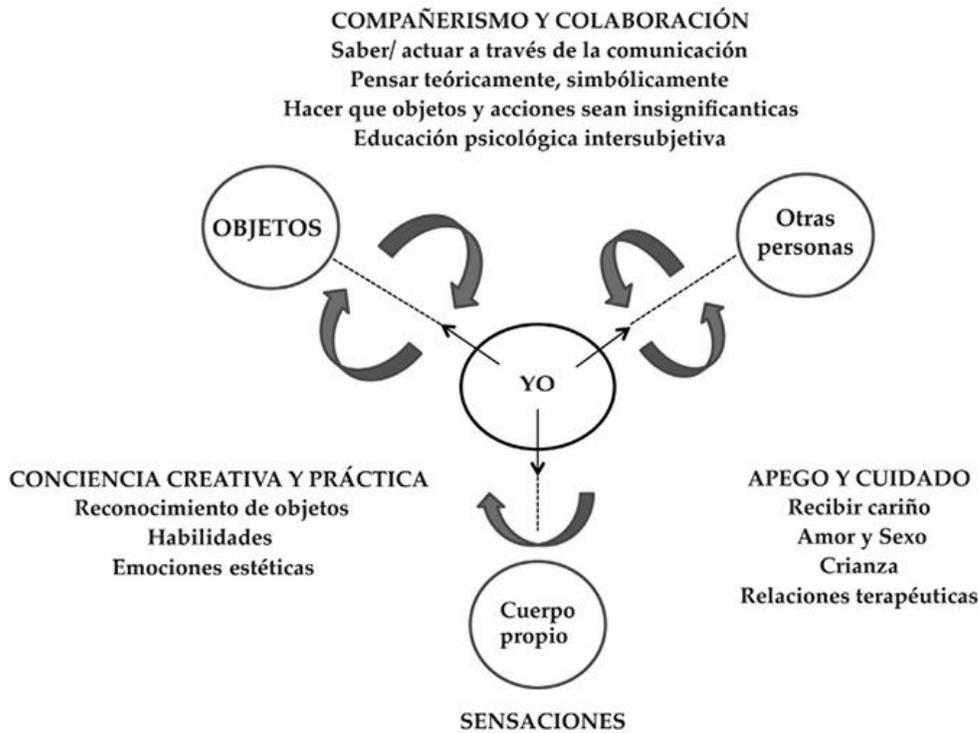
van a determinar el modo en que nos relacionamos con los demás (Pietromanco y Feldman, 2006).

Los niños que han tenido figuras de apego disponibles y atentas a sus necesidades, crearán una representación de sí mismos como personas válidas. Aquellos que hayan tenido figuras de apego inconsistentes o abusadoras desarrollarán una sensación del *self* como defectuosos o no válidos (Cassidy, 2000).

Si cerramos los ojos y dedicamos unos segundos a recordar a las personas más cercanas de nuestra infancia, experimentaremos diferentes sensaciones: amor, miedo, asco, admiración, etc. Aquellas personas con las que nos sentíamos seguras son las que nos generaron una sensación de calma que nos ayudó a sentirnos aceptados e importantes. En cambio, las personas que nos provocan sensaciones desagradables cuando las recordamos son aquellas que nos hacían sentirnos en alerta. Como vimos en el capítulo anterior, el miedo o la alerta resultan incompatibles con un desarrollo mental sano.

Desde el momento del nacimiento, el bebé mantiene contacto y se relaciona con factores internos (sensaciones) y externos, tales como los cuidadores y los objetos físicos. Como vemos en la figura 4.1, todos estos aspectos se interrelacionan e influyen mutuamente para construir un sentido del yo.

Para poder estudiar la relación del niño con los cuidadores, Ainsworth y sus colaboradores (1978), muy influenciados por Bowlby, realizaron una serie de experimentos para evaluar cómo se comportaban los niños cuando se inducía una situación de miedo y poder así estudiar la reacción de los niños y su relación con los progenitores.



**Figura 4.1.** Las relaciones del individuo están marcadas por las relaciones de apego con las otras personas, los objetos externos y las sensaciones propias. Para poder conseguir una regulación emocional sana se tiene que producir un equilibrio correcto entre estos tres factores.

Este experimento consta de dos partes. Durante la primera, se visitó a la madre y al niño (de unos 18 meses de edad) en el hogar y se observó cómo se relacionaban entre sí. La segunda parte se realizó en el laboratorio, induciendo situaciones de estrés en el niño y observando cómo reaccionaba con respecto a su madre. Ambos se encontraban en una habitación; el niño jugaba con juguetes mientras la madre observaba. Pasados unos minutos entraba un extraño que permanecía con ambos unos minutos y luego la madre abandonaba la habitación. Al poco tiempo, la madre regresaba y el extraño se retiraba. Unos minutos más tarde, la madre se marchaba de nuevo y dejaba al niño completamente solo durante otro par de minutos (Hill, 2015).

A raíz de los resultados, establecieron tres tipos de apego en función de la relación del niño con la madre. Demostraron que la sensibilidad materna es el determinante de la calidad de apego a los 12 meses. Las madres inconsistentes tienen hijos ansiosos, las madres que rechazan tienen hijos que evitan y las madres sensibles tienen hijos seguros. Posteriormente, vieron que algunos niños no entraban en ninguna de las clasificaciones anteriores y crearon otra categoría adicional más, el apego desorganizado.

En investigaciones posteriores, dedujeron que el apego de los niños coincidía casi siempre con el de los padres. En EL 70% de los casos, se produce el mismo tipo de apego hacia ambos progenitores y en el 30% restante puede haber estilos diferentes de apego con el padre o la madre, abuelos, hermanos u otros familiares (Feeney et al., 2001). La clasificación según el tipo de apego sería:

**Tabla 4.1.** En esta tabla se pueden observar las estrategias asociadas a los diferentes tipos de apego tanto en los niños como en los cuidadores. Extraído de Holmes (2011)

TIPO DE APEGO	ESTRATEGIA PROGENITOR	ESTRATEGIA EVOLUTIVA NIÑO
Apego seguro (TIPO B)	A largo plazo, capaz y con voluntad de invertir mucho esfuerzo por la responsabilidad de cuidar del hijo.	Maximiza el aprendizaje a largo plazo. Mantiene la inversión del progenitor “sano”.
Apego evitativo (TIPO A)	A corto plazo, sin voluntad de invertir en el hijo. Desinterés o rechazo del hijo.	Maximiza la supervivencia a corto plazo. Evita al progenitor no protector o cuidador.
Apego inseguro (ambivalente) (TIPO C)	Corto plazo, incapaz de invertir energía en el hijo. Esfuerzos de ser buen progenitor pero con recursos inadecuados. Incoherente, preocupado pero no rechaza al hijo.	Maximiza la maduración a corto plazo. Mantiene la inversión de roles. Hay parentificación.
Apego desorganizado (TIPO D)	Ninguna o muy poca inversión en el hijo. La figura de apego es también fuente de maltrato o miedo.	Mantiene mucha energía en la defensa, no puede madurar. Falta de coherencia en la acciones de la vida, parejas...

Las cuatro fases que tienen lugar durante el desarrollo del niño con los cuidadores en relación al apego son (Bolwby, 1995):

**Fase de preapego** (primeros 2 meses): Son las conductas que se activan en el bebé independientemente de la figura de apego. Son indiscriminadas e innatas, es decir instintivas, y se producen en presencia de cualquier figura humana (p.ej., orientar la mirada hacia una persona, dejar de llorar ante la cercanía de un adulto o sonreír).

**Fase de formación del apego** (de los 2 a los 6 meses): El bebé puede reconocer a la madre frente a otras personas desconocidas. Las conductas anteriores se enfocan cada vez más exclusivamente en la madre. Si la madre no es capaz de regular emocionalmente al niño, se activarán simultáneamente los circuitos del apego y el miedo, con efectos

desastrosos para el desarrollo emocional del niño.

**Fase de apego** (de los 6 meses a los 3 años): En esta etapa se consolida la relación de apego con la madre y los cuidadores principales. Se produce el desarrollo del hipocampo, que comenzará a regular la activación de la amígdala. Se desarrollan plenamente otros tres sistemas conductuales que van a ser muy importantes el resto de la vida.

- Sistema defensivo: Son las reacciones de miedo o cautela frente a personas o situaciones desconocidas. El niño usa a los cuidadores como base y refugio seguro, y puede comenzar a valorar el origen y la intensidad de las amenazas.
- Sistema afiliativo: Es la consolidación del afecto con las figuras próximas que se convertirán en figuras de apego. Si estas no cubren las necesidades del niño o son fuente de amenaza (es decir, activan el sistema del miedo), el niño no podrá desarrollar los sistemas de regulación emocional.
- Sistema exploratorio: Permite al niño poder ir creando poco a poco su independencia. Está muy relacionado con el sistema del miedo, ya que si este se activa, resultan imposibles la exploración y el juego. Si la figura de apego es ansiosa y/o sobreprotectora, no permitirá al niño desarrollar su autonomía, lo que provocará falta de recursos y autoestima en la edad adulta. Barg (2010) afirma: «En condiciones normales, a medida que se producen las conductas de exploración/acercamiento será cuando el niño pueda construir su base segura y su refugio seguro. El lugar donde partir con seguridad y a donde se puede volver sin miedo» (pág. 72).

**Fase de formación de una relación mutua** (de los 3 años en adelante): Con la aparición del lenguaje, el niño aprende a internalizar comportamientos sociales y empieza a tener control sobre sus impulsos. Se consolida la autorregulación en relación con los demás.

Estas cuatro fases son muy importantes para que se den dos aspectos que son fundamentales para el desarrollo sano de la mente del niño, la afiliación/apego y la exploración. Estos dos sistemas permiten al niño sentirse querido y seguro para poder jugar y explorar. Si hay miedo, la exploración es imposible y se busca la cercanía de los cuidadores. Si estos son también fuente de la amenaza, el niño se encontrará en una situación paradójica de búsqueda de cercanía y alejamiento simultáneamente. En casos graves, llevará al colapso y la disociación, como vimos en el capítulo anterior.

Si el cuidador es ansioso, el niño percibirá que la exploración puede ser peligrosa e inhibirá las conductas de juego y autonomía. Cuando llegue a la pubertad, no tendrá los recursos necesarios para ser una persona segura y relacionarse con los demás de forma adecuada. Si el cuidador es frío y el niño no se siente querido y validado, tendrá problemas de autoestima y confianza en sí mismo. En la figura 4.2 se puede ver cómo el tipo de apego varía en función del nivel de alerta del niño respecto a los cuidadores, es decir de la seguridad percibida.

Bowlby (1983) sugirió que hay tres circunstancias que determinan la relación entre el apego y la posterior aparición de trastornos en la edad adulta:

- Cuando uno de los padres muere (o ambos) y el niño no percibe control sobre los acontecimientos, desarrolla una sensación de desesperanza e impotencia sobre cualquier evento traumático posterior.
- Cuando el niño es incapaz de desarrollar (tras muchos intentos) una relación de apego seguro con sus progenitores, desarrollará una sensación de ser defectuoso. Cuando se produzcan acontecimientos de pérdidas o rechazo en su vida posterior, la persona percibirá que es defectuosa.
- Cuando los padres dan al niño el mensaje de que es incompetente o no merece ser amado, este desarrollará una valoración de sí mismo como de una persona que no merece amor y, por tanto, a la que nadie podrá amar.



**Figura 4.2.** La sensación de seguridad y la ausencia de miedo permiten que el niño pueda tener un apego

seguro. Cuanto menor sea la seguridad y mayores sean el miedo o la alerta, más patológicas serán las relaciones de apego con los cuidadores.

Marisa llegó a consulta aquejada de una fuerte ansiedad y un miedo generalizado a casi todo. Empezar cualquier tarea o hacer algo que se saliera de lo habitual se podía convertir en un suplicio de miedo y ansiedad. Al preguntarle por su relación con su madre, me dio un ejemplo que resultaba muy significativo.

«Mi padre trabajaba por las noches y mi madre era muy asustadiza. Así que en verano, cuando mi padre se iba a trabajar a las 8 de la noche, mi madre bajaba todas las persianas y nos decía que era de noche y que había que dormir y ella se metía en la cama y se tapaba entera hasta la cabeza por su miedo a estar sola. En invierno era más fácil de llevar, pero en verano, cuando aún era de día, yo escuchaba a las niñas jugar en la calle y me sentía fatal de no poder tener una madre como las demás».

Antonio era un paciente de unos 40 años. Impresionaba por sus buenos modales; eran excesivos, casi podría decir empalagosos. Todo era corrección y daba la impresión de ser una persona que se estaba conteniendo constantemente. Su demanda era que se sentía solo y no entendía por qué no conseguía tener una relación de pareja como otros hombres de su edad. Nunca había tenido novia, ni tan siquiera un flirteo. Su relación con las mujeres se reducía exclusivamente a prostitutas.

Era muy difícil conseguir que diera detalles sobre su infancia. Su madre era viuda y su padre murió cuando él era muy pequeño. Se criaron los dos solos, sin familiares que ayudaran a su madre. No recordaba tener amigos en la infancia ni haber sufrido ningún trauma importante.

A la pregunta de cómo era la relación con su madre, me contestó

que era una persona muy religiosa (recordaba que rezaban juntos el rosario todas las noches) y muy estricta en relación a la comida, el orden o la limpieza. Cuando le pregunté si podía recordar alguna muestra de cariño de su madre, no fue capaz de darme un solo ejemplo.

Estos dos casos nos muestran dos formas patológicas de relaciones interpersonales con los cuidadores. En el primer caso, el miedo de la madre impedía que la paciente pudiera sentirse como una niña normal y hacer lo mismo que hacían sus amigas. En el segundo caso, la vida de Antonio era un desierto emocional en el que no había una sola muestra de afecto; lo único importante eran las formas de cara a los demás. Ambos casos resultan igual de traumáticos: uno por exceso de protección y el otro por falta de amor.

Los niños con un apego más evitativo sacrifican la cercanía para evitar el rechazo o la agresión; el niño aprende que tiene que valerse por sí mismo y no puede confiar en los demás. En cambio, los que tienden a un apego ansioso o ambivalente, se aferran al cuidador incluso en ausencia de peligro por una hiperactivación de la conducta de apego. Aprenden que es peligroso estar solos o sin un protector cerca. En el apego desorganizado se produce un acercamiento-alejamiento de las figuras de apego que provoca la imposibilidad de crear una base segura (Holmes, 2001).



**Figura 4.3.** El tipo de relación que se establece con los cuidadores determinará el tipo de apego en el niño. Los dos factores principales son el grado de evitación (falta de afecto) de la familia y el grado de ansiedad (alerta o miedo).

Balbi (2008) defiende dos modelos diferentes dentro del apego ansioso.

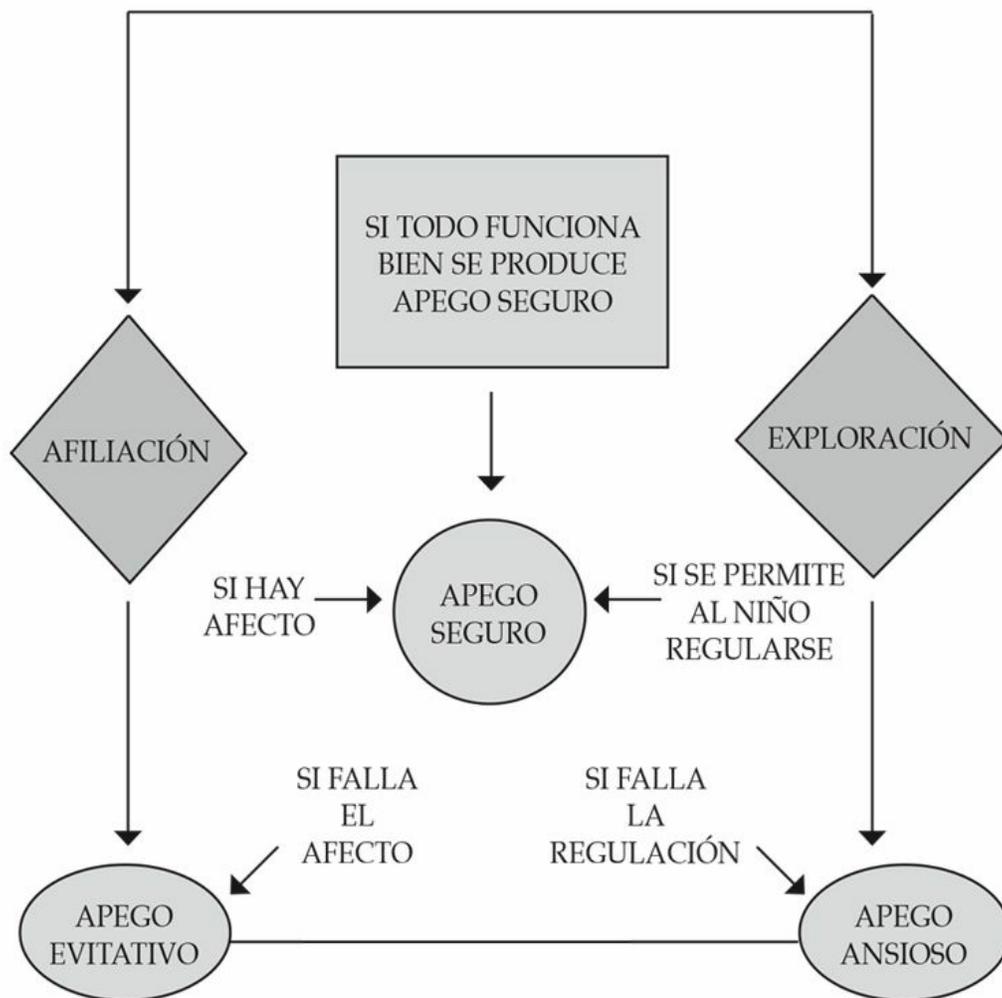
**Estilo hiperprotector:** Son los padres que están permanentemente asustados y con miedo a que le pase algo al niño. Suelen ser padres fóbicos o con trastornos de personalidad. Las explicaciones que dan sobre por qué tienen que hiperprotegerlo incluyen razonamientos como «el mundo es un sitio muy peligroso», «si a ti te pasara algo malo, yo me moriría», «me gusta mucho estar contigo y no quiero quedarme sola». No se ejerce una coerción directa, pero sí un chantaje emocional que hace que el niño no pueda independizarse del progenitor y perciba la coerción como una muestra de cariño de los padres.

**Estilo coercitivo o amenazante:** Mantienen la cercanía con amenazas, haciendo saber al niño que si se aleja, podría ocurrirle algo malo o grave al padre. Se da una relación de apego invertido (parentificación) en la que el hijo es quien tiene la obligación de cuidar al padre.

En ambos casos, el niño sentirá que ha de tener la cercanía de los padres para sentirse bien, pero a su vez estará encadenado con miedo de alejarse de ellos y, por lo tanto, no

podrá desarrollar las conductas exploratorias necesarias para un correcto desarrollo emocional.

Patricia Crittenden, alumna de doctorado de Mary Ainsworth, creó a partir del modelo de su maestra otro más complejo al que llamó Modelo Dinámico de Maduración (DMM, por sus siglas en inglés). (Para conocer el modelo con detalle por una fuente externa ver Farnfield y Stokowy, 2014). Este modelo varía en algunos aspectos del propuesto originalmente.



**Figura 4.4.** Este gráfico detalla cómo el apego seguro permite al niño regularse emocionalmente en contacto con los cuidadores y sentir que hay afecto. El apego evitativo implica una carencia de afecto y el apego ansioso no permite al niño regularse porque los padres no saben hacerlo.

Según Crittenden (2015), existe una relación directa entre las estrategias de apego que se adquieren en la infancia y la selección de pareja en la adolescencia y en la edad adulta. Sobrevivir a la infancia primero y poder reproducirse después son los dos objetivos vitales de la especie humana. El niño vivirá con un tipo de apego u otro en función de dos criterios:

- Fuente de información: cognitiva *versus* afectiva (racional o emocional). Esta se relaciona sobre “cuándo” se puede esperar algo bueno (un beso) o algo peligroso (enfado y crítica). Estaría relacionado con las áreas corticales.
- Grado de integración de la información: integrada *versus* no integrada. Está relacionada con las áreas subcorticales y hace relación lo malo-bueno. Es decir de bienestar-malestar.

Se pueden dar las siguientes circunstancias:

La cognición y el afecto se desarrollan de forma integrada. Es lo que conocemos como apego seguro (tipo B). Estos individuos utilizan de forma equilibrada tanto las áreas subcorticales relacionadas con las emociones como las corticales relacionadas con el control y la cognición. Saben adaptarse a las circunstancias y son flexibles en las respuestas. Pueden estar cerca y alejarse de forma sana de sus cuidadores. Cuando se enfrenten a situaciones de estrés en la edad adulta, son capaces de elaborar respuestas equilibradas que impliquen a las áreas racionales y emocionales del cerebro.

Los individuos con un patrón evitativo (tipo A) utilizan la cognición como forma de enfrentarse a la incertidumbre y a la falta de afecto. Predomina el uso de las áreas corticales. Los niños con esta estrategia de regulación organizan su conducta cognitivamente, a partir de las respuestas predecibles de los padres, e inhiben la manifestación del afecto negativo haciendo lo que creen que los padres esperan de ellos, intentando no ser una molestia o una carga (que es como se sienten). En la edad adulta, querrán tener todo bajo control y la ansiedad aparecerá cuando esas estrategias de control fallen o se vean desbordadas.

Luis es una persona de éxito en lo profesional y un gran deportista, que corre maratones y considera que su vida es feliz. Viene a terapia de pareja obligado por su mujer con la que lleva casado 3 años y con la que tiene un hijo de un año.

Él considera que la terapia no es necesaria y que en realidad no tienen ningún problema. Cuando le pregunto a su pareja por qué ha decidido hacer la terapia, me contesta: «No puedo más, es demasiado control en todo. Son demasiadas manías con el orden, con la limpieza, con los horarios; tengo la sensación de que nunca hago nada bien. Nunca hay un momento para el placer o para dejarnos llevar. Todo son obligaciones y control. Es muy bueno, pero nunca hay un abrazo, un beso o un momento para algo romántico. Ni siquiera es cariñoso con el niño».

Le pregunto a él que opina de todo esto y responde: «Yo hago lo que creo correcto, pago mi parte de las facturas, no bebo, no voy con otras mujeres... Ya no sé qué más hacer. Yo no tengo ningún problema. Es verdad que no soy cariñoso, pero es que en mi familia nunca hemos sido de besos o abrazos, con hacer las cosas bien era suficiente».

Los individuos ambivalentes o ansiosos (tipo C) dan predominio a la emoción, a las áreas subcorticales. La cognición se usa poco y no planifican, como modo de regularse contra la incertidumbre de no saber si esperar algo bueno o malo. Utilizan un afecto exagerado para relacionarse con los cuidadores. Aprenden a alternar emociones de cólera y sumisión.

Rosa viene a consulta después de llamar tres veces preguntando dudas sobre la eficacia de la terapia. Ha ido a muchos psicólogos y ninguno ha podido ayudarla. Está cansada de terapias y me deja claro desde el primer momento que soy su última esperanza.

—¿Qué te trae a la consulta? ¿En qué puedo ayudarte?

—Tengo muchísima ansiedad. No puedo dormir. Mi novio creo que va a dejarme porque cada vez que estamos juntos es para discutir y cuando no estoy con él lo llamo pidiéndole que me perdone. Me arrepiento mucho de las cosas que le digo cuando estoy enfadada, pero es que cuando estoy con él me pongo de los

nervios.

—¿Con quién vives ahora?

—Con mi madre. Es muy nerviosa y yo creo que lo que me pasa es en gran parte culpa de ella. Siempre está con miedos. Que si me voy a quedar sin trabajo, que tenga cuidado por la calle, que si no le gusta mi novio. Siempre ha sido así, recuerdo cuando tenía 12 o 13 años y mis amigas salían juntas en pandilla los sábados y a mí no me dejaba ir porque decía que era peligroso.

El individuo da prioridad a las emociones porque resulta muy difícil predecir qué va a ocurrir. Basa su estrategia en buscar contacto emocional y físico constante. No soporta la separación de los cuidadores y siempre siente miedo y ansiedad. Cuando sea adulto percibirá que es incapaz de tener el control. Sentirá ansiedad constantemente y no sabrá cómo crear estrategias para poder regularse y disminuirla. Pueden ser adultos que desconfíen de las intenciones de los demás o extremadamente confiados: no existe término medio.

El niño con un apego desorganizado no podrá dar prioridad a ninguna área cerebral debido a que las personas que deben protegerle son la fuente de la amenaza. Mostrarán conductas extremas, desde la ausencia total de emociones hasta una labilidad emocional excesiva. Serán niños acosadores o acosados. En la edad adulta, serán personas problemáticas con situaciones de riesgo en aspectos académicos, laborales, familiares. En mujeres, se desarrollará una tendencia a sufrir trastorno límite de la personalidad y, en varones, conductas antisociales.

Penélope es una chica de 26 años muy delgada, con ojeras y aspecto descuidado, que da la sensación de sufrir mucho. Tiene trabajos eventuales y no puede pagarse la terapia, pero una tía suya («la madre que nunca he tenido») le obliga a venir y le paga el tratamiento.

—¿Cuál es el momento más feliz que recuerdas de tu vida?

—¿El momento más feliz? No recuerdo mucho de mi infancia. Pero sí recuerdo que me dio mucha pena cuando me fui del

hospital por una operación de anginas que me hicieron con 8 años. Quizás los 15 días que pase ahí son los más felices de mi vida.

—Una estancia en el hospital y más con esa edad es algo muy traumático.

—Tú no lo vas a entender, Manolo. Yo ahí tenía niños con los que jugar, las enfermeras me cuidaban. Mis padres venían a verme a diario y no se peleaban nunca cuando estaban allí. Incluso un día me trajeron un peluche que todavía guardo. Lo malo fue cuando salí del hospital; volví a casa y vi que todo seguía igual. Las peleas de mis padres, las drogas en casa, darme palizas por cualquier cosa...

Crittenden redefinió el concepto de «sistema interno de trabajo» de Bowlby y lo denominó «representaciones disposicionales». Son las representaciones que se crean el niño entre el contexto y los cuidadores, junto con la expectativa de la respuesta que obtendrá como resultado de sus acciones. Estas representaciones van cambiando con la edad a medida que cambian las amenazas y aparecen nuevos recursos (Crittenden, 2015). Para esta autora, las experiencias tempranas harán que el niño busque unas estrategias de regulación durante la infancia para relacionarse con los cuidadores. Estas se usarán en la adolescencia a la hora de elegir pareja y, posteriormente, se consolidarán en la edad adulta.

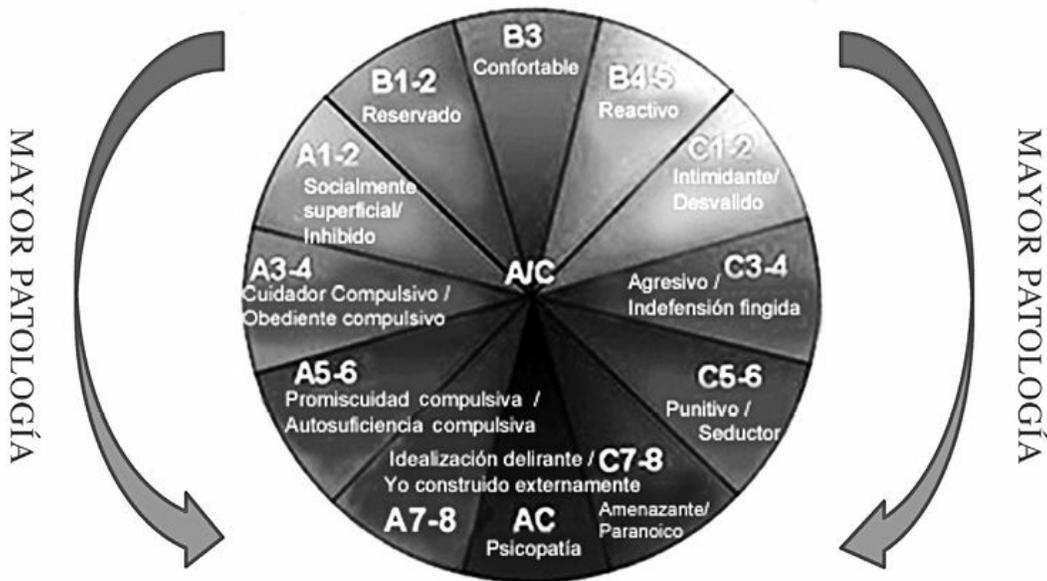
El modelo presenta diferentes estrategias que irán cambiando o consolidándose en tres fases diferenciadas como son la infancia, adolescencia y madurez. Crittenden (2015) clasifica cada tipo de apego a su vez en diferentes subtipos.

**Tabla 4.2.** Crittenden (2015) opina que los tres tipos de apego principales pueden ser divididos a su vez en subtipos que definen de forma más exacta los mecanismos de regulación en función de los recursos y las amenazas. No comparte el modelo desorganizado y lo sustituye por el tipo AC o A/C.

TIPO	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN NIÑOS
A1-2	Socialmente superficial	Idealizan a las figuras de apego al no integrar sus cualidades negativas (A1) o denigrando el yo (A2).

A3	Cuidador compulsivo	Se protegen a sí mismos protegiendo a sus figuras de apego. Durante la niñez intentan alegrar (usando afecto positivo) a aquellas figuras de apego que perciben como tristes o deprimidas.
A4	Obediente compulsivo	Tratan de protegerse haciendo todo lo que creen que los padres quieren que haga, especialmente cuando estos son amenazantes o están enfadados. Muchas veces piensan que solo serán queridos si sobresalen en algo.
A5	Promiscuos afectivos y sexuales	De niños han aprendido a no confiar en los demás y se relacionan de forma superficial, sin afecto. Los adultos de este modelo tienden a mantener relaciones superficiales tanto de afecto como sexuales. Esta estrategia aparece en la adolescencia cuando las relaciones íntimas se pueden percibir desde la traición.
A6	Autosuficiencia compulsiva	Se protegen no confiando en nadie más que en ellos mismos. Esto los protege de los otros pero a costa de pagar el precio de la soledad. Evitan la intimidad en la edad adulta.
A7	Idealización delirante	Han sufrido mucho maltrato en la infancia y se protegen imaginando que las figuras que los han maltratado los protegerán. Este patrón solo se da en la edad adulta.
A8	Yo inexistente	Debido al abuso en la infancia, en la edad adulta se protegen haciendo lo que creen que los otros quieren.
B1-5	Seguros y equilibrados	Integración de las predicciones temporales y de afecto. Tienen una amplia gama de comportamientos adaptativos. En la edad adulta transmiten seguridad a su pareja y a su descendencia.
C 1-2	Intimidante/desvalido	Este grupo divide, exagera y alterna un despliegue de sentimientos negativos para atraer la atención y manipular a los demás.
C3-4	Agresivo-indefenso fingido	Suelen alternar agresividad con aparente indefensión, para hacer que los otros obedezcan por temor o ayuden por miedo a que no puedan valerse por sí mismos.
C5-6	Punitivo/Seductor	Están obsesionados con la venganza y/o obsesionados con el rescate. Culpan a los demás de sus problemas y exageran su afecto negativo. Esta estrategia se desarrolla en la adolescencia.
C7-8	Amenazante/Paranoico	Implica la voluntad de atacar a cualquiera combinado con el temor a todos. Sería un narcisismo o una paranoia extrema.
A/CAC	Psicopatía/TLP	Estos individuos toman los patrones más extremos de A y C: Mezclan el engaño con la distorsión de la realidad.

En un diagrama circular se representaría del siguiente modo:



**Figura 4.5.** Crittenden (2002) crea un modelo circular en el que la parte superior sería el tipo seguro (B). A medida que las amenazas son mayores las estrategias de regulación van cambiando y siendo más patológicas. En función de si las estrategias son más de control (tipo A) o emocionales (tipo C), se irá descendiendo en una dirección u otra. En ambos casos extremos se llega a la psicopatía.

El diagrama muestra los diferentes tipos de apego existentes y el hecho de que, a medida que aumenta la amenaza y/o disminuyen los recursos disponibles, se pueden dar subtipos de apego distintos con rasgos de personalidad diferentes. El proceso es dinámico a lo largo de la vida: algunos subtipos de apego aparecerán en la infancia, otros en la adolescencia y otros en la edad adulta. Estos subtipos pueden variar en el tiempo por una relación de amistad o de pareja, o por una relación terapéutica, que permita no sentirse amenazado y/o que ayude a potenciar los recursos existentes. Esto hará que el individuo pueda modificar su tipo de apego en sentido ascendente hasta llegar a lo que se conoce como «apego seguro adquirido» (Feeney y Noller, 2001).

## CONCLUSIONES

Todos los mamíferos nacemos con unos circuitos emocionales básicos. Uno de los más importantes es el de la relación de apego con la madre durante el primer año y posteriormente con otros cuidadores. El niño tratará de restaurar el vínculo si este se rompiese por desatención o agresión y, si es incapaz de lograrlo, creará estrategias para autorregularse. Si esto ocurre con frecuencia y de forma traumática, provocará cambios permanentes en el desarrollo emocional posterior del niño.

Un niño con unos padres estables desarrollará un apego seguro; un niño con unos padres fríos o poco afectuosos tendrá un apego evitativo, y si los padres son ansiosos o imprevisibles el apego será ansioso. Cuando los cuidadores nunca están disponibles o son fuente de la amenaza, se desarrollará un apego desorganizado.

Algunos autores (Crittenden, 2002; 2015) han establecido a su vez diferentes subtipos de apego basándose en clasificaciones anteriores en función de dos factores: la predictibilidad de los comportamientos de los padres y su capacidad afectiva.

Los niños actuarán y se regularán de forma distinta en función de cómo lo hagan los padres (además de los rasgos genéticos que determinan el carácter). Las estrategias para poder manejar la incertidumbre o la falta de afecto serán las semillas de la personalidad que desarrollarán en la edad adulta.

Desde una edad muy temprana, los niños tendrán que adaptar su comportamiento al de los cuidadores y crear estrategias para disminuir la incertidumbre en función de las acciones u omisiones de los padres. En la adolescencia, cambian las amenazas y también los recursos disponibles. Las estrategias de regulación se vuelven más complejas – pudiendo implicar a personas fuera del ámbito familiar– y a veces resultan patológicas, como en las adicciones, trastornos alimenticios o trastornos de personalidad. Los mecanismos de regulación, al ser defectuosos, se vuelven patológicos (Hilburn-Cobb, 2002).

# Regulación emocional y mentalización

## 5

*Nuestras convicciones más arraigadas, más indubitables, son las más sospechosas.*

*Ellas constituyen nuestro límite, nuestros confines, nuestra prisión.*

*Ortega y Gasset*

La tetralogía de Wagner, *El anillo de los nibelungos*, consta de cuatro óperas. En la primera, titulada *El oro del Rin*, un nibelungo gordo y feo llamado Alberich, que habita en las profundidades de la tierra, se sumerge en el Rin para seducir a las ninfas que allí habitan. En un principio, ellas le hacen creer que están interesadas, pero no tarda en descubrir que se mofan de él. Cuando está a punto de marcharse, burlado y enfadado, se da cuenta de que algo brilla en el fondo del río. Pregunta qué es y una de las ninfas le dice: «Es el oro del Rin y nosotras lo custodiamos. Quien lo posea será el ser más poderoso del universo, pero solo lo podrá poseer aquel que renuncie al amor». Con ironía se pregunta a sí misma: «¿Quién sería tan necio para renunciar al amor?».

Alberich, despechado, renuncia al amor y roba el oro, con el que forja un anillo que lo convierte en el ser más poderoso del universo. No obstante, quien lo posee paga un precio muy alto, ya que de un modo u otro acabará solo y, finalmente, muerto. El poder y el amor son incompatibles, nos enseña Wagner.

En la vida real los niños que no se sienten queridos, que no tienen control sobre lo que ocurre a su alrededor, buscarán cualquier cosa que les dé una sensación de confort que no tienen. En la adolescencia y en la edad adulta esa carencia de afecto puede ser sustituida por cosas materiales, conocimiento, poder, sustancias, etc., cualquier cosa que pueda servir para llenar la sensación de vacío que deja la falta de afecto.

Al nacer, todos los niños necesitan el amor y el afecto de sus cuidadores para sobrevivir. Tratan de regularse emocionalmente en su relación con ellos pero, si esto no es posible, se ven forzados a buscar estrategias de regulación ajenas mediante objetos, actividades o amigos que aporten la sensación de calma que no han podido encontrar en las personas que deberían habérsela proporcionado. Obviamente, llega un momento en que es terapéutico buscar actividades u objetos que permitan una separación de los cuidadores, pero resulta patológico si debe hacerse de forma desesperada para poderse

regular.

## **DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN**

Hilburn-Cobb (2004) plantea tres propuestas para desarrollar un modelo que describa el modo en que los niños y adolescentes buscan estrategias de regulación para crear una base segura diferente a los padres y poder autorregularse.

En los seres humanos la relación emocional con otros actúa como un regulador para obtener seguridad. Los padres que ofrecen un apego seguro crean una «zona segura» en la que el niño puede explorar sabiendo que sus cuidadores estarán disponibles si los necesita. La madre y el niño se regularán mutuamente. La madre actúa como base segura para que el niño posteriormente pueda regularse por sí mismo en situaciones de estrés.

Si bien el mecanismo más eficaz de autorregulación es el contacto con una madre que actúe como cuidadora, si se producen rupturas frecuentes en el apego, el niño buscará cualquier otro recurso disponible para autorregularse.

En contraste con los objetivos del apego sano, un elemento instrumental para disminuir la ansiedad o el malestar es la adquisición de herramientas de regulación. Estas pueden ser juegos, comida, deporte, drogas o alcohol. Todas en exceso pueden convertirse en patologías más o menos graves. Estos mecanismos de regulación pueden incluir o no a otras personas para autorregularse en la edad adulta.

Al inicio de la vida, la percepción de bienestar está completamente relacionada con el vínculo de apego. Poco a poco, el niño comienza a mostrar conductas encaminadas a lograr una congruencia entre sus necesidades en el momento y la respuesta de los cuidadores. Si el niño consigue su objetivo, se reforzará la conducta y tendrá una sensación de control; pero si no hay una consistencia entre su conducta y la respuesta de los cuidadores, se creará una sensación de no estar en control, de falta de seguridad y de alerta (Grawe, 2006).

Dependiendo de la necesidad de estar en alerta o en control que se haya experimentado en la infancia, se formarán distintas convicciones acerca de si el mundo es un lugar seguro o peligroso. Las rupturas en el apego de los niños, esto es en su relación con los cuidadores, violarán la regla de tener el control. Esto es sano si ayuda al niño a utilizar técnicas de exploración fuera de las figuras de apego y relacionarse con otras personas (otros niños en principio, compañeros en la adolescencia y parejas en la edad adulta), pero resultará patológico si la sensación de no tener control, y por lo tanto de ansiedad, es excesiva. Cierta grado de ansiedad es necesario para ser capaces de

realizar tareas y hacerlo con interés, y permanecerá nivelado mientras sintamos que estamos en situación de realizarlas con éxito. La fase inicial de estrés es idéntica tanto en las situaciones que controlamos como en las que no, pero si la situación nos desborda, se activará el circuito del miedo que vimos en el capítulo 2.

Los seres humanos se organizan en base a la mejor estrategia de protección de la que disponen, en función de la edad, las experiencias pasadas y los recursos con los que cuenta en cada momento. Esta protección proviene principalmente de los cuidadores en la infancia, los amigos en la adolescencia y la pareja en la edad adulta (Crittenden et al. 2012). Si en la infancia las estrategias resultaron defectuosas y/o no se cuenta con recursos en el momento presente, se puede procesar la información respecto a una sensación de amenaza externa o interna como algo que desborda las capacidades. El individuo actuará para resolver la incertidumbre (y el consiguiente malestar) a corto plazo, sin reparar en las consecuencias a largo plazo. La urgencia por resolver el malestar provocará mucho más malestar a medio y largo plazo. Grawe (2006) lo explica con estas palabras:

«Queda claro que una violación de la necesidad de control es tóxica para la salud mental. La importancia de tener el control en los pacientes con trastornos de ansiedad es una forma evidente de hacer un esfuerzo desesperado para lograr controlar los síntomas. Los pensamientos rumiativos en las depresiones o trastornos ansiosos o las compulsiones en los TOC pueden ser descritos como una forma disfuncional de tratar de controlar algo que se ha vuelto incontrolable» (pág 229).

Las estrategias de regulación se irán modificando con la edad, a medida que se va pasando de la infancia a la pubertad y a la edad adulta. A medida que aumentan los recursos, también cambian las necesidades. En cada época de la vida, se buscarán mecanismos diferentes que reduzcan la ansiedad y permitan un nuevo equilibrio.

En la pubertad, con el incremento de las hormonas sexuales y los cambios anatómicos consiguientes, también cambian las necesidades psicológicas y se produce una transición hacia la búsqueda de personas afines y posibles parejas. Aunque en esta etapa tan importante del desarrollo predominan las necesidades sociales y también se usan sustancias, actividades o compañeros como mecanismos de regulación, los cuidadores siguen siendo necesarios para una regulación sana. Las relaciones de amistad son simétricas: cada uno busca ser cuidado por el otro, pero no se ven a sí mismos como cuidadores.

Pedro, de 19 años, viene a la consulta acompañado de sus padres, porque está muy deprimido por una ruptura de pareja. Los padres temen que se haga daño o agreda a su exnovia, porque ya ha tenido problemas en el pasado para gestionar su rabia y agresividad. Al profundizar en su biografía emocional, descubro que a los 15 años su madre estaba todo el día ocupada cuidando de un hermano pequeño con una enfermedad que requería muchas hospitalizaciones y su padre estaba siempre de viaje porque era comercial.

¿Cómo aprendió este chico de 19 años a sobrevivir? ¿Cómo superó la soledad que sintió? La respuesta de Pedro a estas preguntas fue la siguiente: «Me gustaba mucho el fútbol y me uní a un grupo de ultras del equipo local. Ahí sentía que formaba parte de algo importante. Hice muchas cosas que no estuvieron bien, como peleas y destrozos, pero me sentía acompañado. Nadie me juzgaba y sabía que si los necesitaba siempre iban a estar ahí».

Finalizada la adolescencia y con el comienzo de la edad adulta, las prioridades empiezan a cambiar de nuevo: alejarse de los cuidadores, asumir más responsabilidades laborales y familiares, buscar pareja para formar unos vínculos firmes y crear una nueva familia. Los adultos aprenden a regularse con una pareja o por sí mismos, o continúan usando mecanismos de regulación externos para disminuir el malestar y la ansiedad. En una relación adulta madura, cada persona estará apegada pero será también figura de apego para el compañero (Crittenden, 2002).

## **DE LAS ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN A LA PATOLOGÍA**

Estas estrategias utilizadas como manera de controlar o regular las sensaciones internas asociadas al malestar o la ansiedad –que resultaron útiles en algún momento durante la infancia o la adolescencia– son conductas que inicialmente produjeron un efecto ansiolítico o tranquilizador, y sirvieron para manejar lo que se vivió como incontrolable. La razón de la perseverancia de estas estrategias es que han quedado registradas como eficaces en la mente inconsciente del paciente, ya que resultaron

tranquilizadoras en su momento. Cada vez que se activa la amígdala y se siente ansiedad, se genera una urgencia por llevar a cabo las conductas; aunque el individuo sea consciente de que son patológicas, no las puede evitar y se siente arrastrado a ellas. La ansiedad y el malestar incitan a realizar estas conductas que alivian los síntomas y provocan más ansiedad a medio plazo, convirtiéndose con el tiempo en otra patología añadida. Es decir, lo que se usó primero como intento de solucionar el problema, se convertirá en otro problema más a resolver.



**Figura 5.1.** Las patologías que vemos en consulta en la mayoría de los casos comienzan como mecanismos de regulación que se usan para tener sensación de control, pero acaban convirtiéndose en un problema mayor que el que trataban de solucionar.

En todos nuestros pacientes encontraremos alguna estrategia para tratar de soportar el malestar que, si bien al principio funcionó como una solución, a fuerza de repetirse ha llevado a algo que se ha convertido en un trastorno añadido.

Lola es una paciente de 24 años, que viene a consulta aquejada de

una fuerte ansiedad que en algún caso la ha llevado a sufrir ataques de pánico. Los ha resuelto tomando ansiolíticos que le ha dado su madre, que los consume habitualmente. Vive sola con ella desde que tiene uso de razón, pues su padre las abandonó por otra mujer cuando ella tenía tres años y nunca ha sabido nada de él. Describe a su madre como ansiosa y como una amiga más que una madre.

Era una niña muy estudiosa y buena, pero a raíz de conocer nuevos compañeros en el instituto, empezó a aflojar en los estudios y a frecuentar malas compañías con las que fumaba porros y tomaba alcohol con mucha frecuencia. Su madre nunca la regañó e incluso llegó a encontrar droga en su cuarto y no dijo nada al respecto. Este recuerdo le causa mucho malestar porque le hace pensar que en realidad su madre no se preocupa lo suficiente por ella.

Actualmente no puede trabajar ni hacer vida normal debido a su ansiedad, lo que le provoca mucho miedo a relacionarse con los demás. Pasa casi todo el tiempo en casa fumando droga con algún dinero que le da su madre. Su demanda en la consulta es ser una persona normal con una vida normal, pero se ve incapaz por el miedo que siente a enfrentarse al mundo; no se cree capaz mientras sufra esa ansiedad. También querría dejar de fumar porros, pero es lo único que le ayuda a calmarse.

En el caso de esta paciente, la marihuana actúa como regulador emocional (ansiolítico), pero se ha convertido en parte del problema más que de la solución. Por otra parte, la falta de autoestima y la ansiedad le impiden enfrentarse a sus miedos y hacer vida normal, lo cual le hace entrar en un círculo vicioso del que no puede salir. Estas sensaciones de impotencia, poca valía y falta de esperanza en el futuro le provocan cada vez más miedo, lo que hace que los ataques de ansiedad sean cada vez más frecuentes y fuertes desembocando en ataques de pánico. La percepción de no tener el control de sus emociones y su vida aumentan cada vez más.

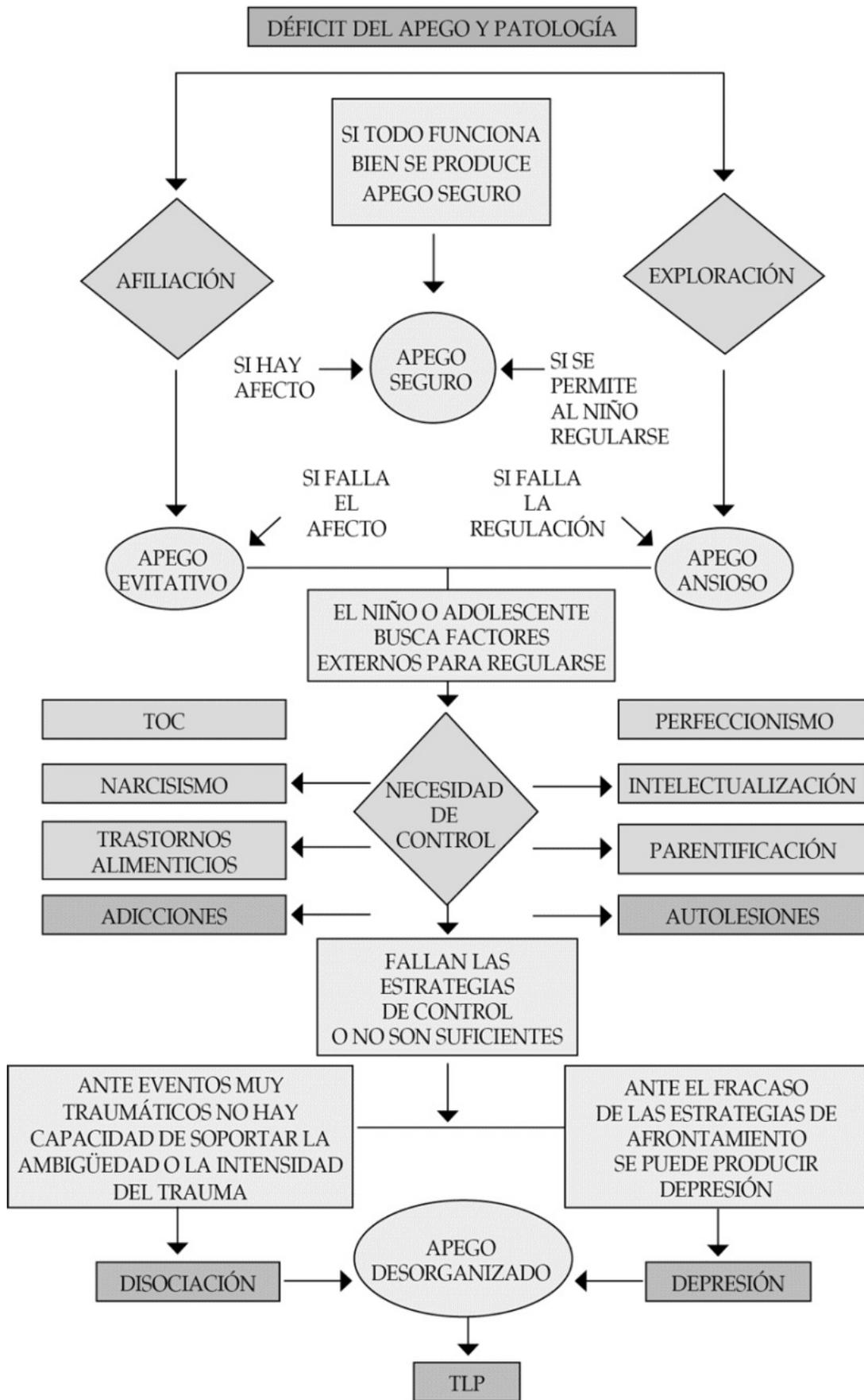
Es muy importante tener en cuenta que todos los trastornos psicológicos tienen un componente orgánico, ya que no puede ocurrir nada en nuestra mente que no ocurra

también, de alguna forma, en nuestro cerebro (Purves et al. 2008). Es fundamental aclarar que, aunque la causa principal de algunos trastornos psicológicos es orgánica, en la mayoría de las ocasiones dicho trastorno es el resultado de los mecanismos que fueron empleados para obtener una sensación de control. Sabemos por los estudios de epigenética que los genes se expresan en función de las de las condiciones genéticas para las que están programados y también por circunstancias ambientales (Yehuda, 2016). En determinadas condiciones ambientales, los mecanismos de regulación pueden activar la expresión génica de proteínas que provocan determinados trastornos. En otras condiciones, es probable que este trastorno no se hubiese producido. El debate sobre la influencia de la genética y el ambiente en el origen de las enfermedades todavía no tiene una respuesta clara.

Los mecanismos de regulación, como veremos a lo largo del capítulo, son variados y cambian en función del tipo de apego en la infancia. El listado de patologías que se pueden padecer como forma de regulación emocional para aliviar el malestar es muy amplio, pero podemos destacar, entre otros, los trastornos alimenticios (bulimia, anorexia u obesidad), los trastornos de personalidad (TLP, TOC), las adicciones (dependencia emocional, alcoholismo ludopatía) o, como en el caso de Pedro, la pertenencia a grupos violentos o sectas. El tipo de apego con el que el individuo haya aprendido a regularse en consonancia con sus cuidadores durante la infancia marcará muchas de las estrategias que usará posteriormente en la adolescencia y la edad adulta (Crittenden, 2002).

Una de las paradojas de la psicología humana es que situaciones iniciales completamente distintas pueden generar patologías idénticas. Los mecanismos de regulación existen en todos los tipos de apego (incluso en el seguro solo que en este caso son muy adaptativos). El apego evitativo suele caracterizarse por una falta de afecto y/o protección. Si hay una sobreprotección que impida la exploración y seguridad en el niño se trataría de apego ansioso y si hay numerosas situaciones traumáticas no resueltas hablaríamos de apego desorganizado.

El siguiente gráfico describe cómo, en ausencia de un apego seguro, encontramos en la adolescencia y posteriormente en la edad adulta estrategias para lograr una sensación de regulación y autocontrol. Volveremos a hablar de algunas de estas estrategias en el capítulo 15 que trata sobre las defensas.



**Figura 5.2.** Los mecanismos de regulación pueden resultar patológicos si falla la relación de apego con los cuidadores. Si estos mecanismos no son suficientes, se puede generar depresión, disociación traumática o trastornos de personalidad graves.

Los adultos con apego seguro (sea original o adquirido) no son conscientes de necesitar elementos externos para regularse. Sin embargo, aquellas personas con apego inseguro sienten que cualquier contingencia negativa puede desestabilizarles y buscan elementos externos para poder encontrar esa seguridad que son incapaces de encontrar dentro de sí mismos. Esto es lo que conocemos comúnmente como «personalidades controladoras» (que suelen tener un apego evitativo) o «personas siempre en alerta o ansiosas» (que suelen tener apego ansioso).

Los individuos con apego seguro (Tipo B) han aprendido a alternar entre la necesidad de estar con los cuidadores y la posibilidad de explorar o jugar sin miedo. En la adolescencia tienden a ser confiados, porque nunca han necesitado estar a la defensiva. Si consiguen mantener la tendencia de apego seguro, sabrán regularse a sí mismos y podrán hacerlo con los demás de forma adecuada sin necesidad de buscar elementos externos que compensen los déficits. Aprenden de sus errores y son capaces de reconocerlos para poder mejorar.

Los individuos con apego inseguro evitativo (tipo A) resultan predecibles porque han aprendido a comportarse como se esperaba de ellos. Dan mucha importancia a las formas y a la vez ocultan, incluso a sí mismos, sus verdaderas emociones. Buscan regularse bien con actividades que exijan mucho esfuerzo físico o mental (por ejemplo, estudiar mucho o hacer deportes intensos como correr maratones) o con sustancias que les impidan sentir la ansiedad (por ejemplo, drogas). Tienden a tenerlo todo bajo control y, en muchas ocasiones, el consiguiente agotamiento les lleva a perder del todo el control y terminan sufriendo depresiones y/o ataques de pánico (Nardone, 2004).

Los individuos con apego inseguro ansioso (tipo C) omiten el aspecto cognitivo en su relación con los demás, porque los padres, aunque afectuosos, no tenían un comportamiento predecible. Estas personas no tratan de controlar porque nunca han sentido que tuvieran el control. Los sentimientos negativos de malestar son exagerados y alternan con periodos de calma. Su objetivo es mantener un contacto emocional constante con alguien. Su regulación emocional es una búsqueda constante de cercanía y hacen cualquier cosa para lograrlo, desde pertenecer a grupos violentos, usar el sexo como forma de conseguir afecto o tomar drogas para no sentirse excluido de las relaciones sociales.

Los individuos con un apego desorganizado han experimentado a las personas que debían cuidarlos también como fuente de amenaza. Los patrones de regulación pueden ser muy patológicos, como autolesiones, abuso de drogas o relaciones de pareja muy conflictivas. Los mecanismos de regulación externos no son suficientes y provocan aún mayor desregulación, lo que crea un círculo vicioso de consecuencias impredecibles.

El principal objetivo de estas estrategias, como hemos explicado previamente, es la evitación de la ansiedad producida por la sensación de falta de control. Para recuperar un equilibrio de algún modo, el individuo puede recurrir a evitar directamente los estímulos aversivos, que es la estrategia más frecuente y básica, y la que compartimos con todos los animales. El inconveniente es que a medida que los pacientes evitan algo que les da miedo (hablar en público, salir a la calle o pensar en algo doloroso), la amígdala refuerza la valoración de que esa conducta resulta peligrosa, lo que produce una mayor evitación.

La estrategia más básica consiste en evitar algo que nos da miedo físico, puede ser un lugar, una persona o una tarea. Pero también hay evitaciones más complejas, como puede ser no sentir sensaciones desagradables, evitar partes de nuestra personalidad que no nos gustan o pensar que somos culpables o defectuosos.

Algunas de estas estrategias pueden ser:

**Rumiación / Rituales:** En situaciones de ansiedad, el individuo puede realizar determinados rituales que le tranquilizan y generar supersticiones sobre que la acción realizada ha evitado que ocurra algo malo. De este modo, la ansiedad frente a situaciones que provocan malestar le hará sentirse obligado a repetir el ritual, acabando por convertirse en una patología. Los pensamientos obsesivos pueden darse solos o acompañados de conductas compulsivas que traten de aliviarlos convirtiéndose en trastornos obsesivo-compulsivos (Pinillos, 2011).

**Adicciones:** La evitación mediante sustancias, juego, compras o sexo compulsivo tienen en común que ayudan a evitar el malestar interno; no permiten que lo que nos hace daño se haga consciente. Salvo casos muy extremos, no suelen aparecer hasta la adolescencia (con la aparición de las hormonas sexuales y el consiguiente desarrollo madurativo). En todos los casos permiten evitar la conexión con el mundo interno que está muy degradado y/o vacío.

**Trastornos alimenticios:** La ingesta de comida o la ausencia de esta actúan como regulador de la ansiedad y el malestar, evitando el contacto con las emociones. El uso de esta estrategia de regulación genera trastornos entre los que se encuentran la anorexia (no se ingiere alimento), los atracones (se come en exceso) y la bulimia (se come en exceso

y luego se vomita).

**Disociación:** Es una estrategia biológica para evitar un dolor psicológico que resulta excesivo para los recursos de los que dispone el individuo; disociarse significa evitar toda la intensidad de la experiencia. Las estrategias disociativas se pueden dar bien en la infancia ante situaciones de amenaza que desbordan al niño, o bien en la edad adulta si ocurre algún activador que recuerde algún trauma anterior o alguna situación que suponga una amenaza muy grave y que desborde las capacidades del individuo.

Otras estrategias para reducir la ansiedad y sentirse en control pueden llevarse a cabo mediante patrones de personalidad que ayuden a manejar la incertidumbre en relación con los demás. Estos comienzan en la infancia y se consolidan en la adolescencia y edad adulta:

**Personalidad cuidadora:** Desde la infancia, el niño aprende que sus necesidades no son importantes y se siente culpable y defectuoso por ello. Trata de este modo de adaptar su comportamiento a lo que cree que esperan los demás. Uno de los modos de hacerlo es mediante la parentificación, o el cuidado de los padres o los hermanos. Esta estrategia también tenderá a generar una parte muy enfadada que no podrá expresarse por miedo a provocar rechazo y acabará disociándose. Estas personas siempre están pendientes de las necesidades de los demás, anteponiéndolas a las propias, y esto puede terminar derivando en graves trastornos de ansiedad o trastornos de personalidad.

**Personalidad perfeccionista:** Similar a la anterior, también es una estrategia que debuta en la infancia. Consiste en el pensamiento mágico de que «si soy perfecto, saco buenas notas, lo hago todo bien, etc., las cosas funcionarán, mis padres me querrán y todo estará bien». El niño se esfuerza mucho en ser perfecto, pero no cambia nada, con lo que sigue intentándolo. Esta búsqueda patológica de la perfección se convertirá en un rasgo de su personalidad, con la paradoja añadida de que nunca están satisfechos, lo que les obliga a aumentar su perfeccionismo. Por otro lado, muchos pacientes con un patrón perfeccionista tienden a procrastinar por miedo a no hacer las cosas bien, lo cual les provoca mucha ansiedad al sentir que no son útiles y han fracasado. Este es un rasgo que puede formar parte de diversos trastornos de personalidad y otros.

**Personalidad narcisista:** El niño desarrollará un concepto muy elevado de sí mismo y una autoestima exagerada, bien porque descubre que no puede esperar que nada del exterior satisfaga sus necesidades de afecto y sentirá que solo él puede cuidar de sí mismo, o bien porque ha sido sobreprotegido y ensalzado en exceso, lo que le hace sentir que los demás deben cuidar de él y por tanto sus prioridades deben de estar siempre por

encima de las de los demás (Millon, 2014). Esto puede derivar en un trastorno narcisista de la personalidad.

**Personalidad indolente:** Se evita cualquier tipo de actividad que pueda suponer el riesgo de un fracaso, se culpa a los demás de todo lo que no funciona sin hacer ningún esfuerzo en cambiarlo. Si bien puede ser una etapa natural durante la adolescencia se convierte en patológica si continúa durante la edad adulta.

## **DISOCIACIÓN**

Dada su especial relevancia, quiero dedicar un apartado concreto a la disociación, uno de los mecanismos de regulación emocional más importantes de la psique humana del que hablaremos a lo largo de todo el libro. Como hemos visto en el capítulo 2, nacemos con siete sistemas biológicos básicos: ira, apego, miedo, búsqueda, lujuria, cuidado y pánico (Panksepp y Biven, 2011). Desde el momento del nacimiento, el niño hará lo necesario para vincularse afectivamente a su madre y, posteriormente, al resto de cuidadores (Schore, 2010). De una forma natural, desarrollará sistemas centrados en el apego y sistemas centrados en la exploración. Ambos son básicos para el desarrollo emocional y madurativo normal de un niño.

Tanto si los progenitores no cuidan del niño (no atendiéndolo o agrediéndolo) o lo sobreprotegen (no permitiéndole explorar o jugar, y/o inculcándole el miedo a todo), este verá frustrado el desarrollo normal de sus sistemas biológicos.

Si ocurre algo peligroso o molesto, el niño recurrirá a los cuidadores para que le ayuden a regularse y volver a un estado de bienestar. ¿Pero qué ocurre si las mismas personas que tienen que cuidarle son las que le hacen daño? ¿O si siente que no hay nadie disponible para ayudarle a regularse cuando las cosas no van bien? En ese caso, se activan dos sistemas incompatibles entre sí: el sistema de apego a los progenitores y el sistema de defensa hacia las mismas personas que debían protegerle. Estas rupturas en la conexión emocional provocan ansiedad por separación, miedo e ira. La mayoría de las veces esto conlleva un proceso madurativo sano que permite que el niño aprenda a autorregularse en situaciones de estrés, pero en casos más patológicos provocará problemas en su capacidad de regularse a sí mismo y en relación con los demás.

Cuando hay abusos graves –sean físicos, emocionales o sexuales–, el cerebro del niño tratará de crear estrategias de control o regulación que permitan sobrevivir a la amenaza. Si el miedo supera la capacidad de defensa del niño, se producirá una inmovilización física, un estupor emocional, una activación del nervio dorsovagal que, como vimos en

el capítulo 2, conocemos como disociación traumática (Hill, 2015). Si la amenaza proviene de los cuidadores, el niño experimentará una paradoja irresoluble, por un lado tenderá a buscar la protección de estos y, al mismo tiempo, sentirá la necesidad de alejarse de ellos. El cerebro creará unas redes neuronales (engramas) centradas en el apego a sus progenitores y, simultáneamente, creará otras que mantendrán un nivel de alerta frente a las figuras de apego, por si se vuelve a producir una ruptura en el vínculo de forma amenazante. Estos sentidos divididos del yo y los patrones asociados son lo que llamamos «partes disociadas de la personalidad» (Boon et al. 2014).

Según Van der Hart (2011):

«La teoría de la disociación postula que en situaciones traumáticas durante el apego, la personalidad del paciente se divide en dos o más subsistemas o partes disociativas. Estas son disfuncionalmente rígidas en sus funciones y acciones, creándose partes que están centradas en los sistemas de acción de la vida diaria que llamaremos parte aparentemente normal (PAN); esta parte estaría centrada en la evitación de los recuerdos traumáticos. Otras partes que llamaremos partes emocionales (PE) estarían fijadas en el trauma soportando una fuerte carga emocional» (pág. 69).

La disociación actúa como mecanismo de evitación de algo que excede las capacidades de afrontamiento y resulta imposible de manejar o soportar en ese momento, con consecuencias graves y traumáticas que pueden dañar al individuo para siempre.

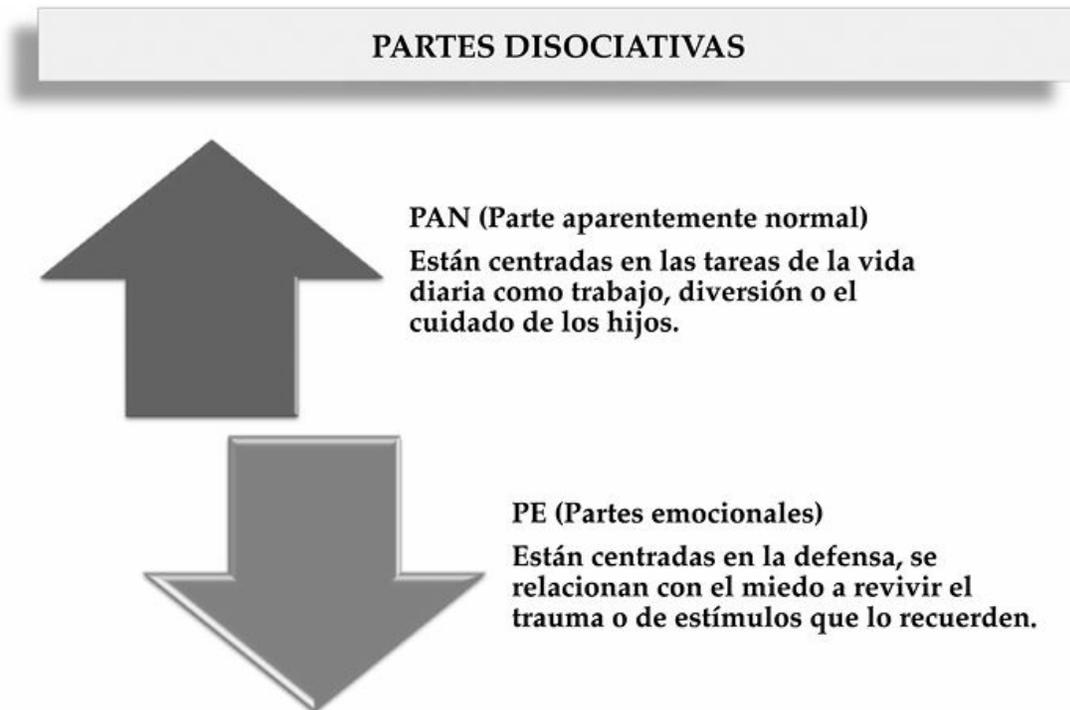
Las amenazas pueden ser variadas, como un accidente, una enfermedad del individuo o de los cuidadores, o la muerte de algún familiar cercano. La forma de los padres de regularse y regular al niño será fundamental para que el cerebro trabaje en la resolución del malestar y la incertidumbre. El niño debe mantener el vínculo afectivo con los cuidadores a toda costa, por lo que los fallos en la regulación diádica se internalizarán en su mente como faltas propias (Fosha, 2000). Es como si la mente del niño tuviera que decidir entre «mis padres no son perfectos» o «yo no valgo» y, en todas las ocasiones (hasta la adolescencia), la mente del niño asumirá la segunda opción (Knipe, 2015). Es preferible sentir que no valgo a perder los vínculos emocionales y físicos con los cuidadores. Las razones biológicas de esto son obvias, el contacto físico con los cuidadores supone una cuestión de vida o muerte en todos los mamíferos, en los seres humanos además es necesaria una relación emocional adecuada. En los niños la sensación de que los padres son defectuosos impide poder restaurar o solucionar lo que no funciona, es decir anula toda posibilidad de control y por lo tanto la restauración del

vínculo del apego.

El niño seguirá jugando, yendo a la escuela, etc. (PAN), pero habrá partes de su mente que guardarán miedo de volver a sufrir la situación traumática (PEs) y hará todo lo necesario para no volver a sentir el miedo. El conflicto entre acercamiento y la evitación a los cuidadores que no puede ser resuelto por el niño promueve una disociación estructural entre partes fijadas en acciones de apego y en acciones defensivas que están en conflicto unas con otras.

Busch et al. (2012) refieren:

«Los pacientes traumatizados se defienden a sí mismos contra todas las implicaciones de sus experiencias traumáticas, emociones y sensaciones que no pueden soportarse como rabia, vergüenza, culpa, abandono que provocan defensas inconscientes para poder soportarlas y manejarlas. Una de ellas es a menudo la disociación, en la que los pacientes se sienten desconectados de los otros, de la realidad y de sus propios estados emocionales...» (pág. 142).



**Figura 5.3.** Podemos ver cómo hay unas partes conscientes que están centradas en la tarea de la vida diaria (vivir) y otras inconscientes que están relacionadas con la defensa y la evitación del recuerdo o reexperimentación del trauma (sobrevivir).

Hill (2015) defiende que hay dos momentos importantísimos en el desarrollo de la regulación emocional a lo largo de la vida. El primero incluye los cuatro primeros años de vida, cuando se depende totalmente de los cuidadores, y el segundo comienza con la aparición del lenguaje, con lo que se conoce como mentalización (Fonagy y Luyten, 2014). La mentalización consiste en la capacidad de autorregulación del niño y la capacidad de relacionarse con los demás e incluso poder regularlos a través de sus acciones.

La mentalización y, por tanto, la capacidad de regularse a uno mismo y mantenerse en sintonía o sabiendo poner límites a los demás va a depender de los aprendizajes que hayamos hecho en el pasado. Es decir nuestra capacidad de enfrentarnos a nuevas situaciones en el presente y en el futuro va a depender de lo que hayamos vivido en el pasado. Esto quedará grabado en las redes neuronales como aprendizajes codificados en diferentes tipos de memoria.

## **TIPOS DE MEMORIA**

Según la ley de Hebb, cuanto más se disparen dos neuronas juntas, más probabilidad tendrán de volver a conectarse en el futuro. Esto quiere decir que cuanto más repitamos algo, más probabilidad habrá en un futuro de que se produzca de forma automática sin que medie ninguna intención (Siegel, 2010). Es un proceso claro de economía energética, que permite a nuestro cerebro ahorrar recursos que serían usados de un modo más eficiente.

Nuestro cerebro va a guardar memoria de nuestras acciones, sensaciones y emociones. Unos recuerdos son conscientes y podemos acceder a ellos de forma voluntaria, y otros son inconscientes y no podemos recordarlos a voluntad. El recuerdo surgirá cuando algún estímulo haga evocar las sensaciones, imágenes y emociones ligadas al mismo.

Siguiendo el modelo DMM que vimos en el capítulo 3 (Crittenden, 2015), existen siete tipos de representaciones disposicionales que son las que manejan las expectativas intra e interpersonales de los individuos:

**Memoria preconsciente o implícita:** Esta es no verbal, no simbólica e inconsciente. Su contenido está formado por respuestas emocionales, conductas y habilidades. (Wallin, 2015). No se puede recordar a voluntad, aunque puede surgir si algo recuerda al estímulo emocional que lo generó. A diario durante las consultas de terapia, mis pacientes recuerdan cosas que habían olvidado, relacionadas con el malestar que les hace buscar ayuda.

Puede ser a su vez de tres tipos:

***Procedimental:*** Está relacionado con los procedimientos con el «saber cómo» hacer algo. Es, por tanto, el tipo de aprendizaje y memoria sobre cómo se hacen las cosas que solemos hacer habitualmente, sin pensar en cómo hacerlas. Su expresión es, en gran medida, automática y difícil de verbalizar.

***Somática:*** El cuerpo guarda memoria de los eventos emocionales (Van der Kolk, 2014; Damasio, 2011) para poder usar la sensación asociada a ese recuerdo como forma de alerta, como atajo para no tener que volver a revisar conscientemente si algo es inofensivo o peligroso. Por ejemplo, sentir dolor en la barriga cuando siento vergüenza.

***Perceptiva:*** Se refiere a cuando recordamos algo debido a algún activador emocional que recuerde a la situación original. Puede ser una imagen, un olor o un recuerdo que aflore en el trabajo terapéutico.

**Memoria consciente, verbal o explícita:** Es la que conocemos comúnmente como memoria, se refiere a lo relativo al «saber que». Está relacionada con lo que podemos recordar a voluntad, se almacena en forma de imágenes o lenguaje, y podemos expresarla con palabras. Son los recuerdos que el paciente va a poder explicarnos en la terapia cuando le pedimos que narre su historia personal o algún acontecimiento en concreto. Como vimos en el capítulo 2, el hipocampo codifica la información para almacenarla en las áreas corticales y poder convertirla en una memoria accesible sin emociones extremas asociadas. Se divide a su vez en varios subtipos:

***Habla corporal somática:*** Es cuando podemos verbalizar la sensación que sentimos en nuestro cuerpo. Es la explicación personal e interpretativa de lo que se siente en el cuerpo (p.ej., me duele el brazo o estoy emocionado).

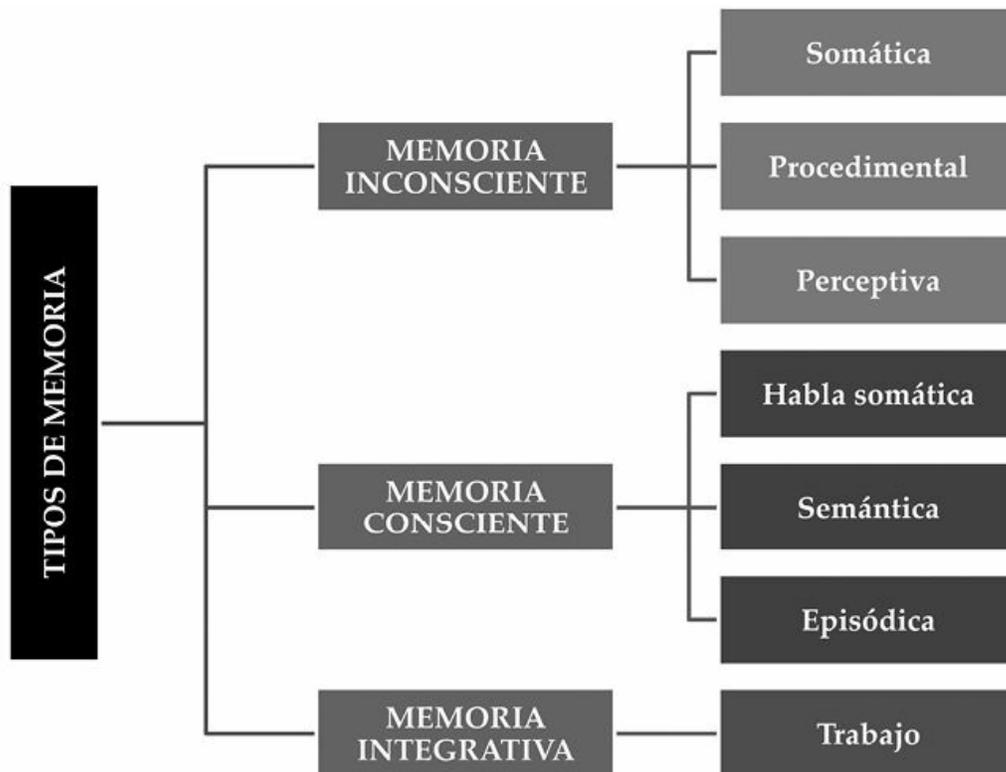
***Memoria semántica:*** Está relacionada con conocimientos conceptuales que no tienen relación con experiencias personales concretas (p.ej., las capitales de Europa o las tablas de multiplicar). También se usa para hacer el mundo más predecible, por ejemplo si soy bueno me querrán.

***Episódica:*** Es la memoria relacionada con sucesos autobiográficos, lugares, emociones asociadas y demás conocimientos contextuales que pueden evocarse de forma voluntaria (p.ej., recordar un viaje de estudios en la adolescencia).

**Representaciones disposicionales o memoria de trabajo:** Estas son conscientes, verbales e integrativas. Integran memoria preconsciente y consciente. Están relacionadas con la planificación de actividades futuras y el logro de objetivos. Ayudan a comprender

textos escritos o a recordar cosas del pasado a voluntad para planificar la mejor acción de cara al futuro. Es el tipo de memoria que se trabaja en la consulta cuando se recuerda un trauma y se le otorga un significado nuevo a algo que quedó almacenado de forma emocional y traumática.

La integración reflexiva contrasta y compara todas las representaciones o memorias para decidir cuál es la que mejor encaja en la situación actual. Si algunas representaciones entran en conflicto, no se podrá hacer la integración reflexiva.



**Figura 5.4.** Existen diferentes tipos de memoria, en función del tipo de almacenamiento. La memoria inconsciente es aquella a la que no tenemos acceso voluntario; la consciente es aquella que podemos evocar a voluntad, y la memoria integrativa es el resultado del trabajo en común de ambas.

Las representaciones inconscientes funcionan medio segundo más rápidas que las conscientes (Cozolino, 2015), lo cual hace que sean muy eficaces pero pueden dar lugar a errores. Los niños nacen solo con capacidad para realizar aprendizajes inconscientes e irán creando representaciones más complejas a medida que vayan creciendo hasta poder tener memoria explícita en la infancia (alrededor de los 4 años) y poder integrar la información de forma más adecuada a medida que las áreas cerebrales se vayan

desarrollando. Un adulto posee siete tipos de memorias diferentes y un niño solo tres; por tanto, cada vez que el adulto interactúe con un bebé, este tendrá que transformar la información para poder adaptarla a sus capacidades cognitivas y emocionales (Crittenden, 2015).

La integración reflexiva solo se alcanza en la infancia cuando existe un desarrollo cerebral que permita una madurez cognitiva. En adolescentes y adultos se produce cuando hay un equilibrio entre la memoria explícita y la implícita. Si la situación emocional desborda las capacidades de procesamiento de la información y reflexión, tampoco podrá darse una memoria de trabajo adecuada. Para poder adquirir un equilibrio entre los diferentes tipos de memoria, ha debido existir en la infancia una regulación emocional con los cuidadores adecuados. Si no hay adultos capaces de regular al niño, este no será capaz de aprender a autorregularse y no podrá usar de forma eficaz su memoria de trabajo.

Los modelos de memoria implícita, regulan la conducta preconsciente de cada día a lo largo de toda la vida; por ejemplo, no pensamos en cómo tenemos que andar o ponernos la ropa cuando nos levantamos. Actuamos de forma automática y, si no se produce el efecto esperado, entonces recurriremos a la memoria de trabajo para actuar conscientemente de una manera diferente más sofisticada que provoque un aprendizaje nuevo.

¿Pero qué ocurre cuando la situación tiene una carga emocional muy elevada? Entonces no podremos procesar lo que ocurre con nuestra parte consciente y se activarán recuerdos de la memoria implícita asociados a miedo, indefensión o agresión. No podremos actuar usando la memoria de trabajo, puesto que estaremos prisioneros de las emociones, las cuales nos impedirán evaluar los pros y contras de las diferentes posibilidades de actuación.

La memoria implícita también incluye los modelos o esquemas de personalidad de la edad adulta (Young, 2013) que aprendimos en la infancia para saber cómo comportarnos. En las relaciones de pareja que tengamos como adultos, tenderemos a reproducir los modelos internos que aprendimos en la infancia, ya que estarán codificados en forma de memoria implícita (Marrone, 2000).

Al mismo tiempo que almacenamos de forma inconsciente los miedos o las cosas agradables, guardamos también memoria de los mecanismos de regulación que hemos utilizado en el pasado para lograr una homeostasis. A base de repetirse, se convertirán en automáticos e involuntarios, e incluso en muchos casos en algo que haremos en contra de nuestra voluntad. Si algo resultó útil o beneficioso en el pasado, queda almacenado en

nuestra memoria implícita (probablemente ligado a un incremento en los niveles de dopamina) y, ante un estímulo similar, lo repetiremos, aunque en la actualidad resulte inconveniente o patológico. Veamos un ejemplo práctico de una paciente:

Eva es una mujer de 25 años que acude a consulta por un problema de obesidad mórbida. Aunque ha intentado muchas dietas, no consigue perder peso porque no puede dejar de darse atracones con los que pierde todo lo ganado. Cuando se le pregunta por su infancia, comenta que fue criada por su abuela, porque sus padres estaban siempre trabajando. Esta siempre estaba cocinando y le insistía mucho en que comiera. Todavía recuerda con placer cuando se comía todo el plato y su abuela, muy contenta, le preguntaba si quería más. Ante la pregunta de si no cree que puede estar utilizando la comida como forma de anular la ansiedad, ya que los momentos más felices de su vida fueron cuando estaba con su abuela y esta le insistía a cada momento a que comiera. La paciente dice que nunca lo había visto así, pero que no puede evitar comer cada vez que se pone nerviosa.

En el caso de Eva la comida actúa como estabilizador del ánimo, ya que aprendió de pequeña que comiendo daba satisfacción a su abuela y se sentía mejor al hacerlo. Su inconsciente ha asociado la comida con satisfacción, placer y tranquilidad, y cada vez que algo la afecta, come de forma compulsiva por encima del límite de saciedad.

Los individuos con un apego seguro tienen bien integrados los tres sistemas de memoria y, por lo tanto, actúan de una forma coherente en función de las circunstancias. Pero las personas con un apego inseguro no pueden hacer esto con facilidad y gastan mucha energía revisando los procesos, temen no hacer lo que es más adecuado o simplemente les asusta lo que pueda pasar si actúan de una forma determinada (Crittenden 2002).

En las entrevistas iniciales, los pacientes acuden a la consulta con narraciones recogidas en su memoria episódica: nos hablan de recuerdos, experiencias, creencias, etc. Como terapeutas, tenemos que encontrar los mecanismos inconscientes subyacentes

que pertenecen a la memoria implícita. En mi experiencia, la inmensa mayoría de los problemas que traen los pacientes a consulta están generados por procesos automáticos que no son capaces de modificar por sí mismos. Como me gusta explicarles, es una lucha entre su consciente y su inconsciente.

Por diferentes motivos, todos hemos debido reprimir, disociar o simplemente olvidar eventos de nuestro pasado que, por la biología de nuestro cerebro, no dejan de influir en las respuestas que damos ante diferentes estímulos en la actualidad. Integrar estas memorias implícitas en la narrativa de nuestra vida, una vez que se hacen conscientes, nos permite usarlas o rechazarlas a voluntad. Para lograr esto, debemos ayudar a los pacientes a conocer su propia historia e integrar los recuerdos explícitos con los implícitos, en lo que algunos autores llaman mentalización (Fonagy, 2014). Siegel (2011) escribe:

«... mientras que estos modelos mentales implícitos existen en todos nosotros podemos liberarnos del poderoso e insidioso modo en que alteran nuestra percepción del aquí-ahora en nuestras sensaciones y nuestras creencias. Viendo profunda y claramente en nuestro mundo interno de una forma que promueva la integración de la memoria. Cuando esto se logra las piezas separadas de la memoria implícita quedan unidas en un mundo más complejo, flexible y adaptativo en la forma de la memoria explícita...» (pág. 197).

## **MENTALIZACIÓN**

Como padre de dos hijas no puedo dejar de pensar muy a menudo cómo será la imagen que tendrán de mí mis hijas en el futuro, si se habrán sentido cuidadas y queridas, al mismo tiempo que bien educadas. La relación con mis hijas va a más allá de lo intelectual y conecta directamente con mi yo personal. Sin duda he influido mucho en lo que mis hijas son hoy día y en lo que serán, pero no es menos cierto que ellas también han conformado mucho de lo que yo soy.

El proceso terapéutico se basa en dos grandes aspectos: uno es la relación de apego (alianza terapéutica) que se establece entre el paciente y el terapeuta; el otro es la capacidad de mentalización de ambos para poder lograr un equilibrio mental y físico que traiga salud al paciente. La mentalización es la función reflexiva que permite observarnos a nosotros y a los demás con sus estados mentales, que incluyen deseos, objetivos, valores o actitudes (Fonagy y Luyten, 2014). Cuando nace, el bebé depende completamente de sus cuidadores y van a ser ellos el espejo en el que va a mirarse para

posteriormente verse a sí mismo. La imagen que vea reflejada en sus cuidadores será la que internalice como su verdadero yo.

Si los padres son capaces de mentalizar, esto es, de regularse emocionalmente a sí mismos y de hacerlo con los demás, el niño tendrá una base segura desde la que explorar el mundo y un refugio seguro al que regresar cuando haya incertidumbre. Como hemos visto a lo largo del capítulo, si esto no ocurre, el niño tendrá que buscar estrategias de regulación diferentes para poder sentir que tiene capacidad de controlar su entorno (Hart, 2011). La mentalización tiene lugar en las relaciones paterno-filiales, en la escuela, en las amistades o en las relaciones de pareja.

José es un profesor de Secundaria de 34 años que viene a consulta por una depresión que le deja agotado y sin energía. Siempre ha sido una persona muy deportista y esta astenia le molesta doblemente. Su pareja viene con él y se ve desde el primer momento que hay una gran complicidad entre ellos. Le pido a ella que espere en la sala de espera y me quedo a solas con él. Cuando le pregunto sobre su pasado, lo primero que me dice es que a los psicólogos nos encanta hablar de la infancia y que la suya fue un desastre con un padre alcohólico y una madre agotada con fibromialgia.

T: ¿Qué tal tu relación de pareja?

C: Eso es lo mejor que me ha pasado en la vida, desde que nos conocimos y nos enamoramos somos un apoyo mutuo el uno para el otro. Los dos tenemos familias muy complicadas y no podemos contar con ellos. Cuando estoy a su lado, me siento completamente seguro. Tenemos nuestras diferencias, por supuesto, pero sé que de alguna manera las superaremos.

T: A los psicólogos nos gusta decir que con ella te sientes visto, que puede leer dentro de ti.

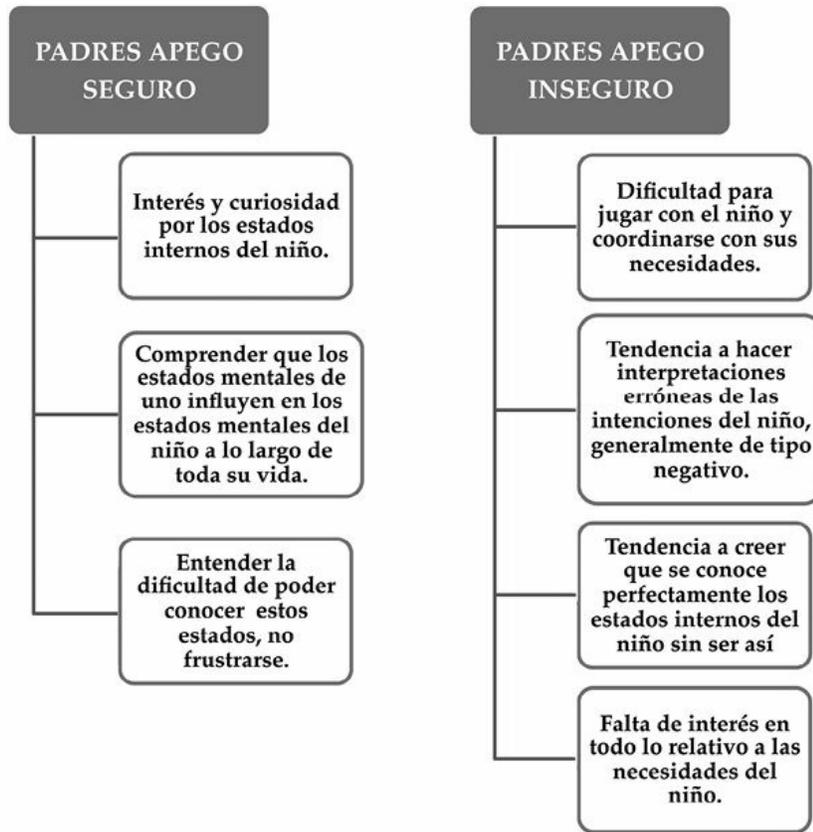
C: Es exactamente eso.

Dentro de las diferentes partes de nuestra personalidad, Fonagy (Lorenzini & Fonagy,

2013) describió inicialmente un yo reflexivo u observador interno de la vida mental. Sin este observador no somos capaces de diferenciar las experiencias subjetivas de las realidades objetivas. Cuando hay una inundación de emociones que nos impiden razonar o pensar con claridad, no se pueden evaluar las diferencias entre sentimientos y hechos (Allen, 2013). El apego y la mentalización son dos conceptos que van totalmente unidos, ya que los padres capaces de regularse emocionalmente ayudan a sus hijos a hacerlo. Cuanto más seguro haya sido el apego, mayor capacidad de mentalización encontraremos en los niños, tanto en su infancia como a lo largo de toda su vida.

La capacidad de mentalización en la adolescencia y la edad adulta se basan en los sistemas de regulación del afecto que tuvimos en la infancia. En los trastornos que trabajamos en este libro subyacen como hemos visto experiencias y aprendizajes que han tenido una carga emocional muy fuerte desde los primeros años de vida y que han provocado una necesidad de alerta constante y, consecuentemente, de estrategias de regulación para poder mantener una estabilidad emocional. En muchos casos estas se convierten en la patología.

Como podemos ver en la siguiente figura, los padres se relacionan de forma diferente con sus hijos en función de su propio tipo de apego. Los padres, al servir como un espejo donde se refleja el niño, generan unas variables psicológicas diferentes en el niño en función de cómo se vea reflejado en las mentes de los padres.



**Figura 5.5.** Diferencia de los padres en relación con los hijos según tengan un apego seguro o inseguro.

Hay cuatro variables que son fundamentales a la hora de describir los procesos de mentalización (Fonagy y Luyten, 2014):

**Automático-voluntario:** En la primera parte de este capítulo hemos visto cómo los seres humanos, ante situaciones de alerta, crean estrategias de regulación para soportar la incertidumbre. Estas pueden ser adaptativas o volverse rígidas y patológicas. En estos casos, se convierten en patrones automáticos. Los individuos con alta capacidad de mentalización pueden aumentar su repertorio de conductas y emociones para actuar de forma flexible y voluntaria frente a diferentes circunstancias.

**Enfocado interna-externamente:** Los individuos con una alta capacidad de mentalización pueden reconocer los estados emocionales internos tanto de sí mismos como de los demás. Las personas con una alta mentalización son capaces de no desbordarse por estados internos negativos y no ser siempre suspicaces o miedosos frente a las reacciones de los demás.

**Orientado a uno mismo-orientado a otros:** Las personas que han sentido culpa y

vergüenza en la infancia encuentran que sus relaciones con los demás pueden resultar muy dolorosas y crean estrategias para protegerse del malestar. La estrategia más común es cuidar de los demás (cuidador) o cuidar solo de uno mismo (narcisista). Veremos esto con mucho más detalle en el próximo capítulo. Por ejemplo, la persona intuye que no merece ser amada por sí misma y necesita hacer cosas por los demás para ser aceptado o, en el otro extremo, no espera nada de nadie y considera que todo el mundo debe cuidarlo (narcisista).

**Cognitivo-afectivo:** Los padres, en función de su propia mentalización, influirán en sus hijos. Tal y como vimos en el último capítulo, en función de sus aprendizajes tenderán a dar más importancia a los valores cognitivos o a los afectivos. Ser capaces de variar de un enfoque más racional a otro más emocional y viceversa en función de las circunstancias es muy importante para lograr una regulación emocional, tanto interna como en relación a los demás.

Como veremos con más detalle en la segunda parte del libro, nuestro objetivo en la terapia será ayudar a los pacientes a aprender a «mentalizar», enseñarles a hacer aquello que no pudieron aprender en los primeros años de vida. Como figuras de apego transitorias, los terapeutas debemos darles el espacio y la confianza para que puedan conocerse, ayudándoles a entender sus problemas y dándoles las herramientas para lograrlo. Con la mentalización, flexibilizamos los patrones que se han vuelto rígidos y patológicos, y los transformamos en adaptativos y flexibles. Mentalización es flexibilidad; lo opuesto a las estrategias de control que son rígidas y automáticas.

Recordar algo es crear un recuerdo nuevo y la presencia de un terapeuta que genera confianza puede ayudar a reprogramar el valor emocional de lo que ocurrió. Los hechos no pueden cambiarse, pero sí la valencia emocional asociada a ellos. Esto permite flexibilizar los patrones de respuesta en el presente ante situaciones que recuerden a hechos del pasado.

Gran parte de lo que ocurrió en los primeros años de vida permanece en la memoria implícita (inconsciente) de forma procedimental y egosintónica. Como veremos en detalle, las inmersiones de los clientes en las sensaciones del pasado en presencia del terapeuta permiten revivir lo que ocurrió, integrándolo en la memoria explícita. Para poder mentalizar debemos trabajar con los recuerdos tanto implícitos como explícitos; integrándolos podemos utilizar la memoria de trabajo. Solo los seres humanos tienen la capacidad de «mentalización».

Una vez que los pacientes se sienten seguros con nosotros, como terapeutas y

personas, sus patrones de conducta se irán haciendo más flexibles y podrán acceder a sus recuerdos sin miedo, de una forma integrada (cognitiva y emocionalmente); no habrá necesidad de seguir reprimiéndolos o disociándolos. Esto les permitirá utilizar recursos más sofisticados para resolver situaciones del presente. Paradójicamente, devolvemos a los pacientes una sensación de control sobre cosas que antes sentían como incontrolables y que, por lo tanto, ya no necesitan controlar.

## **CONCLUSIONES**

En los primeros años de vida, el niño explora el mundo utilizando como base segura a los cuidadores. Si estos no están disponibles de una forma adecuada, el niño buscará distintos elementos que le sirvan como base y refugio seguro para autorregularse.

Si el niño siente a los padres poco previsibles y/o poco afectuosos, creará estrategias de control para regularse y evitar la incertidumbre y el malestar. Las estrategias de regulación pueden ser de muchos tipos, entre las que encontramos evitación, perfeccionismo, abuso de sustancias o trastornos alimenticios. Algunas pueden aparecer en la infancia, aunque lo más frecuente es que lo hagan durante la adolescencia o incluso en la edad adulta, ante un evento traumático que puede desbordar las estrategias de control. A menudo, los mecanismos de regulación emocional utilizados como instrumentos para manejar la incertidumbre o el malestar se acaban convirtiendo en otro problema.

Hay diferentes tipos de memoria donde se almacenan los aprendizajes, que pueden dar lugar a patrones de conducta y emocionales que permanecen de forma rígida al estar muy consolidados en la memoria implícita o emocional. Con la ayuda del terapeuta, la mentalización permite a los pacientes conocer estos patrones inconscientes para empezar a cambiarlos por otros que resulten más adaptativos. El conocerse y reprogramar esas experiencias emocionales permitirá manejarlas y valorar cuál es la respuesta más adecuada.

La mentalización ayuda a conocer por qué se gestaron estas memorias, y además permite modificarlas, flexibilizar las respuestas de afrontamiento y recolocar la base segura dentro del paciente. Esto le ayuda a autorregularse y responder de forma voluntaria y no automática ante eventos que le provocan miedo o ansiedad. Mentalizar es ayudar a integrar las experiencias en la memoria narrativa y reconocer los recuerdos implícitos, ayudando a los pacientes a autorregularse y regularse en sintonía con los demás.

# El modelo PARCUVE

## 6

*Todas las familias son iguales en sus alegrías, pero cada una es diferente en su desgracia.*  
*Lev Tolstoi*

Cuando Bolwby empezó a desarrollar sus teorías sobre el apego en los niños en relación a sus cuidadores, lo hizo influenciado por estudios de etología que señalaban la importancia del cuidador en el comportamiento de la descendencia. Experimentos como los de Harlow –que investigaba la conducta de los monos cuando eran criados sin sus madres– o los estudios sobre el *printing* de Lorenz influyeron mucho en Bolwby, que empezó a preguntarse si el ser humano no compartiría mucha de su psicología con otros animales, dado que ya comparte gran parte de su fisiología (Karen, 1998). Quizás fue eso lo que me enamoró a primera vista de la teoría del apego, el modo en que mezclaba de forma extremadamente elegante la psicología y la biología del sistema nervioso.

A diferencia de los reptiles, la relación de las crías de los mamíferos y las aves con sus cuidadores es vital durante las primeras etapas de la vida, es una cuestión de vida o muerte. Esta relación no va a ser solo de cuidado y alimentación, sino que también implicará ciertos aprendizajes que serán necesarios en etapas posteriores, como la reproducción. Se ha observado que aquellos primates que crecen sin contacto con su madre, tienen posteriormente muchos problemas en la edad adulta para poder vincularse con su progenie y darle los cuidados necesarios (Hart, 2011).

¿Qué puede ocurrirle a un cachorro de cualquier mamífero o a un bebé si no hay ningún cuidador que pueda atenderle o cuidarle? En condiciones naturales estaría condenado a una muerte segura. Hay múltiples estudios que demuestran que el contacto físico y los cuidados de la madre ayudan al desarrollo cerebral sano de las crías.

En el capítulo 2 vimos que existe un circuito cerebral relacionado con el cuidado de la progenie en los padres y el del pánico/separación que se activa en los cachorros cuando este cuidado no está disponible (Panksepp, 2004, 2009). Cuando esto ocurre se busca la compañía de otros individuos que ayuden a proporcionar una sensación de seguridad. Si esto no es posible, se produce una activación del modo lucha/huída, si la amenaza es

excesiva, del parasimpático, con la consiguiente disociación.

Este circuito está construido filogenéticamente sobre otro más primitivo que es el del miedo y el dolor que compartimos con el resto de los vertebrados. Los términos pueden llevar a confusión, pero estos dos circuitos cerebrales implican áreas anatómicas y fisiológicas distintas (Panksepp, 2004, 2009; Panksepp y Biven, 2012). El circuito del pánico/separación está relacionado con la falta de opiáceos en el cerebro. Mientras que las benzodiazepinas son muy eficaces para desactivar el miedo pero no funcionan para calmar el pánico, con los opiáceos ocurre lo contrario: no funcionan bien para reducir el miedo, pero son muy eficaces para disminuir la ansiedad por separación.

Pánico es lo que siente un cachorro cuando percibe a su cuidador como inaccesible y el miedo es la emoción ante un estímulo concreto o imaginario que puede suponer un peligro. Es decir, se puede tener miedo y no sentir pánico/separación, pero no puede ocurrir al contrario. Se sabe también que los circuitos cerebrales del miedo y la ansiedad están íntimamente relacionados con el dolor y la rabia. Tanto es así que se cree que se activan e inhiben mutuamente (Panksepp y Biven, 2012; Hart, 2012). Por tanto, cada vez que haya una ruptura en la relación de apego, se activarían simultáneamente los circuitos del miedo, del dolor y de la rabia.

Como vemos gráficamente en la figura 6.1, las emociones están relacionadas entre sí. La activación del circuito/separación conlleva la aparición del miedo y la consiguiente ansiedad, y simultáneamente provoca rabia en una cascada de acontecimientos biológicos e inconscientes, independientes de la voluntad de la persona.



**Figura 6.1.** Podemos ver cómo diferentes emociones que implican diferentes circuitos cerebrales crean procesos en cascada que afectan al cerebro y consiguientemente a las emociones y a las conductas.

En el capítulo 2, vimos en detalle cómo funciona todo lo relacionado con el pánico/separación. En este capítulo voy a desarrollar qué efectos tiene su activación en diferentes emociones de la psicología humana como son el miedo y la ansiedad, la ira, la culpa y la vergüenza.

## **EL MIEDO**

El miedo es una emoción básica en todos los seres vivos, y fundamental para la supervivencia, que se activa cuando el cerebro percibe que hay una situación que ponga en peligro la integridad física. En humanos, la ausencia (física o emocional) de las figuras de apego provoca una sensación de miedo por la desprotección que conlleva.

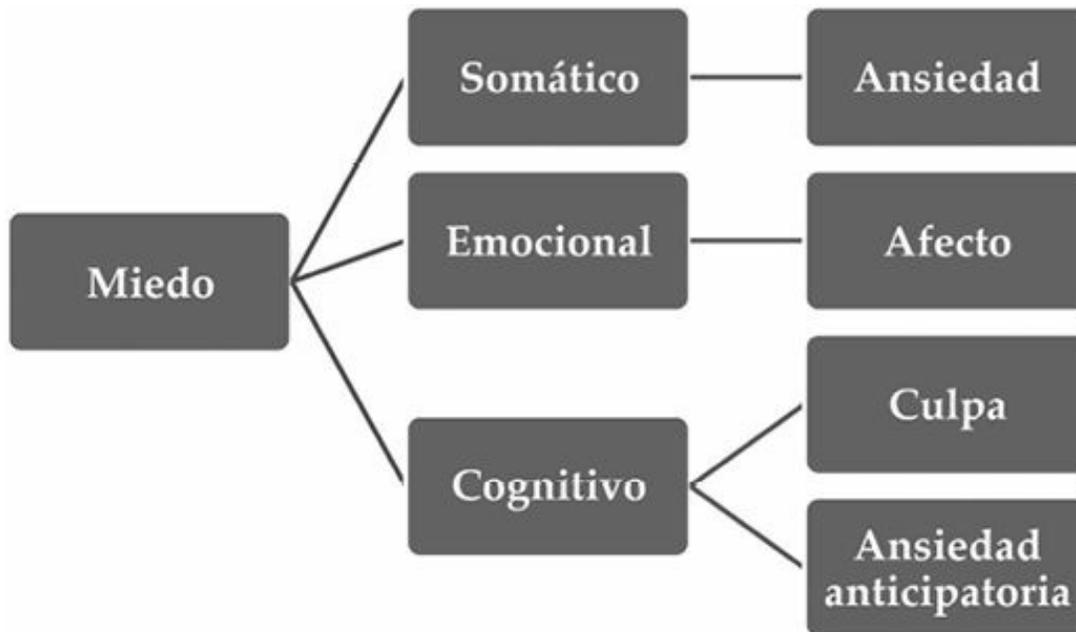
«Encontramos indicadores para una clara asociación entre ansiedad de separación y problemas futuros de ansiedad y ataques de pánico. Estos resultados apoyan una conceptualización de la psicopatología del desarrollo de los trastornos de ansiedad... Los niños que sufren de un trastorno de ansiedad por separación podrían estar faltos

desde pequeños, de habilidades que les ayuden a tolerar ansiedad y emociones fuertes, que serán muy importantes para un desarrollo sano» (pág. 1, Panksepp, 2009).

Todos hemos sentido miedo en algún momento y lo que va a hacer que la situación resulte traumática o no es la valoración subjetiva del riesgo, es decir, la sensación de control. En la infancia carecemos de esa sensación de control, que se irá adquiriendo en las relaciones con los adultos. No obstante, si no se reciben los cuidados necesarios por parte de los cuidadores, bien por negligencia o por maltrato, se ponen en marcha mecanismos de alerta que activan simultáneamente los circuitos del miedo y la ira. El cerebro guarda memoria de estas rupturas en el apego como eventos peligrosos y muy dolorosos. Estos recuerdos quedan disociados y almacenados de forma traumática en lo que llamamos memoria inconsciente o implícita (Ginot, 2015).

El niño queda prisionero de un síndrome de Estocolmo afectivo, ya que al no tener recursos emocionales y cognitivos para poder mentalizar lo ocurrido, es incapaz de estructurar sus mapas de experiencias y significados cognitivos y afectivos (López, 2008). El niño intenta evitar volver a sentir las sensaciones de miedo y modifica sus conductas y emociones en busca de un equilibrio. Para ello, cambia su forma de relacionarse con los cuidadores (cambios en el tipo de apego) y, si el miedo ha sido muy intenso, se produce una disociación traumática a nivel cerebral y corporal.

El miedo es una experiencia desagradable y dolorosa que tiene la misión de proteger la integridad física y mental de los individuos. Estas experiencias provocan cambios a tres niveles (ver figura 6.2):



**Figura 6.2.** El miedo provoca cambios en la memoria implícita para evitar que la situación pueda repetirse, o estar preparados si vuelve a darse. Estos cambios se darán a nivel somático, emocional y cognitivo.

**Nivel somático:** En una situación de miedo, el cuerpo cambia su fisiología para enfrentarse al peligro; esto incluye tensión muscular, taquicardia, hipertensión, etc. (Salposky, 2008). Además, guarda memoria somática de lo ocurrido para poder estar más alerta en el futuro (Damasio, 2011; Scaer, 2014) y, en casos extremos, se produce una disociación somática (Niyenhuis, 2000). En cualquier caso, el individuo siente ansiedad de forma circunstancial si la situación vuelve a darse o recurrente si el miedo se hace permanente.

**Nivel emocional:** La activación de los circuitos relacionados con la alerta afecta a las emociones y se producen cambios en su intensidad y el modo de manejarlas.

**Nivel cognitivo:** Cuando hay una experiencia siempre existe un aprendizaje; cuanto mayor sea la intensidad del estímulo más grabado quedará en la memoria implícita. El ser humano es el único animal que es capaz de recordar a voluntad cosas del pasado y poder prever lo que ocurrirá en el futuro. Cuando hacemos esto de forma negativa puede tomar dos formas distintas:

**Ansiedad anticipatoria:** Esta ocurre cuando nuestra mente se va al futuro para planificar posibles situaciones de alerta que todavía no han ocurrido y que puede que no ocurran nunca.

**Culpa:** Esta sucede cuando la mente revisa, repasa o no puede dejar de recordar algo que ocurrió en el pasado. Su función es aprender de algo doloroso para no repetir errores que ya se han cometido.

La única forma de manejar las amenazas en los primeros años de vida es a través del vínculo con las figuras de apego. Si estas no son capaces de proveer seguridad, se convierten en el origen del miedo; el cerebro y el cuerpo guardan memoria del dolor asociado a la experiencia y este aprendizaje queda grabado en la mente inconsciente. Con el paso de los años, se irán desarrollando más recursos para afrontar los riesgos y las amenazas, pero estos van a ser también distintos. Como vimos en el capítulo anterior, los mecanismos de regulación para tolerar el dolor y la ansiedad van a ir modificándose y, si resultan útiles en algún momento, serán utilizados cada vez con más frecuencia (Crittenden, 2015).

Antonio tiene 37 años y busca hipnosis por su imposibilidad de hablar en público. Tiene un trabajo que le exige explicar a los compañeros algunos aspectos relativos a cómo realizar su trabajo y esto le provoca un malestar enorme. La situación ha ido a peor en los últimos meses, ya que siente que cada vez le da más miedo hablar y ser observado. Próximamente va a tener que presentar unos resultados frente a mucha gente en una convención y ya piensa en dejar el trabajo como forma de evitar seguir sufriendo.

T: Antonio, vamos a trabajar haciendo una regresión al pasado, buscando situaciones de entonces que puedan tener relación con lo que estás viviendo ahora. ¿Puedes recordar algún momento o situación de tu infancia en el que sentiste sensaciones parecidas a las que tienes ahora?

C: Me viene a la memoria una obra de teatro que hice en el colegio por Navidad. Teníamos que hacer un belén viviente y yo tenía un pequeño papel en el que explicaba la llegada de los Reyes Magos. Mi madre y yo lo habíamos practicado en casa muchas veces porque me daba miedo no hacerlo bien. Cuando me vi delante de los padres del cole me quede en blanco, no podía hablar. Recuerdo a mi madre recitándome el texto debajo

del escenario, pero yo la veía y sentía tal vergüenza que me costaba aún más recordar ni una palabra. Te estoy contando esto y me está doliendo mucho la garganta.

En ese momento, Antonio se echó a llorar como un niño.

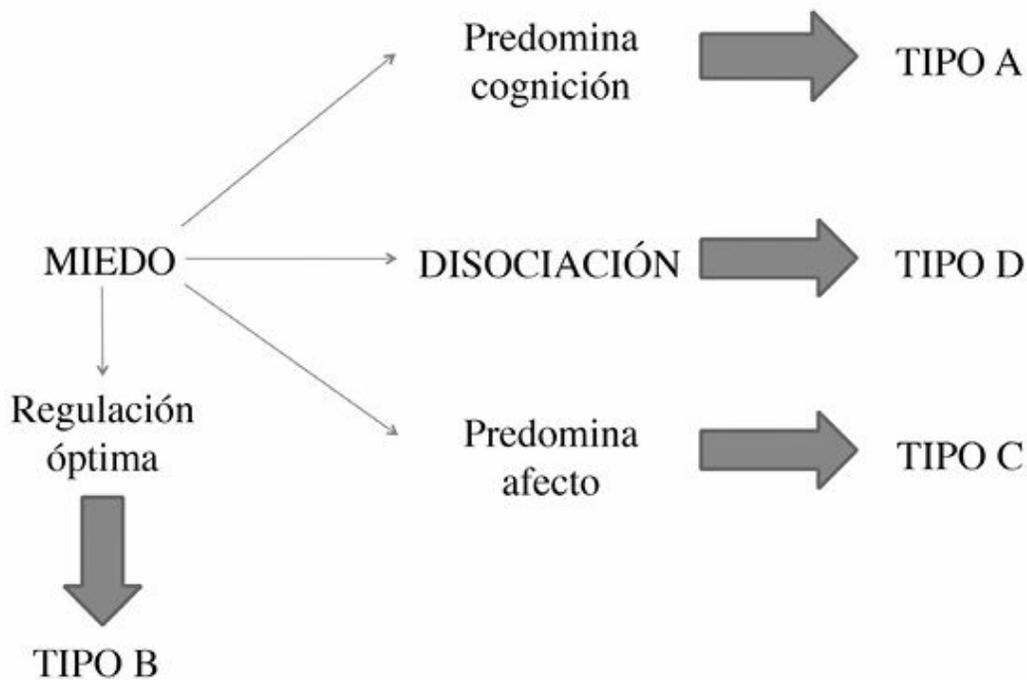
El tipo de apego que se generó en la infancia va a ser determinante en las estrategias que se usen a lo largo de la vida para enfrentarse a los retos. Como puede verse en la figura 6.3, el miedo es el principal responsable del tipo de apego en la infancia y la edad adulta, que estará determinado por la estrategia de regulación que sobresalga para autorregularse. Ninguna es mejor que otra; son diferentes. Las estrategias de afrontamiento varían de una persona a otra en función de la capacidad de mentalización y el tipo de apego predominante en la infancia.

**Predominio de las áreas corticales (Tipo A).** Estos individuos sienten ansiedad cuando no pueden controlar su entorno o sus sensaciones, y se produce entonces una actividad mayor de la rama parasimpática del SNA. Tienden a evitar la cercanía emocional con otras personas y apenas sienten las emociones ni su cuerpo.

**Predominio de las áreas subcorticales (Tipo C):** Estos individuos tratan de regularse buscando conexión emocional con otras personas y sienten malestar cuando se produce dicha conexión. Sienten emociones constantemente y están motivados por sus sensaciones. Se produce una actividad mayor de la rama simpática del SNA.

**No predomina ningún área (Tipo D):** Estos individuos tratan de regularse de forma simultánea en los dos aspectos anteriores. Alternan la cercanía y el alejamiento, sin que se alivie el malestar. El miedo y la ansiedad son constantes. Son incapaces de mentalizar consigo mismos o con los demás. Se puede producir una activación de la rama simpática y después un colapso del sistema debido a la activación de la rama dorsovagal del parasimpático.

**Regulación óptima entre la cognición y el afecto (Tipo B):** Estos individuos tienen un apego seguro (original o adquirido). Son reflexivos, flexibles en las respuestas y actúan de forma adaptativa. Hay un equilibrio entre la activación y la relajación.



**Figura 6.3.** El miedo en la infancia en relación a los progenitores produce en el niño un modo de regulación diferente en función de sus características personales y las del cuidador. El resultado serán diferentes tipos de apego que condicionarán la forma de enfrentarse al estrés en la edad adulta.

Como expliqué en el capítulo 4, los modelos internos de trabajo difieren en función de la figura con la que nos relacionemos. Cuando el individuo cuenta con personas que le producen seguridad y confort, este aprendizaje sano permitirá tener seguridad a la hora de enfrentarse a retos y amenazas; será un antídoto del miedo. A esto se le denomina «resiliencia».

A mayor intensidad de las amenazas en la infancia y menor disponibilidad de recursos, más miedo habrá a cometer errores y, por tanto, mayores serán las distorsiones de la información (por ejemplo, no valorar el peligro), lo cual provoca que los patrones de respuesta se vayan volviendo cada vez más rígidos e instintivos. La probabilidad de dar una respuesta equivocada irá en aumento. Esto puede llevar también a sobreidentificar el peligro, lo que genera alarma ante estímulos inocuos. No se podrá evaluar correctamente el peligro ni las estrategias para afrontarlo.

Por el contrario, cuanto mayor sea la resiliencia, menor será el miedo a enfrentarse a retos y mayor será la capacidad de mentalización y regulación emocional. Una persona equilibrada cuenta con muchos más recursos para enfrentarse a situaciones difíciles e incluso peligrosas sin sentir miedo ni rabia.

## LA RABIA

Heinicke y Westhemer (1966) realizaron un estudio durante dos semanas con 10 niños de 13 a 32 meses que o bien vivían permanentemente en un internado o bien asistían a diario a una guardería. Cuando se comparó la conducta de los niños, se vio que los que permanecían separados de sus padres eran cuatro veces más agresivos que los niños que vivían con sus familias. En el estudio, los niños recibían unos muñecos para jugar y la agresión recaía siempre sobre los muñecos que representaban el papel de padres.

Sabemos por Bowlby (1985) que los niños que son separados de sus padres sufren mucha rabia, mayormente hacia ellos, y que muchas veces esta hostilidad es la expresión de un reproche por no haber estado cuando se les necesitaba.

«Siempre que la pérdida es permanente, como cuando se produce el fallecimiento de alguien, por necesidad la ira y la conducta agresiva no cumplen función alguna. La razón por la cual se producen con tanta frecuencia, incluso después de un hecho tal, es que durante las fases tempranas de duelo la persona por lo general no cree que esa pérdida en realidad puede ser permanente, por lo tanto continúa actuando como si todavía fuera posible no solo hablar y recuperar al ser perdido, sino también reprocharle sus actos, porque se le considera al menos en parte responsable de lo ocurrido» (pág. 271)

Como vimos anteriormente, esta ira no solo se va a producir ante algo tan grave como la muerte de un progenitor; se puede producir ante rupturas de la relación de apego entre el niño y los cuidadores.

El miedo y la rabia son dos emociones que se retroalimentan mutuamente, modulándose de forma conjunta. La respuesta de rabia (o sus sinónimos: ira, frustración o impotencia) puede expresarse a voluntad a partir de los dos años de vida aproximadamente. Es en esta etapa cuando empieza a valorarse la expresión de la frustración como algo tolerado o que debe ser inhibido en función de la respuesta de los cuidadores. Bowlby (1985) defiende que la rabia es una reacción normal para recuperar el vínculo de apego. Si no se produce una reparación afectiva, se pasa de una rabia de «esperanza» a una rabia de «desesperación».

Algunos autores (Hart, 2011; Schore, 2001) afirman que la rabia puede ser de dos tipos: agresiva o calmada. La primera es modulada por una hiperactivación de la amígdala y una activación del simpático, y se expresa como agresividad fuerte (gritos o peleas). Es más normal en individuos con un patrón de apego tipo C: En casos extremos

sería una personalidad antisocial.

La rabia calmada está modulada por el hipotálamo y por la rama parasimpática. Está asociada a bradicardia y baja ansiedad, y se muestra de una forma controlada y fría. Suele estar relacionada con trastornos somáticos como colon irritable o gastritis. Es común en personalidades con un patrón de apego tipo A (Mikulincer, 2002).

Hay varias razones por las que un niño puede aprender a ocultar su malestar:

- Los progenitores han desaparecido definitivamente, bien por muerte o por abandono. El niño no puede expresar su frustración porque no están los progenitores disponibles para hacerlo.
- El niño siente que sus cuidadores son débiles o enfermos, y por tanto debe cuidarlos y no cargarlos con sus problemas. En este caso, se dará una inversión de roles (parentificación) en la que los padres probablemente cargarán a sus hijos con sus enfermedades, preocupaciones, etc. y estos se sentirán en la obligación de no ser una carga más.
- Los progenitores son muy agresivos, bien con violencia física o imponiendo una disciplina excesiva que impide al niño expresar sus necesidades por miedo a las represalias.

Luis trabaja en un negocio propio de alimentación, el típico negocio familiar en el que cuando hay mucho trabajo la familia también ayuda para «sacar la tarea adelante». Su infancia, según dice, no fue muy feliz. Su padre trabajaba todo el día y su madre como ama de casa hacía lo que podía para sacar adelante a cuatro niños con el poco dinero que había.

La demanda de Luis está relacionada con una hipocondría severa que le impide concentrarse en el trabajo o en casa. Pasa el tiempo visitando médicos y mirando en Internet qué enfermedad pueden ser esos síntomas, aunque todavía no le han encontrado ninguna enfermedad orgánica y le han recomendado que vaya a un psicólogo. Se obsesiona con que todo el mundo esté bien: que sus hijos estudien y darles la educación que no le dieron; que su mujer no trabaje más que lo justo para que no se agraven los dolores de las articulaciones; que el psicólogo acabe la sesión un

ratito antes para que así pueda descansar...

Mi experiencia con este tipo de personas que yo denomino «cuidadores compulsivos» es que esconden mucha rabia dentro de sí; una rabia mezcla de ira e impotencia que temen dejar salir pues podrían perder el control. Así que siempre hago la misma pregunta: «¿Has tenido miedo alguna vez de perder el control y hacer daño a las personas que quieres? ¿O de perder el control y hacerte daño a ti mismo?». Cuando un paciente empieza a emocionarse y llorar no puede significar otra cosa que hemos tocado algo muy importante y sensible.

C: Me da mucha vergüenza hablar de esto, me siento una mierda pero a veces tengo miedo de coger un cuchillo y hacer daño a mi familia o de ahogarlos o de tirarme con el coche por un precipicio. Pero te juro que jamás podría hacerles daño. Me estoy volviendo loco y me siento fatal solo de poder pensar cosas así. No tengo solución ¿verdad?

T: Esto es difícil de explicar, Luis, y lo iremos trabajando a lo largo de la terapia, pero hay algo dentro de ti que está enfadando porque siempre cuidas de los demás pero nunca de ti mismo. Es como si una parte de ti quisiera alejarte de las personas que quieres para que puedas cuidarte solo a ti, algo que por cierto no sabes hacer.

Esta incapacidad para expresar las necesidades propias crea una sensación de profundo malestar y de falta de idoneidad (culpa) y sensación de no merecer atención ni cuidados (vergüenza). Por el contrario las personas que utilizan la rabia como forma de hacerse ver logran dos efectos perversos. El primero es no ser tratados con normalidad y el segundo estar en un estado de ansiedad y malestar permanente, lo que provoca también sensaciones de culpa y vergüenza.

Los individuos con un apego seguro en la infancia (Tipo B) son capaces de contener su rabia de forma adaptativa, es decir, pueden mentalizar en diferentes circunstancias (Milkulincer, 2002):

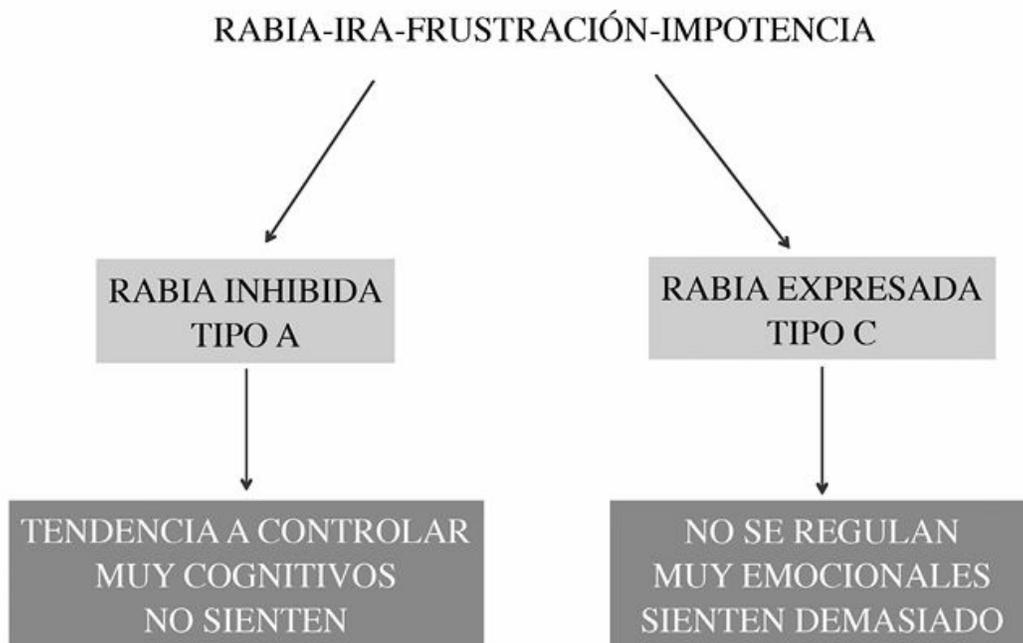
- Tomarse tiempo para valorar la respuesta más idónea para actuar ante la situación.

- Evitar la rabia para no tener que sufrir pensamientos rumiativos.
- Evitar emociones que puedan resultar nocivas para él o para los demás.

Los individuos de apego evitativo (Tipo A), como hemos visto, enmascararan la rabia como forma de evitar el conflicto, pudiendo comportarse con una emoción falsa (por ejemplo sonreír cuando se está enfadado) o con conductas pasivo-agresivas.

Los individuos ansiosos (Tipo C) mostrarán la rabia y el enfado con demasiada frecuencia sin ser capaces de evaluar la idoneidad de cuándo ni cómo hacerlo. Los individuos con apego desorganizado (Tipo D), debido a los estados disociativos, tendrán tanto respuestas de rabia desmedida ante cualquier estímulo que les perturbe como una indiferencia patológica cuando sea necesaria una conducta de defensa.

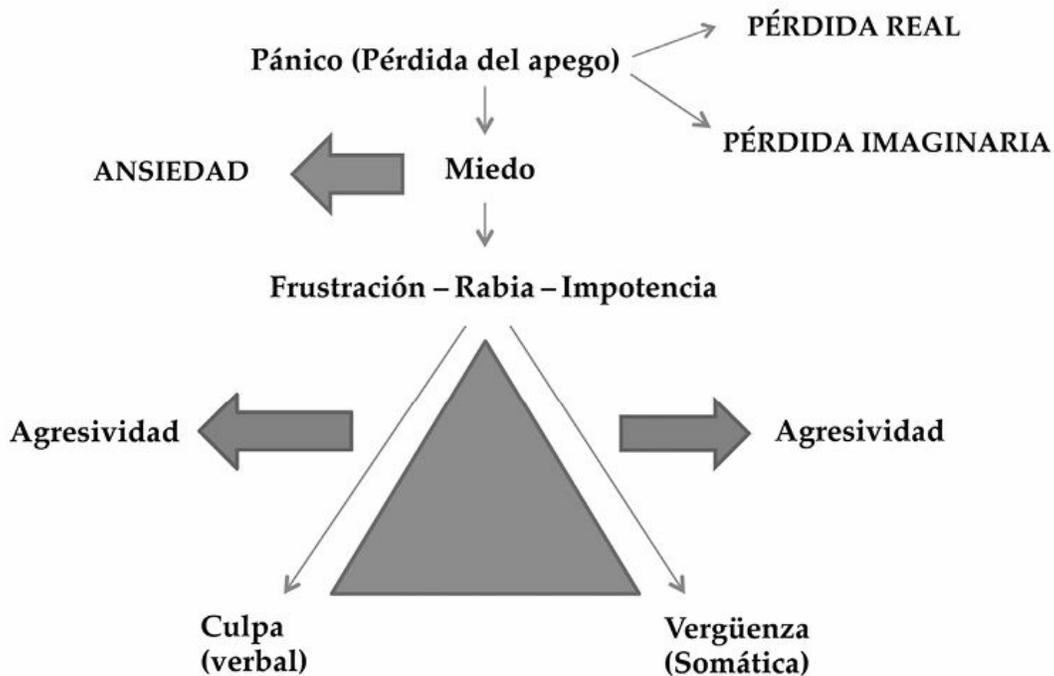
En un gradiente de menor a mayor de inhibición, en un extremo, la rabia estaría totalmente escondida, no se manifiesta nunca hacia el exterior (incluso los propios individuos pueden no sentirla) y se dirige hacia uno mismo en forma de autocrítica. En el otro extremo, la rabia siempre está enfocada hacia fuera y puede dar lugar a conductas de tipo antisocial (ver figura 6.4).



**Figura 6.4.** Existen dos tipos de formas de expresar la rabia: una inhibida y otra expresada. La primera está condicionada por una activación de la rama simpática del SNA, mientras que la segunda está regulada por la rama parasimpática.

Las personas con ataques de pánico y fobias de tipo social tienen muchos problemas para expresar sus necesidades. Sienten mucha rabia pero no pueden mostrarla por miedo a ser rechazados. La rabia que se queda dentro termina actuando como un tóxico que impide la relajación y hace que los individuos estén en alerta permanente. En muchas ocasiones, esta sensación de ansiedad genera conductas de evitación ante elementos que consideran peligrosos cuando en realidad son inocuos (conductas supersticiosas).

Desde un primer momento, la rabia (o sus sinónimos, impotencia o frustración) se convierte en una sensación somática de malestar (ansiedad) que, cada vez que se siente, se codifica como «vergüenza». Cuando empieza a haber lenguaje (3-4 años) y, por tanto, capacidad de reflexión sobre el estado interno (mentalización), pueden aparecer pensamientos para razonar cómo evitarla. Esta revisión constante es lo que lleva en la adolescencia y edad adulta a los pensamientos rumiativos (Ginot, 2015). El proceso de evaluar (con un sesgo negativo) de forma cognitiva lo ocurrido es lo que conocemos como «culpa» (ver figura 6.5).

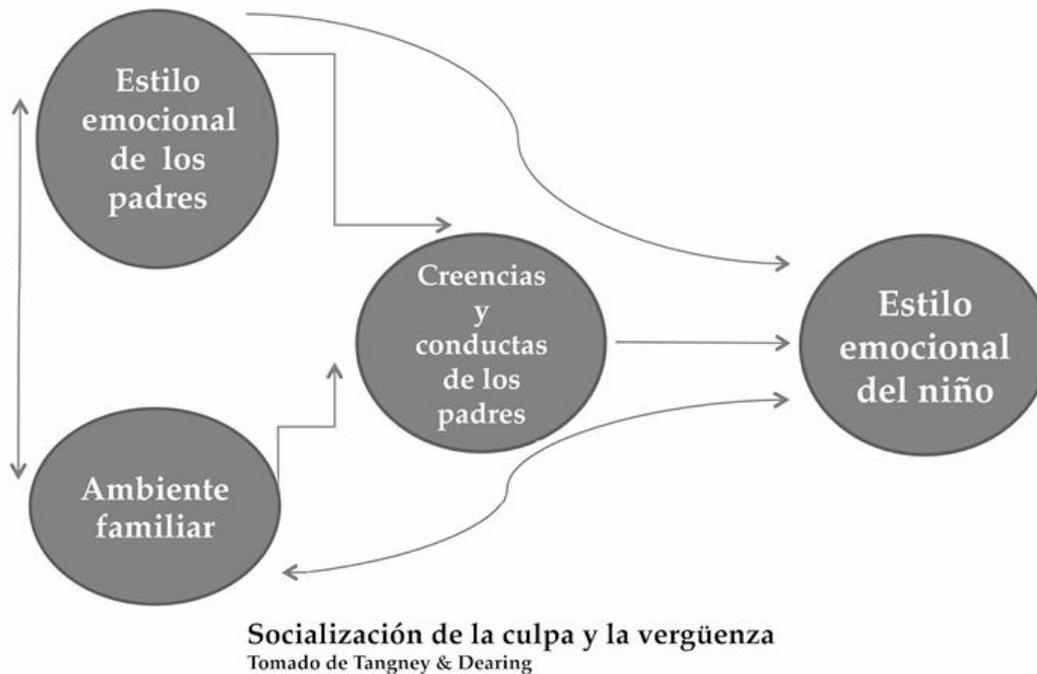


**Figura 6.5.** En esta figura se puede ver el modelo PARCUVE. La ruptura en las relaciones de apego (reales o imaginarias) provoca miedo y rabia en las personas. Si no se puede gestionar esta de forma adecuada, se genera una sensación de culpa y vergüenza que, si se produce a menudo, puede ser muy patológica.

Las emociones que son comunes a todos los mamíferos se denominan emociones primarias, pero los seres humanos sienten otras emociones más complejas llamadas emociones secundarias, que tienen un origen social (Aguado, 2005) y pueden ser fuente de mucho malestar. Las más importantes son la culpa y la vergüenza. Estas emociones se aprenden en la infancia en función del contexto familiar y de los estilos emocionales de los padres. Como se vio en el capítulo 3, existe una relación entre las conductas y emociones de los niños y las de los cuidadores: se retroalimentan mutuamente.

La mayoría de las veces, cuando se produce una desconexión emocional, inmediatamente después hay una corrección y la aparición de un equilibrio sano, lo que ayuda al niño a tolerar ciertos niveles de malestar y frustración (Schore, 2001). En casos en los que hay una pobre mentalización, se tienden a repetir los roles de forma rígida, lo que genera un círculo vicioso en el que los cuidadores y los niños se desregulan mutuamente. En todos los casos, la culpa y la vergüenza aparecen como alertas para conocer y anticipar las acciones de los cuidadores y poder así modificar el comportamiento para evitar sufrirlas en el futuro (lo que constituye un aprendizaje clásico). En la figura 6.6 se ve gráficamente cómo los estilos emocionales de los padres e hijos se influyen mutuamente.

Si estas sensaciones y emociones tóxicas se sienten con frecuencia, se vuelven innatas y espontáneas, y entran a formar parte de la memoria implícita procedimental. Se convierten en parte de la personalidad de los individuos. Hay estudios longitudinales que demuestran que las medidas de la sensación de culpa y vergüenza a los 4 años, son las mismas que a los 12 años y en la edad adulta (Tangney y Dearing, 2002).



**Figura 6.6.** La culpa y la vergüenza se generan en un ambiente familiar que compone un sistema de relaciones emocionales y conductuales de personas que se influyen mutuamente. Si la relación es sana se creará un círculo virtuoso de bienestar, pero si las personas conectan de forma patológica, el círculo vicioso conducirá a la patología.

## LA VERGÜENZA

En la Biblia encontramos el primer caso documentado por escrito de la vergüenza. Concretamente en el Génesis, cuando Adán y Eva, después de morder la manzana del árbol del conocimiento, son castigados a ganarse el pan con el sudor de su frente y sienten vergüenza al ver sus cuerpos desnudos. Al tener consciencia de sus carencias, deben abandonar el paraíso del inconsciente que compartían con el resto de los animales y pasan a ser plenamente humanos, son conscientes de su propio ser frente a los demás.

La vergüenza y la culpa son emociones secundarias universales en los seres humanos (Etxebarria, 2003). La vergüenza cumple una función social: regular nuestro comportamiento frente a los demás e inhibe emociones o comportamientos negativos. Las causas de la vergüenza difieren en función de variables personales, religiosas y culturales.

La vergüenza se experimenta en los primeros años de vida en relación con los cuidadores y es una activación del parasimpático que sirve para inhibir un comportamiento que se vive como erróneo (Schore, 1994; Nathanson, 1992). Al regañar

a sus hijos, la mayoría de las veces de forma controlada, los padres les generan una sensación de vergüenza y malestar con el fin de educarlos y evitar conductas peligrosas o inapropiadas. Estos recuerdos de inhibición y falta, si son recurrentes, se almacenan a largo plazo en forma de memoria somática.

En el apego seguro (Tipo B), estas rupturas momentáneas del vínculo de apego resultan sanas y permiten un aprendizaje y una autonomía del niño, que aprenderá paulatinamente a regularse por sí mismo en el ámbito social en ausencia de sus cuidadores.

En el apego evitativo (tipo A), el niño acomoda su comportamiento a lo que cree que sus padres esperan de él. Su comportamiento se basa en la inhibición de sus deseos. Al dar prioridad a las partes corticales, es capaz de evitar las sensaciones de malestar. A veces el precio a pagar son enfermedades somáticas, ansiedad o conductas compulsivas como adicciones o anorexia en la edad adulta, por la incapacidad para afrontar sensaciones que fue necesario disociar.

Los individuos con apego ansioso (Tipo C), como hemos visto, tienen dominancia de las áreas subcorticales, lo que les lleva a sentir en demasía. Basan su conducta en sus sensaciones y están permanente activados. Tienen a sufrir trastornos de pánico, obesidad o bulimia, ansiedad generalizada y depresión.

La sensación de vergüenza patológica va siempre relacionada con la creencia de «no valgo», es decir, soy defectuoso. Esta percepción distorsionada de la realidad se compensa con acciones que ayuden a reducir el malestar. Quiero resaltar el gradiente de dos tipos de personalidad muy comunes para reducir la sensación de malestar:

## **CUIDADOR**

Pertenece al tipo A. Puesto que el niño ha aprendido que no es válido, generalmente porque no se han atendido sus necesidades, puede esforzarse en demasía por valer; es decir, puede cuidar y preocuparse de los demás como forma de ser aceptado. «Ya que nadie te va a querer por lo que eres, puede que te quieran por lo que haces».

Estas conductas suelen estar muy potenciadas por los cuidadores (profesores, padres, hermanos, etc.) ya que suelen ser niños muy buenos que no resultan nada conflictivos. El problema es que cuanto más se esfuerzan por agradar a los demás, más difícil es que vean y sientan sus necesidades, que son incapaces de expresar.

La rabia y el malestar durante la infancia (y posteriormente en la adolescencia y edad adulta) quedan totalmente disociados, evitando el conflicto a toda costa por miedo a ser

rechazados. Suelen tener mucho miedo a la separación afectiva real o imaginaria.

En este tipo de personas, la vergüenza se manifiesta siempre en forma de disculpas, atenciones no pedidas, etc. Presentan frecuentemente somatizaciones y ansiedad, y buscan un médico o psicólogo que les ayude a atenuarla, sin ser conscientes de que son su comportamiento y sumisión constantes los que provocan el malestar.

Las principales características de las personas con un patrón de conducta cuidador son:

- Preocupación excesiva porque los demás estén bien, por supuesto por encima de su propio bienestar. Caen con mucha frecuencia en conductas ansiosas.
- Negligencia en el autocuidado.
- Sensación de culpa y vergüenza constantes. Nunca consideran que son suficientemente buenos o que han hecho todo lo que debían por los demás.
- Evitan el conflicto a toda costa, haciendo concesiones muy importantes con tal de que no haya problemas.
- Observan a los demás para poder evaluar cómo deben sentirse ellos, son los típicos pacientes que cuando entran en la consulta están más preocupados de cómo está el terapeuta que de cómo están ellos.

Lola es hija única, tiene 28 años y vive con su madre, que quedó viuda cuando ella era pequeña. Le hago ver que solo la forma de expresarlo es peculiar, no es que ella haya perdido a su padre, es que su madre se quedó viuda.

La demanda es que le ayude a explicarle a su madre que quiere irse de la casa y vivir sola. Cada vez que intenta explicarle que quiere independizarse, su madre le hace un montón de reproches y la chantajea para que no se vaya, del tipo «¿Dónde vas a estar mejor que aquí?», «¿Qué voy a hacer sola sin ti?» y el archiconocido «¿Así me pagas todo lo que he hecho por ti?».

Las situaciones de inversión de roles, negligencia en el cuidado por parte de los progenitores y abandono real o emocional, llevan al niño a vivir constantemente invirtiendo mucha energía en sostener el vínculo de apego, lo cual crea unas

características fisiológicas, conductuales y emocionales que hacen que desarrolle una alta ansiedad ante cualquier estímulo que le suponga una amenaza, sobre todo en cuanto a su vinculación emocional con los demás. Desde niños, aprenden a vivir analizando cómo se sienten los demás, gastando mucha energía en estrategias con el fin de sentir que no hay conflictos. Aprenden a vivir preocupados por los demás, lo que hace que sientan miedo a la hora de explorar el mundo, y que a la vez no puedan estar tranquilos cerca de los demás por miedo a ser rechazados.

## **NARCISISTA**

Al igual que en el caso anterior, el niño ha aprendido que nadie va a atender sus necesidades, pero al dar predominio a las áreas más corticales puede evaluar el mundo de una forma fría y poco emocional. Es como si pensara: «Ya que nadie va a cuidarme, solo yo podré cuidar de mí mismo». Estos individuos no sienten la vergüenza en la adolescencia y edad adulta, porque de pequeños fueron incapaces de tolerarla (Neborsky, 2001).

Igual que en la personalidad del cuidador compulsivo, aquí hay mucha rabia pero, a diferencia del caso anterior, se mostrará hacia fuera, tratando de que todos hagan lo que él quiere y vivan para él. La ansiedad no existe porque no gasta ni un segundo en observarla, pero cuando aparece la vive de una forma intolerable. Estos pacientes son muy reacios a acudir a consulta y cuando lo hacen es porque el malestar es intolerable o porque son obligados por algún familiar.

A menudo pueden maltratar a familiares y amigos como forma de lograr sus fines sin importarle las consecuencias (tendencia a la psicopatía). Harán cualquier cosa con tal de no sentir la sensación de no ser válidos.

Jacinto ha trabajado toda su vida como médico en la administración pública y está a punto de jubilarse. Acude a terapia porque tiene un dolor en el pecho muy fuerte que sus compañeros descartan que sea orgánico. Está muy enfadado con ellos porque considera que no toman en serio su malestar; también está muy enfadado con el sistema andaluz de salud porque considera que ha trabajado mucho y no le recompensan dándole una jubilación que considera merecida. También está molesto con su mujer y su hija porque no le dan los cuidados que

necesita y se quejan de que él protesta mucho. Está enfadado con los políticos porque no ayudan a solucionar los problemas del país y no se habla con casi nadie de su familia por un problema con la herencia de su padre.

T: ¿Seguro que tiene usted razón en todo? Pero, ¿no ha contado con la posibilidad que quizás lo que tiene usted es ansiedad debido a que está en continua tensión?

C: Por eso vengo, porque todo el mundo me insiste que tengo que ir a un psicólogo, pero yo no le veo a esto ningún sentido.

Yo, como psicólogo, empiezo a sentir que también se está enfadando conmigo.

Las principales características de las personas con personalidad narcisista son:

- No empatizan. Aparentemente no necesitan a nadie.
- Fingen no tener ningún miedo al rechazo.
- Autocuidado patológico que no tiene en cuenta las necesidades de los demás.
- La sensación de culpa y vergüenza existe, pero muy profunda. Nunca están satisfechos y exigen cada vez más a los demás.
- No tienen aparentemente miedo al conflicto, pero evalúan bien si la otra persona puede ser un rival o actuará de forma sumisa. Suelen relacionarse con personas cuidadoras que atienden todas sus necesidades.

En la figura 6.7 se observa cómo se pueden dar rasgos de personalidad totalmente distintos para tolerar y evitar la sensación de poca valía, en relación con uno mismo y con los demás. Es otro ejemplo de cómo en psicología podemos llegar a situaciones opuestas partiendo del mismo síntoma.



**Figura 6.7.** Cuando la vergüenza (sensación de poca valía) se vuelve una sensación muy molesta, los niños desarrollan patrones de personalidad diferentes para poder tolerarla. En un extremo pueden evitar a toda costa el conflicto y en el otro puede serle completamente indiferente cómo se sientan los que le rodean.

En una forma sana se encontraría un equilibrio entre los dos extremos, lo que conocemos como alguien «egoísta»: un individuo que es capaz de cuidar de sí mismo y que, al mismo tiempo, tiene en cuenta las necesidades de los demás.

## LA CULPA

La culpa está muy relacionada con la vergüenza. Pero mientras que para esta última hace falta la mirada de otra persona (cuando somos adultos implica imaginar cómo nos ven los demás), para sentir culpa no hace falta el juicio de otras personas, es un proceso reflexivo relacionado con el lenguaje, con la forma en que nos hablamos. Hay estudios que indican que cuando existe culpa solo se activa el hemisferio derecho, mientras que cuando hay vergüenza se produce una activación del cuerpo calloso (órgano que comunica los dos hemisferios), lo que indicaría una relación entre lo emocional y lo verbal (Neborsky, 2001).

Mientras que la vergüenza es una emoción que tiende a inhibir al individuo, la culpa es una emoción que tiende a buscar la reparación del daño que se haya podido causar. Hay dos tipos de culpas principalmente:

**Culpa empática:** Es la que se activa cuando sentimos que hacemos daño a los demás y tiene un efecto positivo puesto que ayuda a restablecer y mantener las relaciones sociales.

**Culpa patológica:** Es la que se activa ante un acontecimiento en relación a cualquier

pensamiento, emoción o conducta. Se origina en la infancia como mecanismo de defensa y ayuda a una posición constante de sumisión y/u obediencia que logre evitar la agresividad de los cuidadores. Con el tiempo, se pueden acabar convirtiendo en pensamientos rumiativos que provocan mucho sufrimiento.

El origen de la culpa es posterior cronológicamente a la vergüenza y cumple también una función socializadora. En el caso de que haya rupturas frecuentes y/o amenazadoras en el vínculo de apego, las sensaciones de vergüenza y miedo van a causar mucho malestar, por lo que el niño revisará su comportamiento para saber cómo evitarlas la próxima vez. Si este proceso se repite con demasiada frecuencia, entonces se mantendrá codificada en la memoria implícita en forma de pensamientos constantes de culpa y autocondena (Ginot, 2015).

Para aliviar la sensación de culpa y tener sensación de control, el niño emplea estrategias que le permitan recuperar el vínculo con los cuidadores, pero a diferencia de la vergüenza –caso en el que las estrategias son somáticas–, en la culpa serán cognitivas. Como vimos en el capítulo 4, el vínculo de apego en la infancia debe mantenerse por encima de cualquier otra cuestión para evitar la activación del circuito del pánico/separación. Así, cada vez que se produzcan situaciones de malestar en relación a los cuidadores, se generarán pensamientos asociados de culpa y poca valía. En la pubertad, esta culpa puede mantenerse hacia uno mismo o pasar a estar enfocada hacia los demás, es decir, responsabilizar a los demás de los fracasos propios. En un continuo dimensional y en función de las circunstancias, encontramos dos estrategias opuestas:

#### **Perfeccionista**

Ser perfeccionista es muy positivo, si yo no lo fuera no podrían estar leyendo ahora este libro, pero como decía Nietzsche: «Todo lo que es absoluto en el ser humano pertenece al reino de la psicopatología». Los individuos con un perfeccionismo enfermizo tratan de hacerlo todo perfecto en la infancia como forma de agradar a los padres, profesores, etc. El pensamiento que subyace es: «Si soy perfecto se sentirán orgullosos de mí y no habrá más problemas y por fin me querrán». Las principales características son:

- Olvidan completamente sus necesidades con tal de satisfacer la de sus cuidadores (padres, hermanos, maestros).
- Suelen ser cuidadores de los demás, con tendencia a la parentificación.
- Muy responsables y con conductas muy reforzadas por parte de los demás en la

infancia y adolescencia, sin que nadie se preocupe de lo que de verdad necesitan.

- Muy baja autoestima, miedo patológico al fracaso y, por lo tanto, al rechazo de los demás.
- Tendencia a la procrastinación. No hacen las tareas por miedo a no hacerlas perfectas.
- Necesidad de tenerlo todo controlado. Sienten ansiedad si pierden ese control, por la sensación infantil de necesitar controlar sus impulsos y necesidades para agradar a los adultos.

Luisa estudia primero de Derecho. Viene a consulta porque tiene serios problemas de concentración. Cuando se pone a estudiar es incapaz de estar más de un minuto delante de los apuntes y en clase es incapaz de atender.

Cuando empiezo a hablar con ella, me doy cuenta de que se pasa el día procrastinando; es incapaz de hacer nada porque si no es perfecto, no le sirve. Y claro, la perfección es un espejo en el que todo el que se mira se ve deforme.

T: Dime Luisa, cuando empiezas a estudiar ¿cómo lo haces? ¿Usas manuales universitarios, tus apuntes, los de los compañeros?

C: Yo estoy muy obsesionada por sacar buenas notas porque mis padres están haciendo un gran esfuerzo por pagarme los estudios. Así que cuando llego a casa, lo primero que hago es ponerme a estudiar y empiezo a pasar apuntes a limpio. Pero, claro, me doy cuenta que no he hecho la cama, que no he barrido la habitación o que me falta algo para la comida. Lo hago para poder concentrarme del todo en los estudios, pero cuando me doy cuenta han pasado horas y estoy agotada, y entonces decido descansar un poco.

T: Me da la impresión que tienes muy buenas intenciones de estudiar pero siempre hay algo más importante que demanda tu atención.

C: Sí, es que me da miedo no tener todo en orden y perfecto y no

poder concentrarme en lo importante que son los estudios.

### Indolentes

La etimología de la palabra lo dice todo: son aquellos que no sienten dolor, remordimiento ni culpa. Deciden sabotear los esfuerzos de los cuidadores saboteándose a sí mismos. En algunos casos, este rasgo de la personalidad puede aparecer en adolescentes que de niños se esforzaron pero que al fracasar estas estrategias pasan al otro extremo. Su lema es «si no haga nada, no puedo equivocarme ni fracasar».

Es como si pensarán «he fracasado porque tú no me diste lo que yo merecía y, por lo tanto, voy a sabotear en tus esfuerzos por ayudarme». Normalmente tienen tendencias narcisistas y egosintónicas, no tienen interés en cambiar.

Tienen las siguientes características:

- Extremadamente dependientes de los demás, los usan para satisfacer sus necesidades (se rodean, si pueden, de personas cuidadoras).
- Enmascaran la ansiedad detrás de drogas u otros tipos de adicciones.
- Culpan a sus padres, familia o a la sociedad de sus fracasos.
- No intentan ninguna solución por miedo a fracasar. No hay autoestima.
- Se saben rechazados, pero eso alimenta su indolencia bajo una máscara de indiferencia.

Pablo es un chico de 21 años que la madre trae a consulta porque su hijo, al que quiere mucho y consiente mucho, está todo el día fumando porros y jugando a la PlayStation. Quiere que lo motive para que estudie o trabaje.

T: Hola, Pablo, ¿dime cómo puedo ayudarte?

C: Pues no tengo ni puta idea, yo no sé qué coño hago aquí. Porque yo no tengo ningún problema y además yo no creo en los psicólogos.

T: ¿Por qué has venido entonces?

C: Porque mi madre me obliga. Porque se empeña en que yo

estudie o trabaje y a mí no me van esas mierdas. Yo soy un anarquista, no creo en la sociedad ni en toda la mierda que nos quieren vender.

T: ¿Pero algo tendrás que hacer para comer, vivir?

C: Yo paso de toda esa mierda, yo soy un espíritu libre. Me mola el rap y a veces compongo canciones. Voy a hacerme un canal de YouTube y voy a subirlas ahí. Puedo ganar mucha pasta sin tener que aguantar a un jefe y todas esas mierdas.



**Figura 6.8.** Las personas que sienten mucha culpa en su infancia pueden tomar diferentes tipos de personalidad para sentir cubierta la sensación de control. En un extremo encontraríamos a las personas perfeccionistas y en el otro a los indolentes.

## TIPOS DE ATRIBUCIONES

Abramson et al. (1978) crearon un modelo de tres tipos de atribuciones causales:

- Atribuciones internas o externas
- Atribuciones generales o particulares
- Atribuciones estables o variables

Este modelo ayuda a saber cómo una persona entiende el mundo. Por ejemplo, si algo

le sale bien a una persona depresiva, tenderá a atribuir su éxito a algo externo («no he tenido nada que ver»), particular («esta vez he tenido suerte») y variable («ha ocurrido, pero seguramente no volverá a ocurrir»). Pero si fracasa, lo atribuirá a algo interno («soy un desastre»), general («nada me sale bien») y estable («siempre me va a pasar igual»).

La forma en que cada uno vive la culpa y la vergüenza va a depender mucho del tipo de atribuciones que se hagan. Según Tangney y Dearing (2002), la vergüenza se basa en atribuciones internas, generales y estables. La culpa se basa en atribuciones internas, particulares y variables.

Encontraremos las siguientes variables con respecto a la culpa:



**Figura 6.9.** Las atribuciones de los individuos van a ser las que rijan su forma de ver el mundo. Mientras más rígida sea la necesidad de control y defensa, mayor será el grado de patología.

## TIPOS DE ATRIBUCIONES



**Figura 6.10.** Las sensaciones de vergüenza son muy molestas y el niño tratará de evitarlas, ensayando conductas que le permitan sentir una sensación de control y de la reparación del vínculo de apego. En función de la forma de entender el mundo se dará un tipo de personalidad distinto.

Los individuos que se vuelven perfeccionistas para redimir la culpa tienen un pensamiento inconsciente del tipo «si soy perfecto, me querrán y aceptarán». Utilizan atribuciones internas («tengo que hacerlo mejor»), particulares («hay momentos que consigo que las cosas vayan bien») y variables («cuando lo haga bien todo será distinto»).

Los individuos que se vuelven indolentes para redimir la culpa usan un pensamiento del tipo «mejor no haga nada y así no podré equivocarme». Las atribuciones son externas («nadie va a ayudarme» o «los demás tienen la culpa de mi fracaso»), estables «no va a cambiar nada haga lo que haga») y generales «no hay excepciones»).

Respecto a la sensación de vergüenza (recordemos que es somática) en el individuo pueden darse dos extremos:

- Los individuos que se vuelven cuidadores para soterrar la vergüenza hacen atribuciones internas («soy defectuoso»), variables («si me esfuerzo me aceptarán») y particulares («debo cuidar a los demás más que a mí mismo»).
- Los individuos que se vuelven narcisistas para no sentir la vergüenza hacen atribuciones externas («la gente está equivocada y solo yo tengo razón»), estables («las cosas no pueden ser de otra manera») y generales («todo el mundo se equivoca»).

Las creencias sobre uno mismo y la capacidad de ser congruentes también afectan a las conductas. Las personas que se sienten flexibles son capaces de enfrentarse a sus fracasos, mientras que aquellos que se sienten rígidos sienten mucho afecto negativo ante cualquier problema y se consideran incapaces de modificar sus conductas (Dweck y Leggett, 1988).

Tangney y Dearing (2002) también han encontrado que la congruencia afecta mucho a la culpa y la vergüenza. En un extremo estarían las personas muy congruentes («eres lo que haces») y en el otro las incongruentes («digo cosas que después no soy capaz de cumplir»). En cambio, la flexibilidad está relacionada con la posibilidad de cambiar las estrategias de afrontamiento en función de las circunstancias. Cuanto mayor haya sido la amenaza, más necesidad de control habrá habido y, consecuentemente, más rigidez en las conductas, pensamientos y emociones.

El miedo, la rabia, la culpa y la vergüenza son las emociones negativas básicas que vamos a encontrar en los pacientes que acuden a nuestra consulta. La regulación fallida de estas emociones provoca las patologías psicológicas. Como veremos en los próximos capítulos, terapeuta y paciente han de desandar juntos el camino recorrido por este para ayudarlo a enfrentarse a sus miedos, a aprender a manejar la rabia de una forma adaptativa y a vivir con una sensación de paz interior que no deje espacio para la culpa y la vergüenza.

## **CONCLUSIONES**

Para que la persona que confía en nosotros pueda sanar, va a necesitar al terapeuta como esa figura de apego que no tuvo cuando era necesaria. En algunos casos, el encuentro será breve y harán falta pocas sesiones, pero a veces será necesario mucho tiempo para sanar las heridas emocionales. En todos los casos, si la persona no se siente segura, no habrá terapia. No podemos olvidar que fue la falta de seguridad la que provocó el trauma, la herida emocional que la mente no pudo sanar por sí sola y fueron los mecanismos de regulación creados para poder tener una sensación de control los que con el tiempo han provocado la patología. Es el terapeuta el que con su presencia física y emocional va a crear el ambiente de seguridad en el que la ira, la culpa y la vergüenza podrán ser tratadas sin miedo, con seguridad. Como decían los personajes de Barrio Sésamo en los programas que veía en mi infancia: «Solo no puedes pero con amigos sí».

El modelo PARCUVE explica cómo el apego influye en los trastornos de ansiedad y pánico a lo largo de la vida. Explica cómo la ruptura en los vínculos de apego con los cuidadores activa el circuito del pánico. En los seres humanos, este se puede activar bien

por una pérdida real (muerte, hospitalización) o imaginaria (depresión de la madre).

Este circuito está construido sobre otro filogenéticamente más primitivo que es el del miedo y el dolor, el cual provoca las sensaciones de ansiedad y malestar en el cuerpo. Parejo a este, se activa el circuito de la rabia, que en los seres humanos puede tomar la forma de sensación de frustración o impotencia.

Todo lo anterior es compartido por todos los mamíferos, pero en los seres humanos se dan además dos emociones que tienen un origen social y que no compartimos con ninguna especie, estas emociones secundarias son la culpa y la vergüenza.

La culpa aparece con el lenguaje a los 4-5 años con la misión de ayudar a reflexionar y rectificar errores. La vergüenza es anterior al lenguaje y es una emoción somática. Según muchos autores, tiene la función de frenar la exploración y enseñar a los niños a poner límites. Ambas emociones, que son necesarias para que el ser humano se desenvuelva socialmente, pueden resultar patológicas y generar mucho sufrimiento en las personas.

Los individuos crean estrategias desde niños para evitar las sensaciones de malestar asociadas a la culpa y la vergüenza: volverse perfeccionistas o indolentes para evitar la culpa, y volverse cuidadores o narcisistas para no sentir la vergüenza.

Segunda parte:  
Tratamiento

# Elementos transversales de la terapia

## 7

*Toda emoción negativa solo puede cambiarse con la emoción contraria de la que la creó...*

*Spinoza*

La psicología es el reino de la subjetividad, no hay dos personas que sean iguales. Cada uno tiene sus experiencias, sus anhelos, sus miedos y sus frustraciones. Conocer a cada persona en su individualidad permite que la terapia sea personal y multiplica las posibilidades de ayuda. Sin embargo, hay varios elementos que van a ser transversales durante toda la terapia, es decir que vamos a tener que tenerlos en cuenta desde la primera consulta hasta la última. Son factores que son independientes del tipo de modelo terapéutico que apliquemos y son universales en todos los tipos de pacientes.

Esto no significa que vayan a ser estables o rígidos sino que irán cambiando a lo largo de las sesiones que tengamos, pero será algo que debemos tener siempre en cuenta a la hora de enfocar el tratamiento y ser muy flexibles para poder modificar el rumbo de nuestro trabajo cuando detectemos que se produzcan cambios. Pueden y deben cambiar a lo largo del tratamiento y vamos a necesitar que tanto el terapeuta como el paciente sean conscientes de ello.

Hay tres elementos transversales que considero fundamentales a lo largo de todo el tratamiento:

1. El primero sería la «demanda», que es lo que el paciente va a reclamarnos para trabajar en la terapia. Como veremos puede ser insomnio, problemas de pareja, fobia social ataques de pánico, obsesiones, etc.
2. Hay varias emociones que como hemos visto en capítulos anteriores constituyen el origen de la mayoría de los trastornos y que por lo tanto vamos a tener en cuenta todo el tiempo. Estas son el miedo, la culpa, la vergüenza y la rabia asociada a estas. Son las emociones que han llevado a una sobrecarga del sistema de alerta del cerebro del paciente y provocan los síntomas de ansiedad y mecanismos de control y regulación emocional para poder manejar a esta.

3. El tercer elemento es la «alianza terapéutica», esta sería la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta. Si, como hemos visto, una parte importante del origen de la patología fue la relación de apego del paciente con sus cuidadores durante su infancia, los terapeutas tenemos que enseñarles a vincularse de una forma distinta, más sana. Tenemos que crear un vínculo que corrija y cree una base segura a la hora de establecer nuestra relación con ellos para que estos puedan tomarla como ejemplo en su vida diaria.

## **LA DEMANDA**

La demanda es lo que el paciente pide trabajar en la terapia. Es fundamental pactar una demanda clara, porque si no sabemos a dónde vamos podemos acabar en la mitad de ninguna parte. En muchas ocasiones los pacientes vendrán con una solicitud de ayuda clara, como no tener ansiedad o dejar ciertos hábitos o no observarse tanto. En otros casos simplemente vendrán en busca de ayuda y tendrá que ser el terapeuta quien los guíe para poder decidir cuál va a ser el objetivo de la terapia.

Cuando la demanda no esté suficientemente clara hay que dedicar algunos minutos a redefinirla y que sea operativa tanto para el terapeuta como para el paciente. Nuestros clientes no son ni deben ser profesionales de la psicología y muchas veces no sabrán cómo explicar su problema y otras tendrán demandas irrealizables por mágicas o imposibles.

A veces se puede negociar con el paciente una demanda que se basa en los síntomas, como por ejemplo disminuir la ansiedad o quitar un insomnio o que desaparezca un dolor. El terapeuta debe tener claro en todo momento que lo importante es trabajar con la causa que provocó el síntoma y no solo con este; si no se soluciona el problema de raíz este aparecerá de un modo u otro creando nuevos síntomas. Esto es muy frecuente por ejemplo en el caso de las adicciones cuando una persona deja de fumar o de beber y calma la ansiedad tomando cosas dulces o una persona que tiene ataques de pánico y al mejorar estos puede caer en una profunda depresión.

Luis es un paciente de 30 años, viene a consulta por un problema de fobia social e insomnio que se ha visto muy agravado recientemente al enviarle a otra ciudad de destino, teniendo que abandonar Málaga donde vive su pareja y su familia.

Tiene mucha ansiedad cuando está en situaciones en las que se siente observado o que cree que pueden juzgarlo. Como ejemplos pone cuando hace algún curso y tiene miedo de que le pregunten algo o cuando va a comer con sus suegros tiene miedo de expresar su opinión y hacer el ridículo. A veces también tiene miedo de sudar o ponerse colorado en público. En una ocasión llegó a sufrir un ataque de ansiedad muy grave que se podría diagnosticar como ataque de pánico.

En la cuarta sesión ante mis preguntas sobre situaciones en las que hubiera habido una separación física o emocional con su madre (con la que tiene una relación muy ansiosa de rechazo-necesidad) me dijo que de pequeño había estado en el hospital ingresado en la UCI durante 15 días por una infección intestinal aguda, pero que no se acordaba de nada de lo que pasó porque tenía tres años y que si lo recordaba no sentía nada y solo tenía una imagen de una máquina.

En la siguiente sesión me comentó que había hablado con su abuela y que esta le había dicho que eso sí podría haberle afectado porque estaba en una burbuja de plástico (para evitar infecciones) y con respiradores. Los médicos prohibieron a la madre entrar a ver a su hijo porque cuando lo hacía se quitaba todos los aparatos y golpeaba el plástico con patadas y puñetazos. Tras diez días el médico le pidió que entrara porque si no le podía provocar un trastorno psicológico al niño.

Al comentarme todo esto empezó a sentir una ansiedad muy fuerte en el pecho pero no le venía ninguna imagen ni recuerdo. Le pedí que cerrara los ojos y le di tandas de *tapping* en las rodillas... En ese momento empezó a llorar y le vinieron recuerdos de miedo y soledad relacionadas con esa experiencia.

Le pedí que se imaginara que entraba él como adulto con su madre a ver a ese niño, y vio como el niño se abrazaba con la madre muy enfadado y poco a poco tras varios sets de *tapping* el niño se iba calmando hasta que lo abrazaba a él y se fundía con él (integración de las partes).

Posteriormente le vino la imagen de ir a su casa y no ver a su

hermano y aquí tuvo otra reacción. Recordó que él siempre había tenido una relación muy mala con su hermano mayor porque este actuaba como si fuera su padre, poniéndole normas y regañándole. Espontáneamente me dijo que ahora entendía que su hermano había tenido mucho miedo cuando le hospitalizaron porque según su madre el rendimiento escolar había disminuido mucho. Su hermano mayor tenía miedo de que le pasara algo y de forma inconsciente empezó a sobreprotegerlo para evitar que pudiera pasarle algo malo.

Cuando comprobé que no había ninguna sensación corporal negativa y terminamos la sesión me comentó que sentía una calma muy extraña, una paz que hacía mucho tiempo que no sentía.

No sé si esta situación en concreto con la sensación de abandono en el hospital y todo el miedo y la ira asociada al no poder estar con su madre y en una situación muy hostil para un niño, fue el causante de todos los síntomas de vergüenza y ansiedad que sufrió en la edad adulta pero sí creo que fueron un pilar importante de la patología. A raíz de esta sesión la ansiedad disminuyó notablemente.

Las principales demandas de tratamiento que vamos a tener son:

1. Demandas relacionadas con miedo a verse expuesto ante los demás:
  - a. Una demanda de miedo y/o vergüenza ante situaciones en las que hay que relacionarse con otras personas. Puede haber, entre otros casos, miedo a hablar en público o a tocar un instrumento y ser observado, subir a un escenario o exponer sus opiniones ante alguien que admire o que pueda rebatirle. Es decir todo lo relacionado con la vergüenza.
  - b. Un miedo irracional a ser observado o juzgado ante reacciones fisiológicas que el paciente no puede controlar. En mi consulta he tenido pacientes con miedo a sudar, a ponerse rojos, a que le suenen las tripas en público, miedo a irse de vientre en la calle... Estos miedos que el paciente reconoce como irracionales e incontrolables pueden no estar relacionados con un evento en concreto y llevan a

conductas de evitación que impiden hacer una vida normal.

c. Miedo a exponerse de forma íntima ante otras personas porque piensan que tienen problemas sexuales (impotencia o eyaculación precoz, anorgasmia) o tienen una parte de su cuerpo que les hace sentirse acomplexados y que creen que puede ser motivo de ridículo en la intimidad.

## 2. Demandas relacionadas con miedo a perder el control.

Una vez más en la mayoría de los casos no hay una situación concreta relacionada directamente con el miedo que pueda hacer pensar en una fobia. El miedo es irracional y excesivo y el paciente tiene miedo a que le inunde una ansiedad excesiva que no pueda manejar. El caso más frecuente son los pacientes que tienen miedo a los aviones pero nunca han tenido ningún problema relacionado con problemas con el vuelo o personas que tienen miedo a coger el coche en una autovía, o a los ascensores.

Los pacientes muestran su extrañeza y enfado (consigo mismos) porque era una actividad que podían hacer de forma normal y que ahora solo el pensarla les provoca una ansiedad enorme. El primer ataque suele estar relacionado con algo traumático que estaba ocurriendo en su vida en ese momento pero los pacientes sin la ayuda del terapeuta no son capaces de relacionarlo.

## 3. Demandas relacionadas con alguna función orgánica. Suelen estar relacionadas con el sexo, la comida o el sueño.

a. Insomnio. Detrás del insomnio se esconde muchas veces una necesidad de estar en alerta que impide conciliar el sueño. Es importante preguntar al paciente si tiene ansiedad; en el caso de que responda afirmativamente debemos trabajar la ansiedad y posteriormente el insomnio. Si no hay una causa clara que la produzca (por ej. una crisis de pareja, problemas en el trabajo etc.) podemos sospechar que esta y el insomnio consiguiente son el síntoma de conflictos no resueltos en la psique del paciente.

b. Problemas con la comida. Esta en muchos casos actúa como regulador emocional. Puede haber trastornos de atracones, anorexia o bulimia que son mecanismos de regulación para tratar de controlar la ansiedad.

## 4. Demandas relacionadas con un trastorno (ansiedad, TOC, insomnio, adicciones, fobias) que sí pueden ser explicados por un acontecimiento traumático concreto. Por ejemplo el TEPT (trastorno de estrés postraumático).

## 5. Demandas de ansiedad sin motivo aparente. Puede ser por un motivo concreto o un malestar del que se desconoce el origen y no sabe decir ningún acontecimiento que haya podido provocarla. En estos casos debemos encontrar rasgos de

personalidad que puedan estar provocando este malestar.

6. Demandas de trastornos psicosomáticos: Suelen ser trastornos orgánicos para los que no se encuentra ningún motivo de tipo orgánico. La demanda suele ser obtener una mejoría o la remisión de un trastorno conversivo, dolores abdominales, etc.

7. Demandas relacionadas con hábitos o adicciones que resultan nocivos, aquí podemos incluir todo lo relacionado con las dependencias a personas, a actividades patológicas o a sustancias. En estos casos es fundamental que exista una alta motivación por parte del paciente, si no será muy difícil tener éxito con la terapia. (Rollnick, 1999).

Hay que ser extremadamente cauteloso con el manejo de la demanda pues la mayoría de las veces el paciente no ha creado ninguna relación entre su ansiedad y sus relaciones de apego en su infancia. Es fundamental crear desde la primera entrevista una fuerte alianza terapéutica para poder ir abordando poco a poco elementos del pasado que el paciente no relaciona con los miedos del presente.

La demanda no va a ser casi nunca nada relacionado con la vergüenza o la culpa. Generalmente la demanda va a estar relacionada con síntomas de malestar. Los terapeutas debemos aceptar esas demandas en un principio pactándolas con los clientes para encontrar el motivo de la ansiedad. Eliminando el factor que provoca el miedo la mayoría de los síntomas remitirán solos.

T: Ya me has comentado cómo comenzaron los ataques, cuándo te dio por primera vez y toda la angustia que te provocan. ¿Cuál crees que es el origen de esos ataques? (o de ese miedo irracional).

P: La verdad es que no lo sé, me dan de repente, me pongo a sudar no puedo respirar, empiezo a ver que me va a dar y me pongo muy nervioso...

T: Sí, entiendo perfectamente que son muy desagradables pero no te pregunto eso... hablaremos de todo eso con detalle más adelante. Lo que me gustaría es que me comentaras dónde crees tú que está el origen. Si ha habido algún momento en tu pasado que hayas vivido alguna situación concreta que pueda explicar estos síntomas.

P: La verdad es que no. He tenido una vida muy normal con una

infancia muy feliz.

T: OK. parece que salen de la nada ¿no? Pero la ansiedad es una alerta de tu cerebro, es decir tu mente quizás está en alerta por cosas que tú ni siquiera sospechas. ¿Podría ser?

P: Bueno ahora que me lo comenta yo siempre he sido una persona muy vergonzosa, reconozco que siempre me he preocupado mucho por lo que pensaban los demás, pero nunca ha sido algo muy grave ni creo que tenga relación con esto.

T: Claro. Pero quizás haya cosas que ocurrieron en tu pasado que en aquel momento no le diste importancia y ahora te pasan factura, no te parece que podríamos explorar cosas que ocurrieron en tu pasado que quizás influyan en lo que está pasando ahora. Porque si tratamos solo la ansiedad nos estaremos centrando en el síntoma y no habremos entrado en la causa con el riesgo de recaídas. Es como si tengo fiebre y me tomo una aspirina; si tengo una gripe me encontraré mejor y en unos días como nuevo pero si es una infección la aspirina no hará nada.

P: La verdad es que tiene mucho sentido y me gustaría quitarme todo esto de encima para siempre.

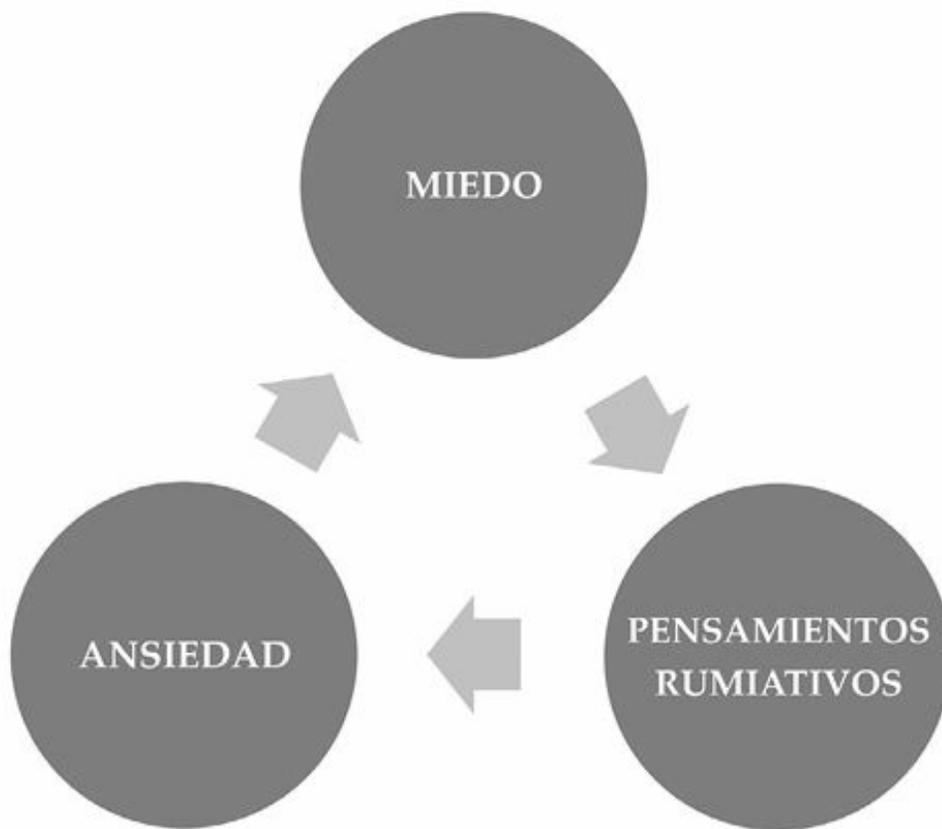
T: Ok. Entonces ¿estamos de acuerdo en trabajar con los orígenes del problema? ¿Por qué no me cuentas un poco de cómo fue tu infancia, cuál era para ti la persona más especial cuando eras pequeño, con la que te encontrabas más a gusto?

En el caso clínico expliqué cómo un paciente concertó una cita por teléfono para que le ayudara con un miedo irracional a hablar en público e insomnio, cuando realicé la conceptualización del caso encontré un trauma preverbal que indicaba una fuerte sensación de miedo a los demás, vergüenza a mostrarse en público.

Los síntomas y situaciones temidas pueden ser bastante más de las que he descrito. Cada terapeuta tendrá algún caso que sea incapaz de adscribir en un diagnóstico que encaje del todo. Para nosotros lo más importante es estar atentos cuando conceptualicemos el caso. Diferenciar bien si hay un evento original que pueda explicar los síntomas (que nos haría pensar en una fobia o un trastorno de estrés postraumático) o

si se trata de algo más difuso y sin un origen claro. Si este es el caso, debemos pensar en un sistema de alerta que está sobreactivado y que lleva a buscar situaciones o factores exteriores que de forma supersticiosa puedan explicar el origen de la ansiedad y/o a mecanismos de regulación que son patológicos. En cualquier caso a un sufrimiento importante.

La sensación de no tener el control, sentirse culpable, no verse capaz de manejar los problemas o la vergüenza. Harán que el paciente pueda entrar en un círculo vicioso de malestar, miedo a sus sensaciones y pensamientos rumiativos de culpa y miedo que perpetúen el trastorno.



**Figura 7.1.** La ansiedad, el miedo y las obsesiones pueden constituir un círculo vicioso que se retroalimenta mutuamente, provocando cada vez más sufrimiento.

Debemos ver más allá de la demanda del paciente que vendrá pidiendo que le ayudemos con su miedo a irse de vientre, a coger un avión o a ponerse rojo en público. Hay que tener cuidado de ir a un ritmo que el paciente pueda tolerar y explicar muy bien

(ver el capítulo 11, de psicoeducación) cuál creemos que puede ser el origen del problema. Si entramos muy deprisa en las relaciones de apego el paciente puede sentirse no escuchado y abandonar la terapia. Hay que ser extremadamente respetuoso con la demanda creando una alianza terapéutica muy fuerte y poco a poco ir haciéndole ver que lo que se esconde detrás de su trastorno es muchas veces una vergüenza que adquirió desde muy pequeño, en relación con sus figuras de apego (Wallin, 2015).

En muchos pacientes encontraremos desconfianza, miedo a ser rechazados o no ser entendidos. Muchas veces nos darán la información muy poco a poco o de forma fragmentada por lo que es vital crear una relación de mutua confianza que permita crear una base segura desde la que empezar el trabajo terapéutico más allá del síntoma. Esta alianza entre el terapeuta y el paciente permitirá corregir muchas de las situaciones vividas en la infancia en relación con sus cuidadores permitiendo aprendizajes nuevos mucho más útiles y sanos.

## **EMOCIONES SUBYACENTES EN LA TERAPIA**

A lo largo de la terapia vamos a tratar de cambiar distintos factores como las creencias, pensamientos o estrategias de afrontamiento que el paciente desarrolla en su vida diaria y que resultan totalmente inadaptativas. La mayoría de las veces se trata de aspectos que fueron útiles en el pasado y que a base de repetirse una y otra vez el paciente ya no sabe cómo modificarlos. En el tratamiento vamos a crear momentos en los que el paciente pueda tener experiencias correctoras que le ayuden primero a darse cuenta de sus soluciones intentadas ineficaces (Watzlawick, & Ceberio, 2002) que aprendió de niño para posteriormente poder cambiarlas. Se trataría de volver a vivir esas experiencias desde la perspectiva del paciente como adulto con el apoyo del terapeuta.

Son muchas las emociones que van a subyacer como base de la patología y que van a estar presentes durante todo el proceso terapéutico, en este libro vamos a destacar:

**A. El miedo.** Esta es la emoción que los pacientes mejor reconocen y sufren, La ansiedad que provoca el miedo es el objetivo final de la terapia. La extinción completa de la sensación de ansiedad es un indicador de que el problema se ha resuelto.

La sensación de alerta puede venir provocada por muchos motivos: Algo externo, una preocupación sobre el futuro. Pero también puede darse por una lucha en el interior del paciente, sensación de soledad, incomprensión o remordimientos. Es decir el miedo vendrá provocado por cualquier cosa real o imaginaria que provoque sensación de alerta en la mente del paciente lo que induce una sensación de ansiedad en el cuerpo (ver

capítulo 2).

**B. La ira:** Esta se puede denominar con múltiples sinónimos como son rabia, frustración o impotencia. Es una emoción innata fundamental para la supervivencia que compartimos con todos los vertebrados. Está provocada por una frustración en el deseo, por algo que deseamos y no hemos podido lograr. Se trataría de una forma de poder manifestar nuestra disconformidad de algo que ha ocurrido y que permita que posteriormente las cosas puedan ser de una forma diferente. Otras veces surgirá asociada a un miedo que hará que nos situemos en una situación de lucha-defensa que biológicamente provocará una activación del circuito cerebral de la ira.

Bolwby (1975) habla de estudios en los que se compara a niños separados de sus padres con un grupo control de niños que han permanecido en sus hogares, los primeros tenían una mayor tendencia a responder con agresividad. Se registró una frecuencia cuatro veces mayor de conductas hostiles en los juegos, incluso ocho atacaron a un muñeco que había sido identificado como símbolo del padre o la madre, en tanto que ninguno de los niños del grupo control atacó a los muñecos.

Siguiendo a este autor pionero en los estudios de la rabia y el apego, defiende que «... La respuesta que se propone es que siempre que la separación sea solo temporaria, como ocurre en la mayoría de los casos cumple dos funciones, primero ayuda a derribar las barreras que obstaculizan la posibilidad del reencuentro y segundo puede desalentar a la persona amada a que se marche... siempre que la pérdida sea permanente la ira no cumpliría función alguna, la razón por la que se da es porque en las fases tempranas del duelo la persona cree que en realidad esa pérdida pueda ser permanente... y que podrá recuperar al ser perdido y también reprocharle sus actos como si hubiera desaparecido por propia voluntad, la ira se desatará no solo hacia el ser que se ha perdido sino a cualquier otro que pueda haber desempeñado algún papel como causante de la pérdida...» (pág 271, Bolwby, 1983).

La ira tendría una función de recuperación de la figura de apego y evitar toda separación posterior (real o afectiva), por tanto la función no sería romper los lazos de apego sino hacerlos mucho más fuertes, es como si el niño quisiera decir “no olvides que estoy aquí” y sobre todo no vuelvas a hacerlo. Se trata no solo de una forma de reproche sino de evitar que pueda volver a producirse. Pero puede ocurrir como vemos frecuentemente en las relaciones de adultos que la ira sea excesiva y en vez de actuar como una forma de fortalecer el afecto provoca su desaparición e incluso la aparición de más rechazo con la consiguiente frustración.

Una ira que no ha podido expresarse, por ejemplo por desaparición definitiva de la figura de apego o que ha sido reprimida, será una emoción que no encontrará una salida y no habrá resultado eficaz. Se volverá hacia dentro tomando la forma de culpa y vergüenza como forma de no perder los vínculos afectivos con las figuras de apego (ver el capítulo 6, el modelo PARCUVE). Tengamos en cuenta que el niño hará cualquier cosa por estar vinculado emocionalmente a los cuidadores y es mucho mejor sentir “tengo la culpa” o “soy defectuoso” a romper ese vínculo (Knipe, 2015).

Los niños al sentir que no se tienen en cuenta sus necesidades y no poder expresar lo que necesitan, pueden tomar el rol de sumisos (aunque en esto puede haber diferencias en función del sexo, las niñas pueden tomar un rol más sumiso y los niños más agresivo), pueden ser muy buenos académica y socialmente, cuidan de que todo el mundo esté bien, etc. Son niños muchas veces aparentemente modélicos pero esta situación de frustración constante provocará en años posteriores ansiedad y una sensación de malestar que el paciente no puede dejar de achacarse a algo que es defectuoso en ellos.

Hay muchos motivos por los que los pacientes no van a poder expresar sus necesidades en la infancia, pero podemos destacar las más frecuentes:

- Desaparición definitiva por muerte o abandono definitivo de uno o los dos progenitores o abandono en el cuidado porque los padres estén todo el día trabajando y dejen el cuidado del niño a una institución o a un familiar sustituto como una hermana o una abuela.
- La madre o el padre, o ambos, se encuentran deprimidos o muy ocupados trabajando, cuidando de los hermanos o de algún familiar y los niños no quieren ser una carga más para sus padres. Esperan que con un comportamiento ejemplar los padres valoren su esfuerzo y estos se sientan mejor. El niño no quiere ser en ningún caso una carga para los padres.
- La madre o el padre, o ambos, reaccionan con indiferencia o desagrado ante cualquier cosa que el niño diga o haga que no les parezca conveniente. Por ejemplo la madre de una paciente podía estar dos días sin hablar con la hija cada vez que se enfadaba con ella. El niño siente que tiene que tener mucho cuidado de no hacer nada que pueda molestar a sus padres.
- La madre o el padre, o ambos, reaccionan con mucha agresividad o violencia ante cualquier cosa que les produzca malestar y el niño tendrá mucho miedo a esas reacciones violentas por lo que adoptará un rol sumiso en el que evitará el conflicto.
- Los progenitores serán muy exigentes en aspectos académicos, sociales o de

conducta haciendo sentir al niño que nada de lo que hace es suficiente, por lo que abandonará todas sus necesidades para satisfacer la de sus padres. No podrá expresar su frustración porque esto provocaría rechazo por parte de sus padres bien acusándole de displicente o de ingrato.

Hay conductas anómalas en uno o los dos progenitores que hacen que el niño sienta que tiene que tomar partido o guardar un secreto por miedo a que se rompa la unidad familiar. Esto puede ir desde un divorcio donde el niño se sienta obligado a elegir entre el padre o la madre o una infidelidad que no puede compartir por miedo a causar daño a la parte engañada. El niño sentirá que tiene que tener mucho cuidado con lo que dice o hace tomando un rol de responsabilidades muy por encima de las que se encuentra preparado. En muchos casos el padre o la madre tomarán a estos niños como confidentes o apoyos para que tomen partido contra el otro progenitor. La lucha interna entre el odio que se supone que deben sentir (o que sienten) y el amor que sienten, es excesiva para los recursos del niño provocándole mucha ansiedad y en casos extremos disociación.

Algunos pacientes van a sentir que la rabia es inaceptable o van a tener miedo de sus propias emociones que estarán asociadas al miedo a hacer daño a los demás y sufrir rechazo o ser abandonados. (Busch, 2012). En la terapia hay que explorar siempre si el paciente tiene miedo de perder el control y hacer daño a los demás. Estas fantasías que aterrorizan a los pacientes están relacionadas con la rabia que no ha podido ser expresada y suelen suponer mucho sufrimiento y culpa. Sentirán mucha vergüenza a la hora de confesarlas en la terapia.

La rabia o frustración que ha sido fuertemente reprimida va a tener que ser trabajada extensamente haciendo entender al paciente que el terapeuta no tiene ningún interés en criticar a los padres sino entender cómo se sentía el paciente en su infancia y adolescencia. Al principio encontraremos muchas veces cómo se resiste a opinar sobre sus relaciones con los demás por miedo a que creamos que está siendo malo o ingrato con las personas de su familia. Poco a poco, haciendo una escucha activa y explicándole una y otra vez que no hay nada de malo en opinar sobre las cosas que no le gustan ahora o en el pasado, este se irá permitiendo expresar toda la frustración y rabia que ha sentido durante toda su vida.

El trabajo con esta emoción debe ser muy cuidadoso; si vamos muy rápido el paciente se sentirá desbordado o que está traicionando a sus figuras de apego y rechazará la terapia porque sentirá que el terapeuta no está teniendo en cuenta sus necesidades y si vamos muy despacio sentirá que no lo entendemos.

A medida que la terapia vaya avanzando el paciente querrá desahogarse de lo que está sintiendo ahora y lo que ocurrió en su pasado. Debemos ir poco a poco reconduciendo esa rabia, haciéndole entender que debe hacerse responsable de sus conductas y cambiar sin esperar que los demás cambien.

**C: La culpa** es una emoción secundaria que hace que sintamos que hicimos cosas de forma incorrecta o que no hicimos algo que debíamos haber hecho. Según muchos autores (Schore, 2001; Siegel, 2010; Panksepp, 2004; Tronick 2007) en la infancia la prioridad del niño es mantener el vínculo del apego a toda costa con los progenitores. Como hemos visto, si se produce una ruptura en el apego, el niño sentirá enfado y rabia como forma de poder restaurar el vínculo pero si esta no puede ser expresada o es rechazada, el niño tendrá que sostener el vínculo cambiando las estrategias de regulación mediante conductas complacientes o disimulando su enfado e interiorizará sensación de culpa cada vez que se produzca esa ruptura en la relación con las figuras cuidadoras. Sensación que a base de repetirse será una constante en todas las relaciones posteriores en la adolescencia y edad adulta. Para Nathanson (1992) la culpa es una combinación de la vergüenza y el miedo, como recuerdos de situaciones en las que hizo cosas prohibidas o rompió las reglas.

Bolwby (1975) defiende que los niños que tienen un apego inseguro tendrán modelos internos que son incoherentes con sus cuidadores, las experiencias reales de interacción no coincidirán con lo que los padres dicen al niño (por ejemplo los padres gritan al niño y al momento le dicen que le quieren mucho). Este tratará de resolver esta disonancia viendo a sus padres como intrínsecamente buenos y se culpará a sí mismo del rechazo que sufre. Inconscientemente el niño experimentará una rabia que quedará disociada al no poder expresarla (ver capítulo 12, disociación).

Es decir la culpa será un mecanismo de regulación que creará el niño para poder seguir vinculado emocionalmente con los padres. Si además los padres acusan (es decir culpan) al niño de ser malo, nervioso, de alterar a los padres o lo comparan con otros hermanos, el niño se sentirá todavía más frustrado y puede interiorizar ese sentimiento de rechazo y de culpa hacia sí mismo de forma definitiva como un patrón de su personalidad.

A un nivel neurobiológico en edades tempranas el hemisferio derecho no se encuentra desarrollado, por lo que no podrá interpretar de forma correcta lo que está ocurriendo a nivel emocional y no podrá diferenciar entre lo que siente su madre y él. Esto es así porque el hemisferio derecho es especialmente sensible a los afectos negativos (Schore, 2001). Paradójicamente, estos elementos que resultan en la infancia fundamentales para

la conexión emocional con los cuidadores y el mantenimiento de la relación de apego generan una imagen distorsionada del self que provocará mucho sufrimiento en la adolescencia y la edad adulta.

Según Miller (2015) «muchas personas sufren toda su vida por este opresivo sentimiento de culpa, el sentimiento de no haber vivido a la altura de las expectativas de sus padres [...] ningún argumento puede superar estos sentimientos de culpa, pues estos tienen sus inicios en los períodos más tempranos de la vida, y es de este hecho del que derivan su intensidad» pág. 38.

Tendremos que trabajar intensamente con esta emoción durante el proceso terapéutico porque el paciente ha convivido con esta sensación de culpa toda su vida y probablemente preferirá vivir con ella antes que enfrentarse a una realidad que puede darle mucho miedo al sentir que está criticando a sus padres o la sensación de que estos no le querían. Es un elemento que tendremos que trabajar una y otra vez en terapia, permitiendo al paciente que se sienta entendido y acompañado por el terapeuta pero sin traicionar a sus padres hasta que el paciente pueda tener un criterio objetivo de la realidad.

En el caso de los pacientes con una personalidad narcisista la defensa que existirá será la contraria, es decir hacer culpable a todos sin aceptar ninguna responsabilidad de sus problemas. Es muy difícil que estos pacientes acudan a terapia, casi no encontraremos pacientes con este perfil ya que viven todo lo relacionado con sus problemas culpando a los demás. Son muy reacios a aceptar que puedan tener un problema.

#### **D. La vergüenza**

La culpa y la vergüenza sería la internalización de las voces y de las miradas de los otros respectivamente. En ambos casos se produce una ruptura con el bienestar y se provocan en el cuerpo sensaciones negativas que conocemos como ansiedad. (Fuchs, 2003)

La vergüenza es la primera emoción que aparece en el niño cuando percibe que no es aprobado por su madre, como vimos es preverbal y se siente y se sentirá siempre en el cuerpo. En algunas personas esta sensación será sentida en el cuerpo como una sensación de vacío. (Mosquera, 2009)

Esta emoción en su vertiente sana conduce a que podamos relacionarnos en sociedad poniendo límites a nuestras necesidades frente a los demás. Cuando somos niños nuestros padres nos ponen límites para hacernos saber todo aquello que pueda resultar peligroso o pueda perjudicar nuestras relaciones sociales. Pero si el niño no encuentra

reparación cuando está con miedo o debe estar alerta por miedo a romper el vínculo afectivo con sus padres empezará a internalizar la sensación de que es defectuoso y esta sensación le acompañará de por vida impidiendo que pueda relacionarse con normalidad, sintiendo vergüenza con casi todo el mundo.

Schore (2009) comenta que la imagen de la madre enfadada o ausente provoca en el niño un freno brusco de la activación y la aparición de un estado de inhibición. En la naturaleza esta hipoactivación puede ser muy positiva, por ejemplo, cuando hay algún peligro; pero en los humanos, de forma continuada, lleva a una sensación de rechazo que el niño arrastrará toda su vida.

En casos extremos este miedo a ser rechazado llevará a muchas de las patologías que describo en este libro. Cualquier ruptura continuada en la relación interpersonal durante la infancia provocará vergüenza y la sensación de poca valía que impedirá tener relaciones interpersonales sanas y normales en la vida adulta.

Para Nathanson (1992) a la hora de trabajar la vergüenza de nuestros clientes debemos investigar los siguientes elementos.

- Problemas de valía personal. Soy débil, incompetente, estúpido.
- Problemas de dependencia. Sensación de indefensión.
- Problemas de competencia. Soy un perdedor.
- Atractivo personal. Tengo algún defecto físico que provocará rechazo.
- Sexualidad. Hay algo defectuoso en mí relacionado con la sexualidad.
- Miedo a ver o ser visto o destacar: Puedo hacer el ridículo.
- Miedo a la intimidad. No merezco ser amado y por lo tanto evito las relaciones con los demás.

En todos los casos existirá una sensación en el paciente de ser poco válido o defectuoso (adquirida en la infancia). En situaciones que sientan vergüenza o rechazo habrá una fuerte ansiedad. Hará cualquier cosa por no volver a sentir el miedo a volver a ser rechazado. Para no volver a tener esas sensaciones tan desagradables podrá hacer conductas de evitación que le harán entrar de nuevo en un círculo vicioso de vergüenza y sensación de ser rechazado que a medida que pase el tiempo se verá cada vez más amplificado.

## CÍRCULO VICIOSO DEL MIEDO



**Figura 7.2.** La sensación de miedo a hacer el ridículo o fracasar provoca una intensa ansiedad que invade a todo el ser, esto es lo que conocemos como vergüenza. La persona se siente tan frustrada que tiene miedo de volver a sufrirla y se condena una y otra vez a sufrir la sensación de fracaso.

Lola es una paciente de 25 años, casada y con dos niños, que había tenido una infancia traumática por culpa de un padre que la maltrataba verbalmente. Tenía un miedo irracional de encontrarse a una antigua amiga (vive en un pueblo pequeño) con la que se había peleado. A raíz de esta pelea empezó a desarrollar un miedo enorme a irse de vientre y no poder encontrar un baño cerca. Cuando le comenté la posibilidad de ir a un aseo de algún bar me comentó que podrían estar sucios, y que además alguien se podría dar cuenta de su urgencia y le daría mucha vergüenza... Había dejado de quedar con amigas o salir a la calle y alejarse de su casa por si tenía que ir al baño y no le daba tiempo a volver...

Lo más patético de todo es que nunca había tenido ninguna experiencia de irse de vientre pero el miedo a que le pudiera ocurrir ocupaba todo su pensamiento y hacía que evitara hacer cualquier actividad social fuera de su casa.

Debo insistir que es muy importante no confundirnos por la demanda del paciente, debemos entender (y hacer saber a nuestro cliente) que detrás de muchos de los trastornos que encontramos en la consulta, como el miedo a ser rechazado o hacer el ridículo, se esconde una profunda vergüenza que habrá que trabajar intensamente a lo largo de toda la terapia.

### **ALIANZA TERAPÉUTICA**

Lo estudiado hasta ahora sobre el apego nos da una idea de que el origen del trastorno fue un déficit en las conexiones emocionales entre el niño y los cuidadores. Como vimos en el capítulo de la neurobiología del apego, las áreas del cerebro que se verían más afectadas serían el córtex orbitofrontal y la amígdala (Schore, 2003; Siegel, 2010). El cerebro mantiene su plasticidad durante toda nuestra vida, por tanto también se modifica y desarrolla después de la infancia. La terapia a través de la relación paciente-terapeuta podría lograr experiencias correctoras que modifiquen la forma en que procesan la información y ayudarles a autorregularse y sentirse mejor. (Siegel, 2010)

En nuestra consulta vamos a tener que establecer una relación de complicidad y confianza para poder lograr que nuestros pacientes tengan una nueva base segura para poder enfocar la vida de una manera distinta. Todo el proceso de la terapia tendrá como soporte la relación que se establezca en ese entorno que roza la magia, en el que dos seres humanos intentan conectar emocionalmente para poder corregir experiencias que no resultan adaptativas por otras que sí lo sean. Es ingenuo pensar que si cometemos los mismos errores que cometieron los cuidadores con nuestros pacientes cuando era un niño podremos lograr algún progreso y cambios. Tan importante o más que las técnicas y conocimientos que apliquemos será la relación que establezcamos para restituir las heridas en la autoestima que se produjeron durante los primeros años de vida.

Según Dworkin (2005) hay varios factores que determinan cómo nos relacionamos con los demás y que son importantísimos en la relación entre el paciente y el terapeuta:

**El reflejo de orientación:** Es la respuesta de atención que tenemos ante cualquier

estímulo, sea positivo o negativo. En nuestra consulta se produce con la primera impresión, en el primer encuentro. Posteriormente cuando notamos que hay algo que destaca en la comunicación verbal o corporal.

**La valoración:** Estaría relacionada con la amígdala y es la evaluación que hacemos cuando hay un nuevo estímulo para decidir si es anodino o resulta interesante. En la práctica clínica sería la valoración que hace el paciente de nosotros, cuando nos observa y valora si mostramos interés o nos aburrimos, si estamos concentrados o dispersos. En la consulta resultará vital mostrar el máximo interés porque, como hemos visto, este tipo de pacientes vendrán con valoraciones sobre sí mismos, de vergüenza, y que nadie está interesado en ellos, por lo que son extremadamente sensibles a cualquier muestra que ellos valoren como de rechazo.

Cada vez que haya alguna revelación que consideremos que al paciente le cuesta darnos, debemos reforzarla muy positivamente para animarle a que puede compartir con nosotros cualquier cosa sin temor a resultar aburridos o ser rechazados.

**Modelos mentales:** Son los esquemas que creamos para poder entender cómo funciona el mundo y que repetimos una y otra vez de forma inconsciente. En terapia nuestro trabajo será muchas veces cambiar estos modelos mentales a otros más adaptativos.

**Activación:** Es la reacción que se provoca en el cerebro del paciente tras la valoración de atracción o de rechazo. Respecto al terapeuta es lo que hará que el paciente se sienta cómodo en las sesiones y abierto a nuestras sugerencias y a mostrar intimidades, miedos. En el caso de que provoquemos rechazo crearemos situaciones de bloqueo que tendremos que trabajar intensamente para poder llevar la terapia a buen puerto.

**Estados mentales:** Se refiere al modo de actividad cerebral (los modelos internos de trabajo) que se producen en un momento determinado. La creación de estos estados de una forma positiva (de forma negativa es lo que hace el paciente en su vida diaria) en la consulta pueden provocar una regulación cognitiva y emocional que le ayuden a sentirse mucho mejor en su vida diaria. En muchos casos estos estados vendrán provocados por diferentes partes emocionales que toman el control en diferentes momentos de estrés.

**Resonancia:** Es la forma más profunda de vinculación emocional. Es cuando nos conectamos emocionalmente con el paciente, y este percibe que entendemos y comprendemos sus necesidades y preocupaciones. Es muy importante resaltar que en

muchos casos es importante no resonar excesivamente. El paciente no quiere a un terapeuta que no pueda soportar sus traumas o que llore con él en la terapia. Tenemos que resonar con nuestros pacientes pero no dejarnos afectar en exceso. Muy poca resonancia con el paciente puede ser tan negativa como demasiada.

**Co-regulación:** Es cuando permitimos que al resonar con el paciente tanto este como el terapeuta cambien sus estados emocionales. Es también el acuerdo de la demanda de la terapia, el acuerdo del precio de las citas o aclaración de malentendidos. Es una sincronización de objetivos. En los estadios de la infancia es el proceso vital del apego, el niño busca co-regularse con los cuidadores y el paciente buscará co-regularse con el terapeuta.

**Alineación:** Es cuando cambiamos para poder aproximarnos al estado del otro. A veces se puede hacer de forma interesada y otras puede ocurrir de forma natural. Por ejemplo, si vemos a un paciente que siente vergüenza podemos bajar la vista unos segundos para hacerle sentir más cómodo y después volver a mirarlo para que sienta que no tiene de qué avergonzarse.

**Flexibilidad de la respuesta:** La mayoría de las patologías se basan en patrones rígidos conductuales, emocionales o cognitivos que no pueden cambiar y nosotros debemos tratar de modificar esa rigidez haciendo que el paciente valore nuevas formas de enfocar el problema. En muchas ocasiones los terapeutas podemos sentirnos frustrados porque nuestras terapias no tienen efecto o nos irrita algo de nuestros pacientes y es importante que seamos flexibles en la forma de actuar.

Es importante resaltar que también forman parte de la relación terapéutica las obligaciones por parte del paciente, como son cumplimiento de las condiciones que se hayan pactado de pagos, horarios, puntualidad, anulación de citas, etc., el miedo a romper la alianza puede llevar al terapeuta a no explicar con claridad todos estos temas o a evitarlos en caso de incumplimiento lo que llevará a una frustración del terapeuta que perjudicará el tratamiento. Una vez más insisto que con el paciente debemos resultar empáticos pero también hay que saber poner límites en la relación terapéutica.

Resulta obvio que si lo que provocó el origen del trastorno fue la ruptura de la relación diádica del paciente cuando era niño con sus cuidadores, nosotros en nuestra práctica clínica vamos a tratar de fomentar una relación que sustituya a la anterior creando una base segura para poder expandirla a diferentes situaciones en su vida diaria. Según el psicoanálisis en esa relación diádica entre terapeuta y paciente se van a dar imágenes

especulares que serán un reflejo de vivencias anteriores de ambos. Me interesa resaltar varios conceptos como son la transferencia, la contratransferencia y el trauma vicario (Wallin, 2015).

**Transferencia:** Término heredado del psicoanálisis que significa *la función psíquica mediante la cual un sujeto transfiere inconscientemente y revive, en sus vínculos nuevos, sus antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos infantiles reprimidos...* (Tomado de Wikipedia).

Si, como hemos visto, ha sido la ruptura del vínculo de apego quien creó los cimientos de la falta de confianza y posterior ansiedad del paciente, en nuestra consulta debemos crear unos vínculos sanos que reemplacen esas experiencias tempranas por otras de aceptación y valía «... los terapeutas debemos mostrar una receptividad similar (a la de unos buenos padres) con los pacientes cuya experiencia interna interpersonal resulta tan amenazadora, sobre todo porque ellos tienen muy poca capacidad de comprensión compasiva consigo mismos, muy poca conciencia de su propia intencionalidad y muy escasa confianza de que sea posible gestionar su experiencia...» (pág. 67, Wallin, 2015).

Uno de los elementos más importantes a trabajar con los pacientes será la vergüenza, ya que estos sentirán un profundo miedo al rechazo por parte del terapeuta, igual que lo sintió en su pasado. Tendremos que trabajar socavando poco a poco las resistencias sin dejar que el paciente se sienta presionado ni que perciba que no nos interesa su problema ya que estos pacientes resultan extremadamente suspicaces en sus relaciones personales (ver el capítulo 15, defensas). Cada vez que se produzca alguna revelación que sintamos que ha sido importante para el paciente debemos reforzarla, agradeciendo el esfuerzo que ha debido suponerle y la confianza que han puesto en nosotros.

En mi práctica terapéutica me he encontrado multitud de situaciones que el paciente tenía miedo de comentarme por miedo al rechazo, miedo a asesinar a unos sobrinos, miedo a mirar a los genitales de otras personas, impotencia sexual o haber tenido relaciones sexuales con un hermano, haber sufrido abusos sexuales... En todos los casos reacciono de la misma manera agradeciendo la confianza que han mostrado hacia mí y tratando de normalizar lo que me han contado. Primero empatizando con lo doloroso que les ha debido resultar vivir con eso dentro y

explicando que no ha podido evitarlo, no tenía herramientas para manejar eso de otra manera.

Debemos ser conscientes de que los pacientes van a vernos como salvadores o magos, o como me dicen tantas veces “su última esperanza “ y debemos ser realistas explicándoles que nosotros solo vamos a ser compañeros en su camino, pero que la parte más importante la tendrán que hacer ellos.

Usando un símil náutico, si la alianza terapéutica es la brújula que va a ayudarnos a navegar a lo largo del proceso terapéutico, es una transferencia sana lo que nos marcará la dirección para llegar a buen puerto.

**Contratransferencia.** Si la transferencia es lo que los pacientes ponen inconscientemente en los terapeutas, este término se refiere a lo que ponemos nosotros en nuestra relación con los pacientes. Todos sentimos que hay pacientes que nos resultan más aplicados, otros que hacen que las sesiones se hagan eternas o que hagan que nos sintamos frustrados porque no avanzan o tienen en cuenta nuestras directrices terapéuticas.

Con los pacientes que tienen ataques de pánico, fobias sociales o miedos irracionales es muy fácil que el terapeuta se sienta muy frustrado por no entender de dónde provienen esos miedos o la incapacidad de los pacientes para poder enfrentarse a ellos.

Algo que también puede ocurrir es que el paciente confiese algo que le resulta muy doloroso contar y que el terapeuta no sea capaz de permanecer empático. Este tipo de pacientes son expertos en ver rechazo donde ni siquiera lo hay; si perciben en nosotros algo de vergüenza o rechazo hacia ellos, poder recomponer la alianza terapéutica va a suponer un esfuerzo enorme. Con esto no quiero decir que debemos permitir faltas de respeto, incumplimientos en las condiciones pactadas, etc. pero sí que hay que extremar las precauciones para ver las necesidades de los pacientes más allá de lo que ellos expresan.

Hay una cuestión que resulta muy personal dentro de la contratransferencia que son las auto-revelaciones del terapeuta respecto a situaciones en las que ha sentido miedo o vergüenza y cómo las vivió y resolvió. Si bien, estas pueden ayudar al paciente a normalizar sus emociones, en exceso puede resultar perjudicial por ver al terapeuta débil. Es esta una cuestión muy personal que estará marcada por la intuición y preferencias del terapeuta. Obviamente el tipo de apego del terapeuta resultará muy importante en la

relación terapéutica, uno más evitativo se mantendrá emocionalmente más alejado del paciente mientras que uno más ambivalente puede empatizar mucho más con las emociones y vergüenza que le trae a consulta, a veces incluso demasiado.

**Trauma vicario o fatiga por compasión:** Sería la traumatización que sufren los profesionales que trabajan en temas relacionados con la salud de otras personas, estar en contacto con personas que sufren o escuchar historias de dolor, puede afectar por una excesiva empatía al terapeuta haciéndole perder eficacia o simplemente contaminando su esfera privada.

Uno de los mayores miedos de cualquier terapeuta es perder a un paciente de forma drástica porque decida acabar con su vida. Yo tuve un paciente cuando comencé mi práctica clínica que apareció cubierto de sangre en una habitación de hotel donde intentó suicidarse. Pero, soy consciente, el suicidio de un paciente es algo a lo que todos los terapeutas estamos expuestos.

Los pacientes que acuden a nuestras consultas lo hacen con un profundo malestar y con mucha urgencia en resolver sus problemas y debemos tener cuidado para que no nos contagien con su ansiedad y su urgencia en solucionar el trastorno con excesiva rapidez (Leeds, 2012), como he comentado anteriormente el profesional de la salud debe ser empático pero no dejar que sea el paciente el que marque la agenda de la terapia.

Los pacientes pueden poner muchas expectativas (muchas veces mágicas) en el terapeuta y sentirse muy frustrados si la terapia no va al ritmo que esperaban o pueden tratar de cuidarlo y querer entrar en la vida privada del terapeuta.

En otros casos vamos a sentir mucha empatía por pacientes que han sufrido todo tipo de abusos a lo largo de su vida, no pueden trabajar debido a sus problemas y no pueden costearse el tratamiento o nos hacen sentir como las únicas personas que se han preocupado por ellos en toda su vida.

Los terapeutas que tienen tendencias cuidadoras pueden sobreimplicarse en la terapia, permitiendo llamadas telefónicas a cualquier hora, aceptando ir a casa del paciente o no cobrando las sesiones, el resultado será muy probablemente que el terapeuta esté cada vez más frustrado por la falta de avances y agotado respecto al paciente, lo que acabará

perjudicando a ambos.

Quizás lo más recomendable para el terapeuta sea chequearse periódicamente y si percibe que cuando piensa o está con el paciente siente ansiedad tendrá que evaluar qué le está ocurriendo y si es necesario buscar supervisión para volver a recolocarse en su lugar en la terapia.

## **CONCLUSIONES**

Independientemente del tipo de orientación terapéutica que usemos y del momento en el que se encuentre la terapia vamos a encontrar elementos que van a estar siempre presentes durante todo el tratamiento. El paciente viene a consulta con un sufrimiento que quiere que le ayudemos a eliminar. Es importante que le expliquemos desde un primer momento que esa ansiedad que sufre es un síntoma de algo más profundo que está ocurriendo en su mente y que para poder aliviarlo debemos trabajar con cosas que ocurrieron en su pasado y que le están afectando en su presente.

Muchas veces los pacientes pueden pensar en la psicología; es como el modelo médico en el que en muchos casos es un sujeto pasivo sobre el que el médico actúa interviniendo con tratamiento farmacológico u otro tipo de intervención, pero debemos explicar claramente que en psicología es fundamental la cooperación e intervención del paciente durante todo el proceso. Y que muchas veces va a existir un dolor a corto plazo para lograr una mejoría en el largo plazo. La demanda que trajo la primera vez a consulta va a ir cambiando a medida que avancemos en el tratamiento y una vez disminuida la intensidad de los síntomas y ganada la confianza del paciente podremos ir más a fondo hacia el origen de la enfermedad.

Nada de esto puede lograrse sin una buena relación terapéutica en la que el paciente pueda confiar plenamente en el terapeuta y este sea capaz de mantenerse constante y firme a lo largo de todo el proceso. Hay muchas emociones de miedo, vergüenza, culpa o rabia, que el paciente ha tenido y sufrido a lo largo de mucho tiempo y que van a tener que ser sorteadas y poco a poco trabajadas hacia otras más adaptativas para que el paciente pueda enfrentarse a sus miedos sin tanto sufrimiento.

Si las emociones que el paciente trae a consulta desbordan o no son manejadas eficazmente por el terapeuta puede producirse una retraumatización en el paciente, que una vez más sentirá que las personas en las que confía le han fallado. Por tanto debemos ser empáticos y profesionales con la demanda del paciente, pero no dejar que sus emociones negativas nos contagien y contaminen el trabajo terapéutico.

# Enfoques para el tratamiento de los trastornos emocionales

## 8

Según una leyenda griega Procusto era un ladrón que obligaba a sus víctimas a ponerse en una cama de hierro. Al que no llegaba a los extremos le estiraba hasta lograrlo y al que le sobraba cuerpo se lo cortaba. Uno de los problemas de la psicología es que los profesionales hemos actuado con nuestros clientes como Procusto con sus víctimas obligándolos a que sean ellos los que se adapten a nuestros enfoques terapéuticos y no al revés. Debemos tener la mayor cantidad de herramientas disponibles y saber usarlas de forma adecuada para poder lograr la sanación de nuestros pacientes.

Existen múltiples modelos para el tratamiento de los trastornos emocionales, el objetivo de este libro es crear un modelo integrador que sume elementos de diferentes enfoques para hacer el tratamiento mucho más eficaz. Así podemos complementar las carencias de unos enfoques con las ventajas de otros. Es obvio que un problema complejo va a necesitar soluciones complejas.

Voy a pasar a describir algunos enfoques teóricos de diferentes modelos terapéuticos y en posteriores capítulos describiremos cómo utilizarlos de forma integrada entre sí, en función de las diferentes necesidades que vayan surgiendo en el desarrollo de la terapia.

### **1. MODELOS BIOLÓGICOS**

Muchos investigadores achacan el origen de los trastornos emocionales y la ansiedad a disfunciones biológicas, lo cual es obviamente verdad. Nada puede ocurrir en nuestro cuerpo que no tenga un origen biológico. Es lo que en el primer capítulo describíamos como cerebro. Ese sería la parte química y la mente sería la valoración e interpretación

que hacemos de la realidad, ambas se influyen mutuamente.

Siempre tendremos que descartar trastornos orgánicos que puedan desencadenar el trastorno pero es indudable que detrás de la mayoría de estos se esconden múltiples factores psicológicos. Como hemos visto, la mente y el cerebro interactúan y se modifican mutuamente de forma constante.

Los principales factores biológicos que se encuentran detrás de la ansiedad son:

Estudios genéticos: Estos plantean que si son más frecuentes en una misma familia el origen podría ser genético, pero bien podría ser que la causa de esa frecuencia sean factores ambientales más que genéticos. Se han realizado estudios con gemelos monocigóticos o dicigóticos que han sido criados en familias diferentes para ver si existe mayor frecuencia de ataques de pánico que en la población normal pero los resultados han sido inconsistentes (Barlow, 1988).

Hipótesis de la hiperventilación: Se ha sugerido que algunas personas hiperventilan al respirar y que esto podría llegar a provocarles ansiedad y ataques de pánico, efectivamente, esta provoca alcalosis de la sangre, mareos, dolores de cabeza, y síntomas de desrealización. Las personas que sufren ataques de pánico hiperventilan, y uno de los ejercicios que tendremos que enseñar es manejar mejor la respiración. Pero creo que la hiperventilación viene por la sensación de miedo y activación del circuito del miedo que vimos en el capítulo dos. Algunos autores como Ley (1989) postulan que los pacientes sienten la asfixia y después sienten el pánico, lo cual no demuestra que el ataque no tenga un origen psicológico.

Desregulación del sistema noradrenérgico: Se sabe que cuando se activan las neuronas del *locus coeruleus* (ver cap. 2) se produce un exceso de noradrenalina que induce a la ansiedad y puede que a ataques de pánico. Si bien es necesario descartarlo como base de un trastorno orgánico, no justifica que pueda activarse por el pensamiento. También es importante descartar un hipertiroidismo que puede dar síntomas de ansiedad severa o un ataque de pánico.

Este modelo es muy reduccionista, pues plantea que el origen y la solución del trastorno son orgánicos, y en mi opinión es muy eficaz para poder tratar los síntomas, pero al no solucionar la causa puede crear dependencia a los fármacos o frecuentes recaídas. En muchos casos para poder realizar el trabajo terapéutico con los pacientes estos tendrán que medicarse como forma de estabilización hasta que la terapia haga efecto, por lo que es conveniente tener comunicación con el médico o psiquiatra del

paciente para coordinarse con el uso de la medicación.

## **2. TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES:**

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) son las más populares y frecuentes en el tratamiento de los ataques del pánico y la ansiedad (en la mayoría de los casos combinada con los tratamientos farmacológicos).

En palabras de Dattilio (2000) «... *la TCC tiene en cuenta los roles de predisposición de vulnerabilidad (biológicos y psicosociales) junto con otros factores precipitantes tanto internos (sensaciones corporales) como externos (ambientales)...*» pág 46.

Una de las principales corrientes en el tratamiento de la ansiedad se basa en la teoría cognitiva de Beck, según la cual las emociones no son resultado de la situación en sí, sino de cómo la evaluamos; es decir, de lo que pensamos acerca de ella. La ansiedad se asocia a pensamientos de peligro o amenaza percibida, sea esta real o no. Por tanto, si una persona supone, por ej., que está a punto de morir de un ataque al corazón, reaccionará experimentando el mismo terror que si ello fuese cierto.

Los autores de esta línea terapéutica defienden que la ansiedad es fruto de:

- La malinterpretación de sensaciones interoceptivas como señal de que va a ocurrir una catástrofe inminente (volverse loco, morir o perder el control).
- Señales exteroceptivas que se evalúan de forma errónea. Esta interpretación catastrofista hace que aumente la ansiedad, la cual a su vez incrementa las sensaciones interoceptivas temidas, ya que son sensaciones asociadas a la ansiedad. Así se desencadena un círculo vicioso que da lugar a más ansiedad.
- Ideas o creencias irracionales que distorsionan la realidad haciendo que esta se viva siempre con una sensación de peligro y alerta constante.

Las personas que sufren mucha ansiedad, la experimentan porque han desarrollado una tendencia estable, a malinterpretar las sensaciones corporales benignas como indicadores de una catástrofe mental o física inminente. Ej., las palpitaciones pueden ser interpretadas como evidencia de que está sufriendo un ataque al corazón.

Por tanto, la terapia consiste en una serie de estrategias dirigidas a que el paciente aprenda a evaluar correctamente dichas sensaciones y pensamientos, superando así tanto su tendencia a hacer interpretaciones catastrofistas como las alteraciones emocionales y conductuales que se derivan de ellas (Roca, 2005).

Barlow (1988), basa su trabajo en cuatro aspectos fundamentales, que serían cinco en

el caso de que existiera agorafobia:

**Observación y comprensión del trastorno:** Se trataría de realizar la reestructuración cognitiva, mediante la realización de auto registros, para poder demostrar a los pacientes que existe una mejoría. Esta fase es fundamental para poder pasar a la siguiente.

**Técnicas de control físico:** Serían el control de la respiración diafragmática y la relajación muscular. Su función no sería disminuir la ansiedad sino rebajar el nivel de activación.

**Reestructuración cognitiva:** Cambiar las cogniciones erróneas como el miedo a volverse loco o sufrir un infarto.

**Exposición interoceptiva:** Se trataría de buscar las sensaciones en lugar de evitarlas. Se empiezan provocando en un ambiente controlado (por ej, la consulta) posteriormente el paciente solo y finalmente en situaciones que le provoquen miedo. (Lacasa, 2005)

La exposición a situaciones o lugares temidos. Su objetivo es evitar las conductas de escape. La exposición debe ser sistemática y regular.

Sea cual sea la técnica que utilicemos para ayudar a nuestros pacientes estos van a tener que enfrentarse a las situaciones que temen. En mi opinión el método es demasiado simple y conlleva una tasa muy alta de recaídas y no permite al paciente conocer el origen de su enfermedad. Esta es la queja de la mayoría de los pacientes que acuden a mi consulta después de haber hecho TCC, en muchos casos estas técnicas por sí solas les han resultado ineficaces o insuficientes y no han podido llegar a saber el origen de sus problemas, lo cual agrava aún más su sensación de falta de control.

En el tratamiento que describo en este libro usaremos estas técnicas en la fase final del tratamiento cuando el paciente sea capaz de controlar sus pensamientos y esté preparado para enfrentarse a las situaciones temidas.

### **3. ENFOQUES PSICODINÁMICOS:**

Los enfoques psicodinámicos herederos del psicoanálisis dan una gran importancia al rol del inconsciente en la aparición y mantenimiento de diferentes patologías, por tanto según los autores de esta línea terapéutica, la ansiedad se debería a conflictos inconscientes en la mente del paciente.

Los autores de esta corriente psicológica defienden que los pacientes que sufren ansiedad tienden a somatizar sus emociones e impulsos, y por lo tanto durante el curso de la terapia habría que explorar los conflictos no resueltos en la mente del paciente, lo

cual permitiría no solo reducir los síntomas sino además ayudar a conocerse mejor y obtener personalidades más maduras (Daittilo, 2000).

(Milrod & col, 1997) plantean tres fases.

- En la primera se trataría de explorar las sensaciones y sentimientos asociadas a la ansiedad. Los conflictos psicodinámicos se basarían en temas de separación e independencia y reconocimiento de la ira y agresividad hacia otras personas o hacia el propio paciente. El principal objetivo en esta fase sería reducir los síntomas para poder seguir con las siguientes fases.
- En una segunda fase se trabajaría para conocer en profundidad las configuraciones mentales del paciente. El principal objetivo reducir la vulnerabilidad del paciente mediante la descripción de los guiones interpersonales con los que los pacientes se relacionan con los demás.
- En la tercera fase el objetivo sería que los pacientes superen sus dificultades con la separación y la independencia. La idea es permitir al paciente revivir conflictos internos con el terapeuta como forma de que pueda solucionarlos.

Algunos autores (Milrod, 1997, Gassner, 2004, Leeds 2012) defienden que la mayoría de los pacientes que sufren pánico o ansiedad fuerte sufrieron en su infancia situaciones de desamparo, (abusos que pudieron ser físicos, emocionales o sexuales). Una infancia traumática les dejó con una profunda sensación de desamparo y profundos conflictos de amor/odio frente a sus cuidadores. Lo cual les haría tener una profunda ambivalencia respecto la cercanía/separación con las figuras de apego.

Una de las terapias en mi opinión más interesantes que han surgido desde la psicología dinámica es la *Terapia de tiempo abreviado* (Solomon & col, 2001; Mccullough 1995; Fosha, 2000) que estudia los conflictos internos del paciente consigo mismo y de modo interpersonal, para poder eliminar la sensación de alerta y por ende la ansiedad.

Las técnicas psicodinámicas son muy útiles a la hora de poder ayudar al paciente a conocer el origen de sus problemas, saber por qué persisten o qué ganancias secundarias pueden tener al padecerlos. Adolecen de la limitación de no trabajar con las estrategias de afrontamiento o las sensaciones físicas, este tipo de terapia resulta fundamental para un abordaje profundo del trastorno pero debe ser complementado con otras técnicas terapéuticas.

## **5. TERAPIA ESTRATÉGICA**

Nardone (2004) creador de esta terapia, defiende que para solucionar un trastorno emocional no es necesario conocer el origen de este sino conocer su funcionamiento, por lo tanto no sería necesario conocer los antecedentes del paciente. Solo estudiar la dinámica de su ansiedad, puesto que el paciente tiene miedo no de lo que sucedió sino de lo que puede sucederle.

Según este autor, los pacientes se provocarían a sí mismos la ansiedad al dispararse el miedo ante sus propias sensaciones y al tratar de controlarlas. Esto les llevaría a perder definitivamente el control, desembocando en el temido malestar. En la línea de los tratamientos en este tipo de terapias se aumentaría el miedo como forma de anularlo o se pautarían conductas o pensamientos que por sobrexposición hagan que el miedo desaparezca.

Se utilizarían estratagemas terapéuticas que llevan al paciente sin su conocimiento, a experimentar de forma concreta la superación del miedo. Solo cuando los síntomas hayan desaparecido del todo la persona será conducida a la plena conciencia de sus recursos personales.

El tratamiento se realizaría en cuatro fases: (Nardone, 2004)

- Determinar el tipo específico de miedo patológico y al mismo tiempo introducir elementos que cambien la visión del paciente sobre el problema.
- Sugerir, conducir o prescribir directamente acciones o pensamientos que induzcan a las personas a realizar acciones de cambio.
- Llevar a la persona a incrementar sus experiencias de éxito en la gestión de las sensaciones y situaciones que le asustan.
- Clausura de la intervención y redefinición del resultado.

Las tareas consisten principalmente en hacerle ver al paciente en las contradicciones que cae al solucionar el problema; y al plantearle paradojas irresolubles le obligará a actuar y pensar de una forma diferente de como lo había hecho hasta antes del tratamiento.

Las estadísticas del autor son propias y no están reconocidas por otros autores por lo que se permite dudar del éxito de la terapia, pero sí es de gran ayuda para poder plantear tareas que ayuden al paciente a resolver parte de sus síntomas y le ayuden a conocer la dinámica de su trastorno.

## **6. TERAPIA SOMÁTICA**

Este tipo de terapias se basan en los hallazgos más recientes en neurobiología y de cómo el cuerpo siempre guarda memoria del trauma (Damasio, 2011. Levine, 2012, Ogden, 2009; Van der Kolk, 2014). Como vimos en el capítulo 2 nuestro cuerpo guarda memoria somática (Porges, 2009).

Según Shapiro (2010):

Hay muchos tipos de terapias somáticas. La mayoría comparten la idea que el trauma desregula el cuerpo, causando restricciones en las emociones y los movimientos.; los movimientos no realizados desde el momento del trauma deben ser experimentados y la focalización en las sensaciones y movimientos sanarán el trauma (pág 308).

Podemos acceder a un trauma bien desde el recuerdo de una imagen, un olor o de algo que nos han contado o de una sensación, por ej. en traumas preverbales no puede haber memoria narrativa. Por tanto desde una sensación corporal podemos ir sintiendo diferentes sensaciones que lleven a la resolución del trauma. (Ver capítulo 14).

Levine (2012) defiende que en todas las especies animales existe un mecanismo de descarga de la energía traumática almacenada, que consiste en agitarse repetidamente hasta la eliminación de cualquier vestigio de traumatización en el cuerpo. Este mecanismo no existiría en los seres humanos por lo que en terapia se trataría de volver a sentir las sensaciones y realizar las acciones que no se pudieron hacer durante el evento traumático.

La terapia, en mi opinión, no es eficaz por sí sola en el tratamiento de la ansiedad, pero es muy útil complementada con otro tipo de técnicas, es obvio que todos sentimos en nuestro cuerpo (no podemos sentir en ningún otro sitio), y que es fundamental explicar y ayudar a nuestros pacientes a conocer mucho mejor sus sensaciones y cómo poder reconocerlas para poder controlarlas y vivirlas sin miedo. Resulta muy útil en estadios tempranos de la terapia para poder generar un clima de confianza entre el paciente y el terapeuta, ayudando por ejemplo a manejar los síntomas en la consulta y generando sensación de control en el paciente.

## **7. TERAPIA FAMILIAR O SISTÉMICA**

Esta plantea que el individuo vive en un sistema con el que está obligado a relacionarse constantemente (o no relacionarse). (Schwartz, 1995) Los modelos familiares tratan de conocer los modos de interacción de la persona con su familia,

conocidos o compañeros de trabajo porque consideran que esta sería la base del trastorno. La ansiedad sería el malestar creado por un sistema familiar mal organizado (Minuchin & Fishman, 1984) porque las jerarquías estén mal organizadas, como por ejemplo que el padre no ocupe el papel que le corresponde.

Esto crearía sistemas familiares o sociales defectuosos en los que se dan relaciones patológicas que llevan a la sensación de malestar. Para resolverlos es necesario conocer y evaluar las relaciones entre la familia para detectar las anomalías existentes en las relaciones, como fallos en las jerarquías, conflictos, grupos dentro de la familia contra otros grupos, sobredependencia o sobreprotección de unos familiares a otros.

En mi opinión es una terapia completamente necesaria en cualquier enfoque que trabaje con trastornos emocionales, de hecho el apego no sería más que el principio de la formación de las redes familiares. Aunque como otros enfoques es incapaz por sí sola de resolver los trastornos emocionales. De hecho este enfoque no aborda las emociones como parte de su modelo terapéutico basándose casi siempre en las relaciones entre los miembros del sistema familiar o social.

## **8. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO**

Este enfoque es una evolución de las terapias cognitivas a partir de la utilización de técnicas de atención plena o mindfulness (Didonna, 2011). La terapia de aceptación y compromiso (TAC) defiende que la ansiedad viene provocada por una evaluación distorsionada de la realidad que lleva a sufrir por acontecimientos que no han ocurrido. El malestar puede venir causado tanto por elementos internos (sensaciones) como externos. Sería principalmente la valoración negativa que se hace de las cogniciones y las emociones lo que llevaría a sentir la ansiedad. (Hayes, & col, 2012). Para los autores de esta línea considerar los pensamientos y las sensaciones como un problema sería parte del problema.

Como su propio nombre indica el objetivo sería que el paciente pueda aprender a aceptar y dejar de luchar contra sus pensamientos, emociones y sensaciones y al hacerlo el organismo volverá a encontrar un equilibrio. Los principales puntos que defienden son:

- No juzgar. No hacer juicios de valor ni de los demás ni de sí mismos.
- Aceptar: Tratar de cambiar las cosas pero sin sufrimiento, aceptándolas.
- Vivir en el presente: No analizar lo que ya ocurrió ni preocuparse de lo que no ha ocurrido.

- No controlar: Tratar de tener el control y no “fluir” con las experiencias lleva al malestar y la ansiedad.
- No evitar: Evitar las sensaciones u objetos o experiencias es lo que conduce al malestar y la patología.
- No identificarse: No identificarse con los pensamientos y creencias. Vivir como si pertenecieran a otra persona.

Esta técnica no trabaja con eventos del pasado, solo cómo se interpretan los hechos en el presente. En mi opinión esta técnica resulta muy útil al principio de la terapia cuando se usa como psicoeducación o como forma de regulación emocional transitoria. En algunos casos cuando el origen de la ansiedad sea la “necesidad de control” resultará muy útil para ayudar a enseñar al paciente a no estar siempre en alerta. En los casos de trauma complejo solo es eficaz al final de la terapia cuando hayamos trabajado con las situaciones que provocaron el malestar en el pasado y una vez resueltas se podrá trabajar para enseñar a vivir los acontecimientos de una forma diferente.

## **9. EMDR**

«Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares o EMDR (acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing) es una técnica psicológica que describe el trauma como una información almacenada en el cerebro de manera disfuncional, a partir de una experiencia considerada traumática; al ser archivada de ese modo, no puede ser utilizada ni integrada a la experiencia cotidiana del sujeto, y por consiguiente se convierte en responsable de los síntomas del paciente» (Wikipedia, 2015). El modelo se basa en el Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) que consta de tres principios Mandfield & Shapiro (2004).

Existe un sistema de procesamiento de la información intrínseco que ha evolucionado para permitir a los humanos reorganizar sus respuestas ante acontecimientos perturbadores de la vida, partiendo de un estado disfuncional inicial de desequilibrio y llegando a un estado de resolución adaptativa.

Un acontecimiento traumático o un estrés persistente durante una fase de desarrollo vital puede interrumpir el proceso adaptativo de la información. Como resultado del impacto emocional la información relacionada se almacena en una forma de “estado específica”, en forma de memoria implícita.

Existiría un proceso de autocuración en el cerebro (idéntico al que puede ocurrir con la

piel u otros órganos) que no ha podido desarrollarse por el impacto del trauma (es como si una herida física se hubiera infectado), pero según Mandfield & Shapiro (2004) la combinación de las fases del procedimiento estándar del EMDR y la estimulación bilateral restaura el equilibrio del sistema del procedimiento adaptativo de la información (siguiendo con la metáfora es como si sanáramos y cicatrizáramos la herida).

El protocolo básico de EMDR se basa en ocho fases secuenciadas y estructuradas de forma rígida:

- Conceptualización del caso.
- Estabilización y evaluación de idoneidad para el tratamiento.
- Evaluación: Se pregunta por la imagen peor del recuerdo, qué piensa el paciente sobre sí mismo (creencia negativa), qué le gustaría pensar (creencia positiva), en qué parte del cuerpo lo siente, qué emociones siente y cómo es la intensidad del malestar y la valoración de la creencia positiva.
- Desensibilización: Se utilizan movimientos de ojos, *tapping* o sonidos bilaterales para activar el reprocesamiento de la información almacenada de forma traumática.
- Instalación: Se trata de lograr que el paciente sienta la CP como completamente verdadera y unir la CP con la sensación de bienestar en el cuerpo.
- Exploración corporal: Se evalúa si queda alguna sensación desagradable en el cuerpo y si es así se trabaja con esta hasta que desaparezca.
- Cierre: Se comprueba que la información ha sido reprocesada y que no existe ningún malestar ni emocional ni físico asociado al recuerdo.
- Seguimiento: Se trabaja para reevaluar el proceso y confirmar que no ha quedado ningún malestar asociado al recuerdo.

El protocolo básico del EMDR ha demostrado una extraordinaria eficacia en el TEPT pero en traumas más complejos se hace imprescindible utilizar técnicas complementarias para poder trabajar con las experiencias traumáticas (Mandfield & Shapiro, 2004). Vamos a encontrar muchas situaciones traumáticas que se pueden trabajar con el protocolo básico y otras que necesitarán intervenciones más complejas, algunos de los factores que pueden influir son:

- Edad con la que ocurrió por primera vez el trauma. Mientras menor sea la edad más complejo será el tratamiento.

- Qué personas estaban involucradas en el suceso traumático, mientras más próximas afectivamente sean, mayor será el impacto.
- Cuánto tiempo y cuántas veces ha ocurrido el suceso traumático, obviamente a mayor intensidad y/o duración mayor será la herida.
- ¿Cómo fue el evento traumático? No es lo mismo un abuso sexual en el que la persona se siente un objeto que un accidente de coche.
- Cómo era la relación con las figuras de apego en ese momento y cómo actuaron estas. ¿Estuvieron involucradas? ¿Protegieron a la víctima o la acusaron de haberlo provocado? ¿Negaron el problema o actuaron como apoyo?

En los trastornos emocionales vamos a encontrar a menudo situaciones traumáticas de abusos físicos, psicológicos o emocionales, situaciones en las que se ha tenido miedo de morir, sensaciones de no tener el control, miedo al rechazo etc. y también podemos encontrar comorbilidad con otro tipo de trastornos como TOC, trastornos alimenticios o trastornos de personalidad que van a hacer el trabajo terapéutico más complejo.

La pregunta que la mayoría de los terapeutas que utilizan el EMDR se hacen es ¿cuándo aplicar el protocolo básico y cuándo utilizar otras herramientas complementarias? Vamos a desarrollar todo este tema con detalle en los próximos capítulos. Pero si tuviera que dar una respuesta simple diría: Utilizamos el protocolo básico cuando se dan dos requisitos:

- Cuando la persona recuerda un evento concreto (o varios asociados a ese) como un antes y un después en su vida.
- Cuando una vez hecha la conceptualización del caso y creada la alianza terapéutica, el paciente es capaz de procesar el trauma estando dentro de su ventana de tolerancia (Ogden & Minton, 2009).

Vamos a encontrar muchas situaciones que debido al tipo de patología y/o a la existencia de trastornos disociativos va a ser imposible aplicar el protocolo básico y vamos a tener que utilizar herramientas más complejas antes de poder procesar los traumas.

En cualquier caso, usemos el protocolo básico o un abordaje terapéutico más complejo, el objetivo sigue siendo el mismo, potenciar el PAI para poder restaurar el equilibrio psicológico del paciente y que todos los recuerdos traumáticos queden integrados en redes neuronales que resulten adaptativas. Hay que resaltar que todo el

trabajo con los eventos traumáticos del pasado tienen como único objetivo que el paciente pueda vivir mejor en el presente y pueda imaginar el futuro con alegría y bienestar. No podemos cambiar el pasado pero podemos aceptarlo e integrarlo en nuestra mente para poder vivir mejor nuestro presente.

## **CONCLUSIONES**

Hay tantos tratamientos psicológicos enfocados al tratamiento de los AP y enfermedades asociadas como corrientes psicológicas. Este gran número de terapias potenciales no hacen sino sumar más confusión a los terapeutas y a los pacientes a la hora de elegir un tratamiento. En muchos casos cuando el tratamiento no mejora el trastorno del paciente lo achacamos a su resistencia o a que no hace las tareas encomendadas o que no sigue nuestras instrucciones. Yo prefiero pensar que somos los terapeutas los que tenemos que adaptarnos a las necesidades de los clientes y no al revés.

Necesitamos crear protocolos unificados que integren diferentes modelos terapéuticos que han demostrado su eficacia en el pasado. Yo tomo como modelo de referencia el EMDR porque en mi opinión permite integrar diferentes enfoques actuando como elemento aglutinador.

A la hora de aplicar el tratamiento es importante diferenciar qué tipo de trauma vamos a tratar para poder trabajar con un protocolo básico para desensibilizar recuerdos traumáticos aislados o deberemos utilizar protocolos modificados para poder trabajar con pacientes que van a requerir por su historial psicológico un tratamiento más adaptado a sus necesidades.

En todos los casos seremos los terapeutas los que debemos adaptarnos a los pacientes y no al revés, siguiendo los pasos necesarios en función de la tolerancia al proceso del tratamiento y su grado de disociación.

# Trabajo con el trauma. EMDR

## 9

EMDR fue inicialmente desarrollado como un tratamiento eficaz para el Trastorno de Estrés Pos-Traumático (TEPT), posteriormente y a lo largo de los años, dada su demostrada eficacia, se ha ampliado a multitud de patologías. Se usa la estimulación bilateral para desensibilizar los pensamientos perturbadores y el reprocesamiento de las situaciones traumáticas. El objetivo es conseguir su total desaparición así como la sintomatología disfuncional que las acompaña. Es una técnica científicamente demostrada como muy eficaz, rápida, potente y estable. Actualmente recomendada por las Guías de Práctica Clínica en países como EE.UU. Inglaterra, Irlanda e Israel así como por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como intervención imprescindible en tratamientos relacionados con TEPT.

Aunque en principio solo se utilizaba el protocolo básico en el tratamiento de las diferentes patologías, este fue añadiendo técnicas de otros enfoques terapéuticos. El protocolo básico es extremadamente eficaz en casos de trauma simple en los que la persona tenga un acontecimiento que, si bien ha pasado tiempo desde que ocurrió, sigue sintiendo un gran malestar cuando lo recuerdan. En todos nuestros pacientes encontraremos traumas del pasado que deberemos trabajar para poder ayudarles a que puedan vivir totalmente en el presente sin gastar energía en sufrir o reprimir cosas que ocurrieron en el pasado. Muchas veces esto será suficiente para ayudarlos pero en muchos traumas de tipo complejo necesitaremos protocolos modificados para poder ayudar al paciente.

Es muy importante resaltar que para poder utilizar EMDR en nuestras consultas debemos haber realizado al menos el Nivel I (aunque lo aconsejable es realizar también el nivel II) que imparte la asociación de EMDR España. Esta técnica aunque resulta muy eficaz, si no se utiliza de forma adecuada puede agravar la patología de nuestros pacientes por lo que vulneraríamos el código ético si la usamos sin la formación adecuada.

En que situaciones podremos usar EMDR:

- Reprocesamiento de ataques de pánico que se recuerden como especialmente traumáticos. Se considera que se debe tratar principalmente el primero, el último o

el peor (Leeds, 2010).

- Muertes o abandonos de seres queridos en las que consideremos que hay un duelo traumático o no resuelto. (No olvidemos que muchos de los ataques estarán desencadenados por muertes o pérdidas de seres queridos).
- Abortos espontáneos o provocados, que resultan siempre muy traumáticos para las mujeres que los sufren.
- Situaciones diversas como acoso escolar en la juventud, cambios de domicilio o colegio, hospitalizaciones del paciente, etc.
- Cualquier situación que el paciente viva como un momento crucial después de la cual se sintiera traumatizado o que al recordarla sienta una fuerte carga emocional.

Sin embargo, en muchas ocasiones no podremos procesar los traumas hasta que haya una buena estabilización del paciente y una fuerte alianza terapéutica por lo que deberemos trabajar durante mucho tiempo en las fases 1 y 2 a las que dedicaremos los siguientes capítulos. En muchos casos el trabajo durante estas fases hará que el cerebro trabaje de forma natural y gracias a la nueva información adquirida el cerebro pueda reprocesar la información almacenada. Y así desbloquear redes neuronales asociadas al trauma. En otras ocasiones tendremos que aplicar todas las fases del protocolo.

El protocolo básico como hemos visto consta de 8 fases:

**Tabla 9.1.** Las ocho fases del tratamiento con EMDR.

FASE	OBJETIVOS	TAREAS
Fase 1 Conceptualización	Establecer la alianza terapéutica. Recopilar información tratamientos previos. Descartar problemas para usar EMDR.	Obtener dianas para el procesamiento y objetivos.
Fase 2 Preparación y estabilización	Psicoeducación. Estabilización. Elaboración de autoinformes.	Explicar al paciente qué es EMDR. Aportar metáforas para explicar qué haremos. Comprobar autocontrol paciente.
Fase 3 Evaluación	Acceder información relativa al trauma emocional, cognitiva y somática.	Obtener la peor imagen del recuerdo, la creencia negativa actual y la positiva, la emoción y la sensación física.
Fase 4 Desensibilización	Reprocesar la experiencia objetivo hasta una resolución adaptativa.	Hacer sets de estimulación. Volver a la diana cuando sea necesario. Utilizar entretejidos si es necesario.

Fase 5 Instalación	Integración total de la creencia positiva en la red de recuerdos.	Hacer sets mientras el paciente mantiene la diana en su conciencia junto a la creencia positiva.
Fase 6 Exploración del cuerpo	Comprobar que no existe malestar cuando se recuerda.	Observar si hay malestar físico y si es así reprocesarlo.
Fase 7 Cierre	Comprobar que el paciente está estabilizado.	Informar al paciente que el cerebro seguirá trabajando. Pedir que mantenga contacto por si hay algún problema.
Fase 8 Reevaluación	Comprobar que el trabajo está completo.	Volver a comprobar la diana. Trabajar sobre dianas que hayan podido surgir.

Nota: Adaptado de la tabla de Leeds.

**Fase 1: Conceptualización:** Durante esta fase se recopila información del paciente sobre su historial médico y psicológico y la existencia de temas del pasado que puedan interferir durante el procesamiento. Si por ejemplo el paciente viene pidiendo trabajar sobre un accidente de automóvil reciente y nos informa que su padre murió cuando era pequeño en un accidente, va a ser muy difícil que podamos trabajar sin que interfiera con el trauma de la pérdida de su padre. Si apareciera durante el reprocesamiento podemos encontrarnos con una situación muy difícil de manejar.

**Fase 2: Preparación y estabilización.** Fortalecemos el vínculo entre el terapeuta y el paciente y evaluamos qué recursos tiene el paciente para poder trabajar con el recuerdo traumático. Podemos utilizar metáforas para poder explicar al paciente el modelo PAI y cómo va a ayudarlo a superar el recuerdo traumático.

Explicamos los diferentes métodos que existen de estimulación bilateral como movimientos de ojos, *tapping* en las rodillas o sonidos bilaterales y dejamos que el paciente elija el que le resulte más cómodo, siempre que podamos utilizaremos los movimientos oculares (MO) como elección para trabajar con los recuerdos traumáticos y la instalación de recursos.

Es indispensable la instalación de un lugar seguro que ayude al paciente si hubiera una abreacción fuerte. Este recurso consiste en imaginar un lugar o situación relajante (real o imaginaria) y se instala haciendo pensar sobre él mientras se hace al paciente estimulación bilateral. En caso de abreacción se le hará recordar este lugar para poder calmarse y volver a trabajar con el trauma.

Los objetivos (Leeds, 2011) a lograr en las dos primeras fases son:

- Establecer una alianza terapéutica.
- Obtener el consentimiento informado para el tratamiento.
- Determinar que el paciente tiene los criterios de idoneidad.
- Formular una conceptualización del caso.
- Desarrollar un plan de tratamiento.
- Asegurar que el paciente dispone de suficientes capacidades para manejar la ansiedad, los estados depresivos y disociativos y los impulsos de reducción de tensión inadaptables.

Esta fase es imprescindible sea cual sea el enfoque terapéutico que usemos durante el tratamiento, sean AP o fobias; por lo que desarrollaremos esta fase con mucho detalle en próximos capítulos para que puedan ser usados independientemente de la terapia que tengamos como principal elección.

**Fase 3. Evaluación:** Durante esta fase preguntamos por diferentes aspectos del recuerdo y las sensaciones asociadas a este, las preguntas que haríamos serían:

**Imagen:** La peor parte del recuerdo: **¿Cuál es la imagen que representa la peor parte del recuerdo?**

.....

Si no hay imagen: Cuando piensas en ese recuerdo ¿qué notas? .....

**CN – Cognición Negativa:** Si piensas en la imagen, ¿qué palabras vienen a tu mente que expresen la creencia negativa de ti misma ahora?

**CP – Cognición Positiva:** Si piensas ahora en la imagen ¿qué palabras te gustaría o te hubiera gustado creer o pensar en vez de esas?

.....

**VOC – ¿Cuánto de verdaderas sientes ahora esas palabras?** ..... (Repetir la CP +) en una escala de 1 a 7, donde 1 se siente totalmente falso y 7 se siente totalmente verdadero.

*Completamente falso 1 2 3 4 5 6 7 Completamente verdadero*

**Emociones/ Sentimientos:** Cuando piensas en ese hecho y en las palabras Yo ..... (Repetir la Cognición Negativa) ..... ¿Qué emociones sientes ahora?

**SUDs:** En una escala de 0 a 10, donde 0 es nada perturbación o neutral, y 10 es la perturbación más alta que puedas imaginar, ¿Cuánta perturbación sientes ahora?

No perturbación/neutra 1 2 3 4 5 6 7 perturbación más alta

### **Localización de la sensación corporal: ¿Dónde las sientes en el cuerpo?**

.....

**Fase 4: Desensibilización:** Lo primero es indicar al paciente que vamos a trabajar con atención dual, es decir tendrá que estar al mismo tiempo en el recuerdo traumático y en la consulta. Pedimos al paciente que se centre en la peor imagen del recuerdo, la cognición negativa, la sensación en el cuerpo y la emoción asociada y empezamos a trabajar con los MO.

Es muy importante que el terapeuta no intervenga en ningún momento salvo que el procesamiento se atasque y se produzca un *looping* o bucle en el que el procesamiento no avance. En ese caso cambiaremos el modo o la forma de procesamiento.

El trabajo sería:

Trae a tu mente esa imagen, esas palabras negativas (repita la CN) y registra dónde lo estás sintiendo en tu cuerpo y sigue mis dedos, con tus ojos, sin mover la cabeza.

(Feedback después de una tanda/set de estimulación bilateral 30 segundos  $\approx$  24 set).

“Déjalo ir y respira hondo” y pregunto: **¿Qué** te viene a la mente ahora? o ¿Qué estás notando ahora?

**Procesamiento y chequeo de canales nuevos:** Continuar procesando con varias series de MO, (táctiles o tonos), hasta que no surja material nuevo.

Preguntar: “Cuando vuelve a la experiencia original, ¿qué le llega ahora? Concéntrese en ese momento”.

#### **Examinar SUDs:**

Cuando tomas la experiencia, en una escala de 0 a 10, donde 0 es nada de perturbación y 10, la perturbación más alta que pueda imaginar ¿cómo la sientes de perturbadora ahora?

Si el SUD es 1 o mayor, *continuar el procesamiento* → si no podemos bajar el SUD → sesión incompleta / si se estanca / si piensas en el hecho, en el recuerdo, en la experiencia que te llega ahora ¿qué notas? Si más de una emoción: primero miedo / si más de una emoción → centrarse en una / acelerar o desacelerar.

Si la **SUD es 0**, *reforzar con una serie más de estimulación bilateral 10 segundos  $\approx$  5-6 tandas* y **pasar a la Instalación**.

En ocasiones, en casos de *looping* se pueden utilizar “entretejidos cognitivos” que son

comentarios breves del terapeuta relacionados con alguna idea o creencia que estorbe el procesamiento. Un ejemplo sería: “me estás diciendo que un niño de 4 años podía haber impedido el accidente de tráfico...” en otras ocasiones podemos utilizar puentes somáticos o afectivos que lleven al paciente a momentos anteriores donde sintió algo parecido. Un ejemplo de estos sería: «cierra los ojos y vete atrás en el tiempo a la primera vez que sentiste algo parecido».

Continuaremos el procesamiento hasta que el nivel de malestar asociado al recuerdo (SUD) sea cero, esto lo comprobaremos cuando después de varias respuestas positivas o neutras que estén relacionadas con el recuerdo le preguntaremos al paciente su nivel de malestar de cero a diez y este responda que cero. En el caso de que el número sea superior continuaremos con la desensibilización hasta que no haya ningún malestar asociado al recuerdo diana.

**Fase 5: Instalación:** El objetivo de esta fase es ampliar el reprocesamiento y garantizar que el recuerdo diana ha quedado integrado dentro de la red de recuerdos de una forma no patológica (Leeds, 2011). En esta fase comenzamos preguntando si la CP sigue siendo válida o hay otra que sea más adecuada. Si la VOC es menor que 7 procesaremos la experiencia original asociada a la CP y haremos sets hasta que alcance el nivel de 7. Si no fuera así investigaríamos si hay algo que esté estorbando el procesamiento y lo solucionamos hasta que alcancemos nuestro objetivo.

**Fase 6: Exploración del cuerpo:** Durante esta fase pedimos al paciente que vuelva al recuerdo diana y con los ojos cerrados observe si hay algún malestar en alguna parte de su cuerpo, si es así volvemos a procesar hasta que este desaparezca completamente. Dedicaremos un capítulo completo a cómo tratar el cuerpo en casos de trauma complejo. Debido a la importancia de todo lo relativo al cuerpo en los trastornos que desarrollamos en este libro hemos creado un capítulo íntegro para explicar con detalle cómo trabajar con el cuerpo en terapia.

**Fase 7: Cierre:** Esta fase tiene dos finalidades. La primera asegurarnos de que el paciente está estabilizado y podemos dar por finalizada la sesión y la segunda asegurarnos que explicamos al paciente que puede tener sensaciones, sueños, flashbacks... los días siguientes, que son normales y que debe registrar en un diario para informarnos en futuras sesiones. Como veremos en los tratamientos de trauma complejo muchas de los procesamientos no podrán ser finalizados en una sola sesión por lo que hablaremos de sesiones abiertas.

**Fase 8: Reevaluación:** Pasados unos días del cierre nos aseguramos bien en otra sesión o por teléfono o correo electrónico que no hay molestias cuando se recuerda el evento traumático y que no se han producido recuerdos nuevos que provoquen malestar, si es así volveremos a elegir un recuerdo nuevo como diana e iniciaremos un reprocesamiento nuevo.

Veamos un ejemplo de una sesión estándar de EMDR usando el protocolo básico, utilizaremos la abreviatura T para referirnos al terapeuta y C para referirnos al cliente. Comenzamos el trabajo con parte de la fase 2 y la fase 3 a 7 completa. Esta sesión es reproducida con la autorización del paciente.

T: El EMDR es algo totalmente natural, tú vienes por una situación de tu pasado que te resultó traumática, no vamos a hacer nada raro. Lo que ocurre es que nosotros durante el día procesamos mucha información emocional pero si ocurre algo que resulta muy doloroso o traumático nuestro cerebro no tiene capacidad de procesarlo y se queda como anclado y nos puede ocurrir que lo podemos sentir como si estuviera ocurriendo en la actualidad.

Puede ocurrir, por ejemplo, que tú pases por el sitio donde ocurrió el trauma y sientas malestar o haya algún olor que hubiera en aquel momento y tú te sientes como si estuviera pasando en la actualidad.

El tratamiento con el que vamos a trabajar parece que tiene la capacidad de estimular la experiencia de lo que tú viviste y va a ayudar a que cuando tú lo vuelvas a recordar no tengas ninguna conexión emocional con lo que pasó.

Quiero decirte que es importante que sepas que yo no voy a hacer nada raro, que es un proceso totalmente natural y que eres tú, tu cerebro, el que va a controlar en todo momento el proceso.

Va a ser como si viajáramos en tren, como si tuvieras diferentes imágenes, recuerdos, sensaciones... como si miraras por la ventanilla y fueras viendo diferentes cosas. Puede que en algún momento sientas algo de angustia, pero rápidamente vamos a

salir a la luz, como si ese tren atravesara un túnel.

Hay diferentes modos de estimulación pero me gustaría hacer contigo MO. Que es que yo mueva mi mano y tú la sigas con los ojos, sigue mi mano, mira si estas cómodo con la velocidad.

C: Sí, estoy cómodo.

T: Muy bien. Ya tienes un lugar seguro. Por favor dime cuál es tu lugar seguro.

C: La habitación de mi casa.

T: Hemos quedado que si en algún momento te sintieras mal podrías imaginar que vuelves a ese lugar para que te calmes y te sientas tranquilo. Para mí es muy importante que si en algún momento te sientes desbordado o te sientes muy mal tengas una señal de STOP para que yo sepa que tengo que parar. Por favor hazme una señal que yo sepa que tengo que parar.

T: Tal como tenemos establecido en el plan de tratamiento me gustaría que me dieras un pequeño y breve relato de lo que vamos a trabajar hoy, que está referido a un recuerdo referido a...

C: Una sensación de sentirme menos que los demás y no atreverme a pedir algo.

T: Muy bien, tienes un recuerdo concreto ¿verdad? Un momento traumático que representa un antes y un después.

C: Sí.

T: OK. Me gustaría que me dijeras una imagen que represente la peor parte de ese recuerdo.

C: La peor parte...

T: Una imagen que represente la peor parte...

C: ¿Una imagen? Pues estaba en un despacho y veía un gran ventanal y una carretera al fondo y yo sentía cómo me echaban fuera.

T: ¿La peor imagen sería un ventanal con una carretera al fondo?

C: Sí.

T: Si piensas en la imagen, ¿qué palabras vienen a tu mente que expresen la creencia negativa sobre ti mismo ahora?

C: Que valgo poco.

T: ¿Soy poco válido?

C: Sí.

T: Si piensas ahora en esa imagen ¿qué palabras te gustaría o te hubiera gustado creer o pensar en vez de esas?

C: Que soy muy válido.

T: ¿Cuánto de verdaderas sientes ahora esas palabras de 1 a 7, SOY VÁLIDO, donde 1 se sienten completamente falsas y 7 se sienten completamente verdadero?

C: 2

T: Si piensas en el hecho y en las palabras NO VALGO, ¿qué emoción sientes ahora?

C: Frustración y rabia.

T: En una escala de 0 a 10, donde 0 es nada o perturbación completamente neutral y 10 la peor perturbación que puedas imaginar ¿cuánta perturbación sientes ahora?

C: 8.

T: ¿Dónde lo sientes en el cuerpo?

C: En el pecho.

T: Muchas gracias. Me gustaría que tomaras la imagen del ventanal con la carretera al fondo, las palabras negativas NO VALGO lo registres donde lo estás sintiendo en tu cuerpo, y que sigas mi mano sin mover los ojos.

T: Toma una respiración profunda y dime qué te ha venido a la mente.

C: Me ha venido asociado a otra situación en la que también me minusvaloraban. Decían que yo no valía un duro, me minusvaloraban.

T: Sigue con eso.

...

T: Toma una respiración profunda y dime qué te viene.

C: Me han venido otras imágenes en las que he sentido que querían humillarme...

T: Sigue con eso

...

T: Toma una respiración profunda...

C: La convicción de que lo hacían porque se sentían inferiores a mí...

T: Muy bien. Sigue con eso.

...

T: ¿Qué te está viniendo ahora?

C: Me viene la convicción de que yo valgo mucho más que ellos y que ellos querían vengarse de mí, o sea que se sentían inferiores y que yo no voy a permitir que eso vuelva a ocurrir nunca más.

T: Muy bien. Concéntrate en ese momento.

...

T: ¿Qué te viene ahora?

C: Que eso fue una experiencia necesaria para aprender ciertas cosas.

...

T: ¿Qué te viene ahora?

C: Ahora siento que tengo la convicción de que voy a soltar todas mis cadenas, las cadenas que me paralizan, que voy a ser como una mariposa que va salir. Que deja de ser una crisálida...

T: Muy bien, sigue con eso.

...

T: Toma una respiración y dime qué sientes ahora.

C: Ahora siento la convicción de que voy a salir, que voy a romper definitivamente las cadenas y que voy a luchar por lo que me apetezca y nada ni nadie me va a poner freno.

T: Muy bien J. ¿qué tal? ¿Qué te viene ahora?

C: Es como si la situación estuviera cerca y se ha alejado, es como si hubiera ido, está muy lejos. Está muy lejos... es como si hubiera ido... está como muy, pero muy alejada y una sensación de tranquilidad.

T: Muy bien. Si piensas en el hecho, en la experiencia original,

siendo 0 totalmente neutral y 10 lo peor que puedo imaginar  
¿cuánta perturbación sientes ahora?

C: Cero.

T: Las palabras YO VALGO son aún adecuadas o te gustaría cambiarlas por otro enunciado más adecuado.

C: Sí, son correctas.

T: En una escala de 1 a 7 donde 1 las sientes completamente falsas y 7 completamente válidas, ¿cómo consideras de verdaderas las palabras YO VALGO?

C: Totalmente válidas, un 7.

T: Quiero pedirte que cierres los ojos, tomes el recuerdo, las palabras yo valgo, manténlo todo junto y recorre tu cuerpo de la cabeza a los pies y si hubiera alguna tensión en alguna parte de tu cuerpo, por favor, dímelo.

C: Está todo muy bien pero noto una pequeña sensación en los hombros.

T: Muy bien, sigue mi mano.

...

C: Muy bien, cierra los ojos, toma el recuerdo las palabras yo valgo y recorre tu cuerpo de arriba abajo y dime si hay alguna sensación.

...

C: Tengo la convicción de que yo valgo y no tengo ninguna tensión.

...

T: ¿Qué te llevas de la sesión?

C: La convicción de que me he liberado de todas las cadenas; la sensación de que era yo el que me ponía los límites, yo había puesto las barreras.

T: Tu mente es la que ha hecho todo el proceso.

C: Y me las he quitado. Es como si hubiera salido de una prisión.

T: Como te dije J. nuestro cerebro procesa información, durante las próximas horas, los próximos días, cuando estés dormido,

cuando estés despierto, tu cerebro va a seguir procesando; si te viene algún flashback, algún insight, cualquier cosa, me gustaría que hicieras un registro; ya sabes que estoy a tu disposición para cualquier cosa que necesites.

T: ¿De acuerdo?

C Perfecto.

T: ¿Tienes alguna duda?

C: No, todo bien, muchas gracias.

T Gracias a ti.

La intervención del terapeuta es muy escasa y casi todo el proceso recae en el cliente, que encuentra una resolución óptima para solucionar su problema que se adapta a sus propias necesidades.

En el caso de que exista trauma complejo como los casos que estamos trabajando aquí no va a ser suficiente con el protocolo básico a la hora de resolver la patología, lo cual no significa que no vayamos a usarlo sino que tendremos que resolver primero la estabilización del paciente para que pueda iniciar el reprocesamiento. Leeds (2011) usa además una tabla para indicar casos en los que estará recomendado un tratamiento más extenso para trabajar el trauma.

En los casos de trauma complejo tendremos que utilizar herramientas tomadas de otros enfoques y usar protocolos modificados que nos permitan sortear defensas, acceder a recuerdos muchas veces amnésicos o que el paciente no puede tolerar, idealizaciones de padres que han sido abusadores, patrones muy rígidos aprendidos desde la infancia, etc. Tendremos que modificar los protocolos para adaptarlos a las necesidades de los clientes, las fases no podrán ser rígidas ni podremos seguir siempre un orden predeterminado como se hace con el protocolo básico.

**Tabla 9.2.** (En negrita las situaciones que requieren más precaución).

Nombre: Fecha: Para historial se indica la gravedad del peor episodio. Para situación actual se indica la gravedad en el momento de la consulta. 0 ausente 1 mínimo 2 moderado 3 grave.			
<b>Problema</b>		<b>Gravedad</b>	<b>Gravedad</b>

Problema		Gravedad		Gravedad
Ganancia/Pérdida secundaria		0 1 2 3		0 1 2 3
Ausencia de confianza o verdad		0 1 2 3		0 1 2 3
Crisis extremas		0 1 2 3		0 1 2 3
Inestabilidad económica		0 1 2 3		0 1 2 3
<b>Riesgo para la salud</b>		0 1 2 3		0 1 2 3
Depresión mayor		0 1 2 3		0 1 2 3
Ideas suicidas		0 1 2 3		0 1 2 3
<b>Intentos de suicidio</b>		0 1 2 3		0 1 2 3
<b>Autolesiones</b>		0 1 2 3		0 1 2 3
<b>Lesiones a los demás</b>		0 1 2 3		0 1 2 3
Conductas de riesgo		0 1 2 3		0 1 2 3
<b>Abuso de sustancias</b>		0 1 2 3		0 1 2 3
Sexo compulsivo		0 1 2 3		0 1 2 3
Actos compulsivos		0 1 2 3		0 1 2 3
Alexitimia		0 1 2 3		0 1 2 3
Pacientes desbordados por emociones		0 1 2 3		0 1 2 3
Despersonalización		0 1 2 3		0 1 2 3
<b>Trastorno de Identidad disociativa</b>		0 1 2 3		0 1 2 3

## CONCLUSIONES

El EMDR se ha mostrado como una herramienta muy eficaz en el TEPT y trastornos asociados a este, usando el protocolo básico creado por Shapiro podemos acceder a redes neuronales asociadas a recuerdos que resultaron traumáticos en el pasado y que siguen interfiriendo de una manera u otra en el presente en la vida del paciente.

Sin embargo en muchos casos no podremos aplicar este protocolo bien porque el paciente no pueda soportar toda la carga emocional asociada al recuerdo o porque

existan patologías asociadas como disociación traumática que impidan que el procesamiento pueda resultar eficaz.

En estos casos debemos modificar el protocolo y utilizar herramientas tomadas de otros enfoques terapéuticos que permitan que el paciente pueda asumir lo que ocurrió de una forma gradual, reduzcamos la disociación si existe y podamos finalmente integrar esos recuerdos traumáticos de una forma sana para el paciente.

# Conceptualización, más allá del diagnóstico

## 10

*Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar otra alma humana,  
sea apenas otra alma humana.*

*Carl Jung*

### **LA PRIMERA ENTREVISTA**

En la consulta cada persona nueva que deposita su confianza en mí es un enigma, alguien a quien tengo que conocer poco a poco para de esa manera poder ayudarle a conseguir lo que necesita. En muchos casos esas personas van a poder abrirse y aportarme toda la información que necesito desde el primer momento y otras seré yo el que poco a poco les tenga que animar a ir desprendiéndose de sus defensas, para acceder a sus sensaciones y recuerdos más íntimos. Las personas que vienen a verme son algo más que una etiqueta o un diagnóstico, son seres humanos que necesitan ayuda y vienen buscando la seguridad y apoyo que no consiguen encontrar en sus vidas. Es por eso por lo que cada persona que deposita su confianza en nosotros merece toda nuestra atención y curiosidad para poder encontrar la esencia de su individualidad.

Me gusta decirles a mis pacientes que cada uno de ellos es como un puzzle, tengo las piezas delante y tengo que encajarlas para descubrir cómo puedo convertir ese caos inicial con el que acuden a la consulta en un retrato hermoso. Un proceso en el que vamos a trabajar juntos para conseguirlo.

Esta fase va a ser el pilar sobre el que construyamos el resto de la terapia, va a ser vital a la hora de poder acometer el trabajo terapéutico. De forma intuitiva puede parecer obvio que lo primero que debemos hacer es recoger la historia del paciente pero muchas veces esto no va a ser posible. Los trastornos psicológicos como vimos en la primera parte, tuvieron parte de su origen en emociones de rabia y miedo que han llevado a una fuerte

sensación de culpa y vergüenza. Si el paciente no se siente escuchado o atendido, repetiremos las sensaciones de no sentirse acompañados que hubo en la infancia y perderemos una oportunidad de oro para crear una buena alianza terapéutica.

El objetivo de las primeras sesiones no es solo recoger el historial del paciente para poder planificar el tratamiento, es también crear una fuerte alianza terapéutica y lograr si es necesario una reducción de los síntomas en las primeras sesiones, y así conseguir que el paciente aumente su confianza en nosotros y poder vencer sus miedos.



**Imagen 10.1.** La divina comedia de Dante refleja perfectamente el viaje que hacemos a través del proceso terapéutico. Virgilio acompaña a Dante escoltándolo y protegiéndole, como su figura de apego por el infierno y el purgatorio, pero cuando llegan a las puertas del paraíso igual que el terapeuta y el paciente se despiden al fin de la terapia, Virgilio lo abandona dejando que este siga su camino en compañía de su amor Beatriz.

Según Dworkin (2005) *El primer encuentro es crucial, el paciente lleva en su memoria implícita y explícita los traumas y sus experiencias de apego, así como un mecanismo neurobiológico para establecer relaciones interpersonales. Es una situación muy delicada en la que el clínico tiene el reto de establecer una conexión cómoda con una persona desconocida a la vez que simultáneamente le tiene que realizar preguntas personales y a veces dolorosas. Es una cuestión de respeto y dedicación hacia el paciente pasar todo el tiempo que sea necesario hasta construir una buena relación durante esta fase... pág. 35.*

En las primeras sesiones, cuando el paciente haga la demanda de lo que quiere solucionar debemos actuar con sumo cuidado, porque en muchos casos pueden venir con una petición de tratamiento que se han autodiagnosticado después de haber mirado en internet o pueden sentir mucha vergüenza de decirnos cuál es el problema que les trae a consulta. Si como hemos visto la base de estos trastornos es la culpa y la vergüenza, no es de extrañar que desde un principio estas dos emociones aparezcan como obstáculos en el tratamiento.

Lola es una mujer de 42 años que acude a terapia porque sufre de insomnio y de mucha ansiedad que le impide tener una vida normal. El proceso terapéutico se encuentra un poco atascado después de cinco sesiones y decido trabajar con técnicas de hipnosis para trabajar con recuerdos de la infancia que puedan tener relación con esa ansiedad.

Al recordar eventos de los cinco años empieza a recordar con mucho dolor y llanto (=abreacción) tocamientos que su abuelo le hacía cuando se quedaba con ella para cuidarla.

Ante mi pregunta (habitual en estos casos) si recordaba conscientemente lo que ocurrió me dijo que no, pero que de algún modo siempre lo había intuido.

Esta revelación hizo que trabajáramos el abuso sexual, lo que nos ayudó a desterrar la ansiedad y el insomnio.

La etapa de conceptualización es un proceso de conocimiento del paciente y no va a quedar nunca cerrada del todo durante el proceso terapéutico, bien porque nos den información nueva relevante de forma espontánea o porque el paciente no se sentía preparado para compartirla en las primeras sesiones hasta que se fortalezca la alianza terapéutica. Siempre que esto ocurra debemos ocultar nuestra frustración por no habérselo dicho antes. Les enfatizaremos lo difícil que ha debido ser para ellos contárnoslo y cómo le agradecemos la confianza que han puesto en nosotros.

En ningún caso debe parecer en las primeras sesiones que solo queremos recoger datos como autómatas para dar un diagnóstico o etiquetarlo dentro de un diagnóstico, debemos

lograr que el paciente perciba un sincero interés y empatía por su sufrimiento en todo momento. En los primeros encuentros es cuando vamos a crear la alianza terapéutica que como hemos visto es tan importante durante el proceso terapéutico. Al mismo tiempo que somos empáticos debemos ser directivos a la hora de recoger la información necesaria para poder hacer una buena conceptualización de cuál ha sido la historia del trastorno del paciente.

Aunque la etapa de conceptualización debería ser la primera numéricamente no siempre va a poder serlo en la práctica. Tendremos que alternar estabilización, comprensión y enseñanza de herramientas para poder reducir el malestar entre sesiones antes de poder elaborar una buena historia del trastorno. Esto no significa que no podamos o debamos trabajar en recoger la historia del paciente en las primeras sesiones sino que debemos hacerlo con mucho cuidado para que sienta que tenemos un sincero interés por él como persona y siempre que el paciente se encuentre estabilizado. No olvidemos que gran parte de la base del trastorno ha sido la sensación de abandono y rechazo.

Según Leeds (2011) *“Los pacientes ... a menudo tienen un terror tan profundo en reconectar con esas experiencias (tempranas) que solo serán capaces de identificarlas conscientemente cuando hayan logrado cierto dominio de sus síntomas de pánico actuales y hayan desarrollado una mayor confianza en la alianza terapéutica...”* pág. 444.

En función del trastorno va a haber una mayor cooperación del paciente para poder hacer una buena historia de la patología. No será igual la conceptualización en niños o adolescentes que en adultos. Las adicciones, conductas antisociales o trastornos alimenticios requieren una amplia fase de motivación a la hora de enfocar el tratamiento (Miller & Ronick, 2015), mientras que en los temas relacionados con la ansiedad la motivación de los pacientes va a ser muy alta y vendrán casi siempre con una necesidad urgente de disminuir el sufrimiento asociado al trastorno. Lo que puede significar para el terapeuta que en el proceso de contratransferencia sienta una gran presión por reducir el sufrimiento del paciente a cualquier precio con las desventajas que puede suponer esto para el tratamiento. Nunca debemos acortar las etapas por presión del paciente pues esto supondría una violación del contrato terapéutico, la recogida de datos es fundamental para poder realizar una buena terapia, se puede posponer para estabilizar al paciente pero nunca se debe obviar.

Debemos tener en cuenta que ni los mismos pacientes saben bien lo que les ocurre y que su vida está sumergida en un auténtico caos y nosotros debemos ir poniendo orden

en el marasmo de emociones que sienten. Para eso será fundamental que hagamos las preguntas pertinentes para ir permitiendo al paciente que pueda ir conociéndose a sí mismo y empiece a tener sensación de control sobre su trastorno.

En pacientes con rasgos evitativos es más complicado establecer una historia completa porque tienden a evitar cualquier tema relativo a su pasado, en cambio los pacientes de tipo ansioso tratarán hablar una y otra vez de sus síntomas y de cómo se sienten, sin entrar en detalles relevantes para el tratamiento. En todos los casos el terapeuta debe ser firme en su línea de trabajo y cuidadoso al mismo tiempo, porque si caemos en las trampas que los pacientes han creado para sobrevivir, abandonarán la terapia por no considerarla eficaz.

En el trabajo de recogida de datos vamos a tener presente las emociones que vimos en el modelo PARCUVE del capítulo 6. ¿Cómo fueron los primeros años y su relación con los cuidadores? ¿Cómo se enfrenta a sus miedos? ¿Cómo maneja la sensación de impotencia y la ansiedad? ¿Cuáles son los mecanismos que usa para poder regularse emocionalmente? Si existe culpa o sensación de fracaso (=vergüenza). Las preguntas se hacen de forma abierta, con muestras de interés por parte del terapeuta permitiendo que esta primera fase de la terapia permita construir una sólida relación terapéutica.

Los cuestionarios que detallo a continuación son un guión para tener una referencia a la hora de conocer al paciente:

¿Cuándo empezó el problema y por qué persiste? ¿Cómo trata de solucionarlo? ¿Qué síntomas tiene? ¿Qué rasgos de personalidad predominan a la hora de relacionarse con los demás?

## **DATOS A RECOGER EN LA CONCEPTUALIZACIÓN**

Los principales temas que tendremos que reflejar en esta fase son:

- Desencadenantes del trastorno, especialmente de la ansiedad asociada.
- Listado de síntomas.
- Historia del trastorno en el pasado y situación en la actualidad.
- Tratamientos psicológicos y psiquiátricos anteriores y en la actualidad.
- Existencia de trastornos disociativos.
- Presencia de duelos no resueltos en la infancia o en la edad adulta.
- Historia de sus relaciones de apego en el pasado y en la actualidad.

Debemos hacer un historial pormenorizado y una evaluación lo más completa posible. Es vital comprender toda la complejidad del trastorno. Las preguntas deben tener en cuenta comorbilidades, conductas de evitación, rituales, traumas o trastornos de personalidad que puedan interferir en el tratamiento. ¿Tiene el paciente traumas importantes? ¿Tiene síntomas de conductas fóbicas o evitativas? ¿Síntomas de depresión? Todas las cuestiones que el terapeuta necesite para poder comprender mejor al cliente deben ser contestadas.

T: Hola, María Jesús, me has contado algo por teléfono de lo que te trae a consulta pero me gustaría que me lo explicaras en detalle para así poder conocerte mejor.

C: Sí claro. Tengo muchísima ansiedad y la verdad es que no duermo bien. Estoy tomando pastillas pero no me hacen nada, estoy desesperada. He recurrido a usted porque vi su página web y me dio confianza, pensé que quizás podría ayudarme. Aunque yo me siento como un caso perdido.

### 1. Desencadenantes de la ansiedad

La base de todas las patologías es el miedo, y asociada a este la ansiedad. Y este va a ser el síntoma más frecuente que vamos a encontrar en la consulta. La ansiedad es una sensación que sirve de alerta al cerebro para hacer los cambios necesarios para reaccionar y encontrar un equilibrio nuevo que reduzca el nivel de alerta. Cuando esto no es posible es cuando encontramos la enfermedad y asociada a ella la ansiedad.

Las crisis de ansiedad pueden aparecer asociadas a múltiples trastornos, como fobias, TOC, trastornos alimenticios o TEPT. Es importante tener en cuenta las situaciones en las que suele aumentar la ansiedad. (Moreno & Martin, 2011). Estas pueden ser de varios tipos:

**Inesperadas:** El paciente percibe las crisis como inesperadas, sin ningún motivo que pueda provocarlas; es la más típica en los casos de ataques de pánico y en la ansiedad que no tiene un desencadenante concreto. No hay ningún motivo o lugar que provoque las crisis y los pacientes evitan todo tipo de situaciones que relacionen con la ansiedad, incluido en casos graves salir de casa.

**Determinadas situacionalmente:** Las crisis ocurren ante situaciones concretas que el paciente conoce. Pueden ser a su vez de tres tipos:

**Ambientales:** Son lugares o situaciones que el paciente percibe como peligrosos, por ejemplo lugares muy concurridos o cerrados; o situaciones que el paciente percibe que no tiene el control como conducir por autopistas, montarse en ascensor o subir a un avión. O fobias, como miedo a los perros o a las alturas.

**Relacionales:** Tiene miedo al rechazo o hacer el ridículo frente a los demás por alguna característica que le hace sentir vergüenza. Por ejemplo miedo a ir a la playa por tener que enseñar las piernas o miedo a ir a un restaurante por sudar.

**Causales:** Hay un motivo conocido que causa la ansiedad pero que no puede evitarse. Por ejemplo, hacer un ritual compulsivo, insomnio, frustración o rabia o la necesidad de tenerlo todo bajo control.

## 2. Listado de síntomas

Una fuente de información muy importante para poder evaluar la situación del paciente es el listado de síntomas, estos nos pueden dar mucha información para poder realizar un diagnóstico y como forma de poder evaluar si hay mejoría en el estado del paciente a lo largo de la terapia.

**Tabla 10.1.** Lista de categorías de síntomas:

CATEGORÍA SUEÑO	
Bruxismo Dificultad para conciliar sueño Dificultad para mantener sueño Dificultad para despertar Ciclo sueño desregulado Narcolepsia Sudoración nocturna Terrores nocturnos Pesadillas o sueños vívidos	Movimientos de piernas periódicos Síndrome de piernas inquietas Sueño inquieto Apnea del sueño Sonambulismo Ronquidos Habla durante sueño Enuresis nocturna
CATEGORÍA ATENCIÓN Y APRENDIZAJE	
Dificultad completar tareas Dificultad toma decisiones Problemas para organizar tiempo o espacio personal Dificultad recordando nombres Problemas para cambiar foco atencional Dificultad para cambiar de tarea Dificultad para pensar con claridad	Falta de alerta Falta de sentido común Escritura sucia y descuidada No escucha Pobre concentración Habilidades de dibujo pobres Problemas matemáticos Memoria a corto plazo pobre

Dificultad para pensar con claridad Dificultad entendiendo conversaciones Distracciones demasiado frecuentes Problemas de lectura Desmotivación	Atención sostenida pobre Expresión verbal pobre Vocabulario pobre Problemas para encontrar palabras Pensamiento enlentecido
CATEGORIA SENSORIAL	
Hipersensibilidad auditiva Sensibilidad a sustancias químicas Mareo cinético Pobre conciencia corporal Déficits somatosensoriales	Tinnitus Vértigo Déficits visuales Hipersensibilidad visual Hipersensibilidad táctil
CATEGORÍA CONDUCTUAL	
Conductas adictivas Conducta agresiva Anorexia Atracones y purgas Conductas compulsivas Ingesta compulsiva Llantos Habla excesiva Hiperactividad Impulsividad Inflexibilidad Falta de conciencia apetito Falta de sentido de humor Falta de interés social	Conducta manipuladora Tics motores o vocales Morderse las uñas Conducta oposicionista o desafiante Pobre contacto ocular. Autocuidado pobre Pobre reciprocidad social y emocional Pobre articulación del habla Ataques de ira Conductas autolesivas Tartamudez
CATEGORÍA EMOCIONAL	
Agitación o ira Ansiedad Depresión Dificultad para calmarse Se avergüenza con facilidad ¿en qué situaciones? Reactividad emocional Miedos ¿a qué? ¿Cuándo? Sensaciones de desrealización Flashbacks de trauma Impaciencia	Falta de placer Falta de conciencia social Baja autoestima Manía Cambios de humor Pensamientos obsesivos negativos Preocupaciones obsesivas Ataques de pánico Paranoia Ideaciones suicidas Irritabilidad Falta de conciencia emocional
CATEGORÍA FÍSICA	
Alergias Asma Estreñimiento crónico Torpeza Dificultades para moverse o caminar Problemas para trabajar Encopresis Fatiga Palpitaciones Hipertensión Sofocos Deficiencia inmune	Debilidad muscular Náusea Síntomas premenstruales Problemas de equilibrio Pobre coordinación motora fina Pobre coordinación motora gruesa Reflujo Crisis epilépticas Erupción cutánea Espasticidad Incontinencia urinaria de esfuerzo Sudoración

Bajo tono muscular Tensión muscular Contracciones musculares	Taquicardia Temblores Incontinencia por urgencia miccional
CATEGORÍA DOLOR	
Dolor abdominal Dolor crónico Dolor por fibromialgia Dolor mandibular Dolor en articulaciones Cefaleas migrañosas	Cefaleas tensionales Ciática Cefaleas por sinusitis Dolor estomacal Neuralgia del trigémino Dolor muscular

Es importante hacer que el paciente nos explique con más o menos detalle los problemas que le traen a la consulta y tratar de que las respuestas no sean cerradas del tipo sí/no. Es mucho más conveniente que nos indique la intensidad de los síntomas, por ejemplo de 0 a 10. Cuándo comenzaron y si mejoran o empeoran en circunstancias diferentes.

La forma de explicar los síntomas, insistir mucho sobre ellos o quitarles importancia; darle prioridad al sufrimiento de los demás en vez del propio; no valorar las consecuencias de la carga que supone la enfermedad para la familia etc. nos va a indicar también mucho de los rasgos de personalidad del paciente, lo que va a condicionar mucho el enfoque terapéutico para ayudar a esa persona.

T: Me gustaría que leyeras el listado que te acabo de dar, y que me comentaras qué síntomas tienes de los que aparecen en el listado y que me los describas un poco para hacerme una idea de lo que te pasa. Lee el listado y marca los síntomas con los que más te identificas.

C: Seguro que cuando los lea los tengo todos, Dios mío ¡qué horror! A ver... Yo me identifico sobre todo con dificultad para pensar con claridad, ciclo sueño desregulado, desmotivación, no te lo había dicho porque me daba vergüenza pero también me doy a veces atracones de comida y vómito.

T: Te agradezco mucho tu confianza, ¿hay algo más aparte del miedo a que te haga ruido el estómago y lo que me has comentado ya?

C: Tengo muy poca autoestima y pensamientos obsesivos

negativos de que voy a hacer el ridículo.

### 3. Historia del trastorno en el pasado y situación en la actualidad

**Tabla 10.2.** Cuestiones para evaluar el grado de ansiedad.

¿Con qué frecuencia ha tenido los síntomas en las dos últimas semanas? Si tiene ansiedad ¿cómo la describiría de 0 a 10?
Intensidad y duración de los síntomas actuales ¿Cuándo aparecieron por primera vez? ¿Cómo calificaría la intensidad del trastorno 0 a 10?
Experiencias con la ansiedad ¿Cuáles considera que son los causantes de la ansiedad?
Frecuencia, intensidad y duración de los síntomas en el pasado ¿En los últimos meses la intensidad y frecuencia de los síntomas ha aumentado o ha disminuido?
Situaciones actuales evitadas o temidas ¿Qué situaciones tiende a evitar por miedo?
Primer suceso ¿Cuál fue la primera vez que comenzó la ansiedad o el trastorno? ¿Consumía drogas en esa etapa? ¿Y en este momento? ¿Cómo era la situación familiar en ese momento? ¿Había algún elemento personal, laboral o académico que le estresara en esa etapa?
Inversión del rol padre-hijo ¿Recuerda situaciones en las que usted cuidara de sus padres por estar enfermos, tristes o deprimidos o incapacitados por el abuso de alcohol o de otras sustancias? ¿Con qué frecuencia ocurría? ¿Cuánto duraba?
El momento más representativo del síntoma ¿Cuál fue el momento de su trastorno más fuerte o más desagradable que ha tenido?
Ataque más reciente ¿Cómo ha sido el problema más reciente relacionado con su problema que ha tenido?
Señales internas y externas que anteceden a los síntomas ¿Hay algún condicionante que usted sepa que le provoca más malestar y empeora el trastorno?

T: ¿Tienes algún recuerdo de cuándo fue la primera vez que empezó todo esto? (En muchos casos los pacientes no van a recordar esto pero podemos usar técnicas de hipnosis para

ayudarles a conectar los recuerdos).

C: Me viene un recuerdo de cuando tenía unos 10 años y estábamos en una obra de teatro que nos llevaron con el colegio. Era por la mañana y no había desayunado y la barriga comenzó a hacerme ruido y sentí una vergüenza enorme. Los niños se reían muy bajo y yo no podía levantarme e irme porque estaba en medio de la fila y hubiera llamado mucho la atención. Todavía lo recuerdo ahora y me parece que fue ayer.

T: Claro. ¿Y la sensación de impotencia tuvo que ser terrible?

C: Estaba enfadada con el mundo, con mi madre por no darme el desayuno porque se había quedado dormida, con mis compañeros por reírse de mí y sobre todo conmigo misma por hacer el ridículo así y ser tan tonta y vergonzosa. Sí, sobre todo conmigo misma.

#### 4. Tratamientos psicológicos y psiquiátricos anteriores y en la actualidad.

Debemos informarnos sobre posibles trastornos psicológicos o psiquiátricos en la actualidad o/y en el pasado y si fueron diagnosticados y hubo tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos. También si en la actualidad está tomando algún medicamento.

Es muy importante para orientar nuestras terapias preguntar al paciente si tiene experiencia previa con otras terapias y terapeutas. Preguntar por lo que más le ayudó de su experiencia (=fortalezas) y lo que menos le gustó (=debilidades) puede orientarnos de cómo podemos enfocar la terapia. Si por ejemplo un paciente nos dice que fue a un terapeuta de corriente psicoanalítica y que se sentía mal porque este nunca le hablaba, sabremos que es una persona que va a necesitar mucha psicoeducación. O si fue a un terapeuta de corte cognitivo-conductual y nos comenta que le ayudaban mucho las tablas y ejercicios que le ponía entre sesiones nos indicará que debemos usar herramientas de este tipo para el tratamiento.

**Tabla 10.3.** Tabla para conocer antecedentes psicológicos y psiquiátricos.

Tratamientos psiquiátricos

¿Ha tomado en el pasado algún tipo de medicamento para tratar algún problema psiquiátrico?

¿Está tomando actualmente algún tratamiento en la actualidad?

<p>¿Tiene algún diagnóstico?</p>
<p>Tratamientos psicológicos          ¿Ha ido alguna vez con anterioridad al psicólogo? ¿Por qué motivo?          ¿Qué fue lo que más le gustó de su anterior psicólogo?          ¿Qué fue lo que menos le gustó de su anterior psicólogo?          ¿Por qué no ha decidido volver o continuar con él o ella?          ¿Le dio algún diagnóstico?</p>
<p>Temas médicos generales          ¿Hay algún trastorno médico que pueda tener relación con su patología, como colon irritable, alergias, dolores crónicos, cefaleas, hipertiroidismo, etc.?          ¿Ha descartado que se trate de trastornos orgánicos?</p>
<p>Preocupación excesiva con la enfermedad          ¿Ha temido alguna vez que la ansiedad sea algo más grave?          ¿Tiene miedo de poder contraer enfermedades graves a raíz de todo esto?          ¿Visita con frecuencia al médico o urgencias por miedo a morir o tener una enfermedad no detectada?</p>

T: María Jesús, ¿has acudido alguna vez al psicólogo o al psiquiatra en busca de ayuda antes de mí?

C: Sí, he ido un par de veces al psiquiatra pero no me han ayudado mucho, me daban pastillas que no me sentaban muy bien, y sobre todo que no me ayudaban a solucionar mi problema. Me sentía peor como si la culpa de que no me pusiera bien fuera mía.

T: ¿No fuiste a ningún psicólogo?

C: Sí, fui a una chica que trabajaba en la zona donde vivo. Me sentí mejor en esa etapa, hice avances y empecé a llevar una vida casi normal. Pero aprobó unas oposiciones y dejó la consulta.

T: ¿Qué fue lo que más te gustó de ella?

C: No me juzgaba, me entendía. Sentía que era casi como una amiga. Me ponía tareas para hacer entre sesiones y me daba mucho ánimo cuando avanzaba.

T: Me gustaría que me explicaras ¿cuándo sientes que la ansiedad te sobrepasa? ¿Puedes ponerme algún ejemplo?

C: Tengo un miedo atroz a que me suenen las tripas en público,

mi madre dice que es una tontería, que le pasa a todo el mundo. Pero yo estoy obsesionada con eso, no puedo evitarlo.

T: ¿Hay alguna situación que te pase especialmente?

C: Al principio solo me pasaba cuando estaba más nerviosa, así que lo que hacía era no comer si iba a estar en un sitio con más gente y funcionaba. Pero de un tiempo a esta parte me da miedo que me pase en cualquier situación y ya no soy capaz de coger el autobús, ir a comprar o ir al banco, de hecho no salgo de mi casa. Hoy he salido para venir a la consulta pero llevaba dos semanas en pijama sin salir.

## 5. Existencia de trastornos disociativos

En los trastornos relacionados con el apego y en los trastornos de estrés postraumático vamos a encontrar con frecuencia disociación traumática. Es muy importante valorar esta posibilidad porque si existe vamos a necesitar protocolos especiales para poder trabajarla, en estos casos como me gusta decir a mis pacientes «yendo despacio llegaremos mucho antes».

De acuerdo con Putnam (1994), la disociación es un proceso que produce una alteración en los pensamientos, sentimientos o actos de una persona de forma que, durante un periodo de tiempo, ciertas informaciones que llegan a la mente no se pueden asociar o integrar con otras como sucedería en condiciones normales, debido a la existencia de un trauma. Por otro lado, otros autores (Steinberg & Schnall, 2003) comentan que las experiencias disociativas se caracterizan sobre todo por una “compartimentalización de la consciencia”. Esta expresión se refiere al hecho de que ciertas experiencias mentales de las que se espera normalmente que se procesen juntas y al mismo tiempo (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos y el sentido de la identidad), se encuentren aisladas funcionalmente unas de otras permaneciendo en algún caso inaccesibles a la consciencia o a su recuperación mnésica voluntaria.

Para poder explorar la existencia de disociación podemos utilizar el cuestionario de Steinberg & Schnall (2003) teniendo en cuenta que es un cuestionario cualitativo, nos interesan las respuestas y comentarios que nos hagan sobre los diferentes ítems. Esta información nos va a resultar muy útil para poder valorar si debemos tener precauciones especiales a lo largo del tratamiento.

Tiene 5 apartados con sus correspondientes ítems:

- Amnesia
- Despersonalización
- Desrealización
- Confusión de identidad
- Alteración de identidad

Podemos encontrar el cuestionario completo en <https://trastornosdisociativos.files.wordpress.com/2012/06/cuestionarios-steinberg.pdf>

#### **6. Presencia de duelos no resueltos en la infancia o en la edad adulta**

En el capítulo 6 hablé de la importancia de las rupturas en el apego y cómo en casos graves se activa el circuito del pánico/separación. Si este se activó con frecuencia en la infancia, la persona va a ser extremadamente sensible a lo largo de su vida a cualquier tipo de pérdida sea real o imaginaria.

Con frecuencia los pacientes que tienen ansiedad, es por un duelo traumático o no resuelto. Siguiendo a Payas (2012) describiendo un duelo complicado relata:

*Cuando la emoción natural pierde su capacidad reguladora de la experiencia real y se convierte en una defensa rígida y maladaptativa, funciona como una manera de cortocircuitar el procesamiento de la experiencia y reduce el malestar asociado a la pérdida, pero a costa de anular la posibilidad de elaboración de significados y cambios: el miedo se convierte en ansiedad, pánico o fobias... Pág. 248.*

Como vemos en este texto, la descripción de un duelo en la edad adulta no difiere en nada de las descripciones que hemos hecho de las emociones que tiene un niño cuando tiene una experiencia de ruptura del apego con sus cuidadores. Si estos duelos han sido frecuentes o muy intensos en la infancia es obvio pensar que la amígdala habrá desarrollado una hiperactivación ante posibles rupturas en el apego, estas pérdidas pueden ser reales o imaginarias. En personas que sufren ataques de pánico debemos buscar duelos que hayan podido sobrecargar el sistema de alerta provocando esta patología.

A la hora de recoger la historia es fundamental preguntar:

¿Qué pérdidas hubo a lo largo de la vida? Estas pueden ser reales o imaginarias. Por ejemplo sentirse solo porque nació un hermano pequeño o porque los padres pasaban el

día trabajando va a ser tratado como una ruptura en el apego lo mismo que si hay una muerte de alguien cercano. Como siempre, mientras más implicadas estuvieron las figuras de apego en el problema, menor fue la edad a la que ocurrió y más se activó el circuito del miedo, mayor impacto traumático vamos a encontrar.

**Tabla 10.4.** Cuestiones para conocer pérdidas y duelos.

<p>¿Ha habido alguna muerte de alguna o algunas personas muy queridas para ti a lo largo de tu vida? ¿Cuáles? (Obviamente mientras más temprana fue la edad del paciente cuando la pérdida y más cercana era la persona más significativo habrá sido el trauma).</p>
<p>¿Ha habido alguna muerte de alguna persona significativa para ti en el año anterior al primer ataque de ansiedad fuerte o pánico? (Pueden ser familiares o amigos)</p>
<p>¿Ha habido algún acontecimiento importante que te haya obligado a ti o alguna persona muy cercana a ti de separaros por algún motivo médico (hospitalización), laboral, etc.? (Es decir algún tipo de alejamiento en la distancia que el paciente haya podido vivir como un duelo).</p>
<p>¿Ha habido algún momento en tu infancia que te hiciera sentirte especialmente solo o vulnerable? (Es muy frecuente que los pacientes digan que no lo recuerdan o que su infancia fue muy feliz, debemos investigar y no dejarnos llevar por las respuestas evitativas de los pacientes).</p>

T: María Jesús, perdona el bombardeo de preguntas. Pero necesito conocerte mejor. ¿Has perdido alguna a vez a alguien que te resultara muy cercano?

C: Sí, a mi abuela. En realidad era como una madre, fue la persona que cuidó de mí de pequeña porque mi madre siempre estaba trabajando.

T: ¿Qué edad tenías cuando se fue?

C: 15 años. La echo mucho de menos

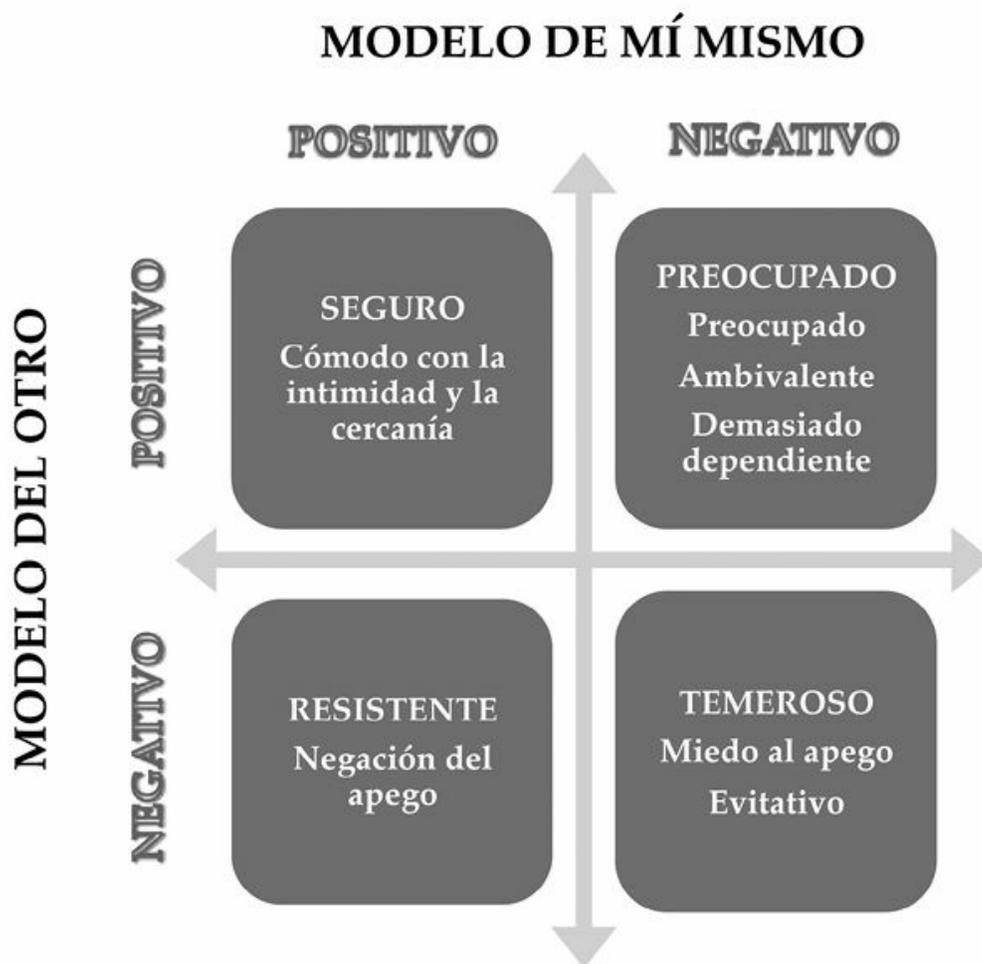
La paciente se pone a llorar, y yo guardo un silencio compasivo de respeto a su duelo.

## 7. Historia de sus relaciones de apego en el pasado y en la actualidad

El tipo de apego que cada persona desarrolle en su infancia va a determinar cómo se relaciona con los demás (y consigo mismo) a lo largo de su vida. Betherton (1985)

defiende que los modelos «cómo creo que me ven los demás y a mí mismo» son intercambiables. Por ejemplo, un niño que experimenta rechazo de padres es muy probable que desarrolle un modelo negativo de sí mismo.

Las sensaciones de poca valía, de perfeccionismo, de culpar a los demás de los fracasos, de necesidad de cuidar de todos, etc.: van a ser adquiridas en los primeros años de vida como forma de regulación interpersonal; cuando estas conductas sean insuficientes o se vuelvan ineficaces harán aparición las estrategias de regulación que, si son ineficaces o defectuosas, conducirán a los trastornos psicológicos y la ansiedad asociada.



**Figura 10.1.** Modelo de tipo apego en función como se ven a sí mismos y cómo cree que lo ven los demás. Basado en el modelo de Feeney & Noller (2001).

Bartholomew, (1990) basándose en los trabajos de Bowlby defiende que los patrones

de apego en la edad adulta reflejan los modelos internos de funcionamiento de sí mismo como el de las figuras de apego en la infancia. Los modelos de sí mismo se pueden dividir en positivos (creo de mí mismo que merezco amor) y negativos (creo de mí mismo que no merezco amor). Del mismo modo, los modelos del otro se pueden diferenciar en positivos (creo que el otro está disponible y se preocupa por uno) o negativos (se cree que el otro le rechaza a uno, se muestra distante o no se preocupa por uno). Estos modelos se combinarían y darían a cuatro tipos de apego diferentes (Feeney & Noller, 2001)

El modelo Camir o cuestionario de apego adulto en su versión reducida de Balluerka et al. (2011) adaptado en su contenido a las necesidades de este libro constituye una herramienta básica para poder evaluar el tipo de apego de los pacientes que acuden a nuestra consulta. Una vez más es importante resaltar que el cuestionario debe ser realizado en forma de preguntas abiertas que ayuden a los pacientes a reflexionar sobre su historia de apego pasada y actual.

1. En mi familia, las experiencias que cada uno tiene afuera son una fuente de conversación y de enriquecimiento para todos.
2. De niño(a) me dejaban pocas oportunidades para experimentar por mí mismo.
3. Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles.
4. En mi familia, cada uno expresa sus emociones sin temer a las reacciones de los otros.
5. Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.
6. En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.
7. Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo he sido.
8. En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante.
9. De niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis

seres queridos.

10. Pienso que he sabido devolver a mis padres el cariño que ellos me han dado.

11. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general positivas.

12. Detesto el sentimiento de depender de los demás.

13. Aunque sea difícil de admitir, siento cierto rencor hacia mis padres.

14. Solo cuento conmigo para resolver mis problemas.

15. De niño(a), a menudo mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables.

16. Cuando era niño(a), mis padres habían renunciado a su papel de padres.

17. Más vale no lamentarse mucho de una pérdida, de un duelo, para poder superarlo.

18. A menudo, dedico tiempo a conversar con mis seres queridos.

19. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos.

20. No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.

21. De niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.

22. Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos.

23. De niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer.

24. Los adultos deben de controlar sus emociones hacia los niños, ya sea de placer, amor o cólera.

25. Me gusta pensar en mi niñez.

26. De adolescente, nunca nadie de mi entorno, ha entendido del todo mis preocupaciones.

27. En mi familia, cuando uno de nosotros tiene un problema, los otros se sienten implicados.

28. Actualmente, creo comprender las actitudes de mis padres

durante mi niñez.

Determinar las relaciones de apego que hubo en la infancia y cómo son en la edad adulta nos va a aportar una información muy valiosa para corregir las experiencias pasadas durante el tratamiento. Fue la sensación de culpa y vergüenza lo que dio lugar a estrategias de regulación que permitieran encontrar un equilibrio nuevo que redujera el malestar. Nuestro objetivo en la terapia es conocer qué ocurrió en esos primeros años tan cruciales y ayudar a eliminar las emociones de culpa y vergüenza del paciente.

Cuando el paciente es capaz de poder vivir lo que ocurrió con los ojos de la persona que es en la actualidad, acompañada con seguridad por el terapeuta se produce una emoción que sustituye a la anterior. Consigue eliminar la culpa y la vergüenza asociadas a lo que ocurrió.

## **PATRONES DE PERSONALIDAD**

Sería imposible levantarse por la mañana y tener que volver a aprender todo lo que hemos aprendido en los días y años anteriores de nuestra vida. Nuestro cerebro guarda memoria de lo que ha ocurrido para poder invertir la energía en cosas diferentes, es lo que conocemos como un sistema de “economía cognitiva”, es decir, maximizar el rendimiento de nuestro cerebro con el menor gasto posible para que este pueda usarse en otros usos como la reproducción, la crianza de los hijos o resolver problemas de cualquier índole. Este es el sentido de la “memoria implícita procedimental” (ver capítulo 5).

Cuanto más hayamos realizado una conducta o más temprana sea la edad cuando lo aprendimos más difícil será poder cambiarlo posteriormente, el fenómeno del *kindling* (Morrell, 1990) hará que quede cada vez más consolidado en la memoria inconsciente o implícita. En otras palabras, cuantas más veces hagamos algo más tendencia tendremos a repetirlo, aunque ya no resulte eficaz o incluso sea patológico. Cambiar esa conducta, emoción o pensamiento exigirá mucho esfuerzo para ser modificado.

Igual que cuando nacemos y aprendemos el idioma de nuestros padres, adquirimos

muchas emociones y conductas que vamos aprendiendo desde pequeños con una tendencia a repetir las una y otra vez hasta que no seamos capaces de hacerlas de otra manera. Es a esto a lo que llamamos «esquemas» o patrones de personalidad. Estos son conductas y/o emociones que se configuran en la infancia, se mantienen y elaboran posteriormente y se imponen en las experiencias de la vida adulta incluso aunque ya no resulten aplicables (Young & col. 2013).

Muchos de estos esquemas se van a crear a partir de las relaciones que hayamos tenido de niños con nuestro entorno y de las respuestas que hemos tenido ante demandas de cuidado o atención. Cuando los padres atienden de forma positiva los niños incorporan modelos internos de funcionamiento que harán que sientan que pueden tener relaciones positivas con los demás y si al contrario han sido negativas tendrán sensación de poca valía, culpa, vergüenza y miedo a ser rechazados en las relaciones interpersonales.

Estos esquemas grabados en el inconsciente tienden a repetirse una y otra vez, quedando registrados como memoria implícita, y solo podremos cambiarlos si ponemos toda nuestra atención en ellos; al hacerlos explícitos y conscientes se puede actuar sobre ellos. Creo que gran parte de nuestro trabajo como terapeutas es detectar estos patrones repetitivos, inconscientes y patológicos y al sacarlos a la luz y hacerlos conscientes, ayudar a nuestros pacientes a cambiarlos por otros más adaptativos. Muchas veces estos patrones cambiarán de forma espontánea y en otras harán falta experiencias emocionales correctoras que permitan aprendizajes nuevos que al verse reforzados sustituyan a los anteriores que resultaban disfuncionales.

En el caso de las personas con ataques de pánico o una ansiedad excesiva, vergüenza patológica o rumiaciones excesivas entre otros trastornos, hay estrategias de control o regulación que les han ayudado a manejar el malestar en algún momento del pasado pero con el paso del tiempo se han convertido en patrones que resultan patológicos. En la conceptualización debemos conocer cuáles son los más frecuentes y ayudar a los pacientes a hacer conscientes esos patrones que se realizan de forma inconsciente.

Según Young & col. (2013) los patrones desadaptativos se caracterizan por:

- Un patrón o tema amplio y generalizado...
- Constituido por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales.
- Relativo a uno mismo y a la propia relación con los demás.
- Desarrollado durante la infancia y la adolescencia.
- Elaborado a lo largo de la vida.
- Disfuncional en grado significativo.

Existen muchas tipologías de personalidad para evaluar la presencia de patrones de personalidad que rigen las conductas y emociones de los individuos, en este apartado voy a destacar algunos de la «terapia de esquemas» de Young & cols (2013). En la figura 10.2 podemos ver las siete dimensiones del temperamento emocional que estos autores defienden.

Los patrones de abandono/inestabilidad y de imperfección/ vergüenza, serán más característicos de personas que inhiben su ira y enfado, y tienen tendencias a ser cuidadores y perfeccionistas. Las características son:

**Patrón de abandono/inestabilidad:** Tienen la sensación de que las personas importantes de su vida no seguirán estando ahí porque son emocionalmente imprevisibles, solo están erráticamente o morirán o abandonarán al paciente por alguien mejor.



**Figura 10.2.** Dimensiones del temperamento emocional. Según Young & cols. (2013) estas han sido identificadas revisando la literatura científica y sus propias observaciones.

**Patrón imperfección/vergüenza:** Equivale al sentimiento de que uno es imperfecto, malo o poco merecedor y que si se expone a los demás estos no le querrán.

Los patrones de grandiosidad y de insuficiente auto-control y auto-disciplina serán

más característicos de individuos con rasgos narcisistas que proyectan su enfado hacia fuera, no sintiéndose nunca culpables de nada malo de lo que les pasa.

**Patrón de grandiosidad:** Estos individuos se sienten especiales. Tratan de controlar a los demás para satisfacer sus necesidades. Consideran a los demás inferiores e inútiles. Nadie está a la altura de sus expectativas. Culpan a todos cuando las cosas no salen como ellos creen que se merecen.

**Patrón de insuficiente auto-control:** Tienen problemas para controlarse y plantearse metas que puedan realizar. No tienen capacidad para tolerar la disciplina, y son incapaces de contener sus emociones e impulsos. Tienen tendencia a tener conductas antisociales y culpar a los demás de todo lo que no les sale bien, buscan las gratificaciones a corto plazo.

Obviamente no vamos a encontrar estos rasgos de personalidad en todos los pacientes, ni de una forma pura. Pero sí con muchísima frecuencia, y nos va a resultar muy útil cuando a lo largo de la terapia trabajemos la psicoeducación y todo el trabajo relacionado con las experiencias traumáticas del pasado.

En la tabla 10.5 podemos encontrar preguntas a nuestros pacientes que nos ayuden a conocer cuáles son sus patrones más habituales en relación al trastorno que nos ocupa.

**Tabla 10.5.** Algunas cuestiones que podemos hacer de forma abierta para conocer la tendencia de la persona a tener unos rasgos de personalidad u otros.

<p>Personalidades complacientes, el síndrome de “lo siento...”</p> <p>¿Te preocupas en exceso de lo que los demás puedan pensar de ti?</p> <p>¿Te preocupas en exceso de que otras personas puedan enfadarse contigo?</p> <p>¿Evitas conflictos y discusiones a cualquier precio?</p> <p>¿Pones las necesidades de los demás siempre por delante de las tuyas?</p> <p>¿Te resulta difícil decir no, incluso cuando te das cuenta de que se están aprovechando de ti?</p> <p>¿Absorbes el estrés de los demás, y tomas demasiado esfuerzo e interés porque los demás estén bien?</p>
<p>Personalidades con miedo a la pérdida/separación y al conflicto</p> <p>¿Te preocupas excesivamente acerca de la seguridad y el bienestar de tu familia y seres queridos?</p> <p>¿Te preocupa constantemente la posibilidad de separarte o perder a algún o algunos seres queridos?</p> <p>¿Te preocupas en exceso de estar solo o tener alguna situación que no puedas afrontar solo o ponerte enfermo?</p> <p>¿Te preocupas en exceso de tu salud, de la muerte en general o de morir tú?</p>
<p>Personalidades con inhibición emocional</p> <p>¿Tratas de ocultar tus emociones por miedo de molestar o herir a los demás?</p> <p>¿Minimizas u ocultas sensaciones de frustración, enfado o resentimiento dentro de ti para evitar una confrontación?</p> <p>¿Sientes que escondes sentimientos de tristeza o rabia?</p> <p>¿Crees que mostrar tristeza o enfado es un signo de debilidad?</p> <p>¿Es no molestar o ser una carga una de tus mayores características como persona?</p>

Personalidades narcisistas

¿Sientes que te equivocas a menudo? ¿Cuándo fue la última vez que diste la razón y reconociste que te habías equivocado?

¿Qué opinión te merece tu familia, compañeros de trabajo, etc.?

¿Cómo te sientes cuando no te dan la razón?

¿Sueles sentirte satisfecho con facilidad?

¿Sueles interpretar los comentarios de los demás como algo personal?

¿Eres muy sensible al éxito o al fracaso? ¿Cómo crees que te ven los demás?

## CONCLUSIONES

La conceptualización o recogida de la historia del paciente es crucial a la hora de abordar cualquier tratamiento y especialmente en los trastornos de ansiedad y pánico. En muchas ocasiones podremos realizarla en las primeras sesiones de forma ordenada, pero muchas veces debido al malestar o incapacidad para dar un discurso coherente o la urgencia por aliviar los síntomas que provocan mucho sufrimiento en el paciente esto no va a ser posible. En estos casos vamos a tener que comenzar con psicoeducación y/o estabilización (ver capítulo 11 y 13 respectivamente) antes de poder hacer la recogida de la historia.

La recogida de información debe incluir datos tanto del historial médico y psicológico del trastorno como de la historia personal del paciente, rasgos de personalidad, figuras de apego y su relación con ellas. De este modo podremos conocerle y sobre todo que el paciente pueda conocerse a sí mismo. Encontraremos muchos datos que serán narrados por el paciente (memoria explícita) pero también deberemos investigar lagunas en la narración, contradicciones o incoherencias que denoten aspectos contenidos en la memoria implícita (muchas veces olvidados o no contemplados como relevantes) que son cruciales para comprender los orígenes del trastorno.

En cualquier caso es importante destacar que la recogida de información va a estar presente a lo largo de todo el tratamiento. A medida que vayamos trabajando irán apareciendo datos nuevos que resultarán muy relevantes o diferentes matices sobre hechos ya recogidos en la historia que ayudarán al paciente y al terapeuta a arrojar una luz nueva sobre la historia del trastorno.

Es importante durante esta fase que el paciente pueda preguntar todo lo que necesite. A menudo cuando avancemos en la terapia tendremos que volver a explicar de nuevo muchos conceptos o pautas que ayuden al paciente a conocerse mejor y poder cambiar lo que le resulta patológico.

# Psico-educación

## 11

No haber tenido una sensación de control durante la infancia y las estrategias para poder sentir que se tiene (o la necesidad de no sentir que no existe posibilidad de control) ha sido el pilar sobre el que empezó a construirse el deterioro psicológico. El terapeuta tratará de devolver esa sensación de control sobre las emociones, las conductas y los pensamientos que lleve a la sanación. Mediante la psico-educación ayudando al paciente a conocer mejor cuál fue el origen de su problema y por qué se mantiene en la actualidad, podremos lograr que empiece a entender lo que le ocurre y por lo tanto sentir que puede cambiarlo. Es una parte crucial del tratamiento que va a tener dos objetivos principalmente:

1. Fortalecer la alianza terapéutica, ayudando al paciente a sentirse escuchado y atendido. Las personas que sufren trastornos emocionales han tenido muchas veces la sensación de ser invisibles, no atendidos o incluso agredidos. Hacer a nuestro paciente sentirse cuidado y atendido durante todo el proceso del tratamiento va a ayudarlo a poder rectificar esas experiencias negativas que son la base del trastorno.
2. Dar sensación de control. Los pacientes que vienen a consulta con estos trastornos tienen la sensación de que han perdido el control sobre su cuerpo, sus emociones y sus pensamientos. Explicándoles cómo funciona el cerebro y su cuerpo, les ayudaremos a poder entender lo que les está pasando y podrán crear con nuestra ayuda estrategias que les permitan empezar a tener sensación de que su problema tiene solución y que no les ocurre nada extraño.

Hay cuatro aspectos que son cruciales en la psico-educación, para poder explicar que es lo que le ocurre y ayudar a los pacientes a entender su problema y empezar a crear soluciones:

- Cómo vamos a trabajar durante el tratamiento.
- Qué son los trastornos emocionales.
- Cómo nos influye nuestra infancia durante toda nuestra vida.
- Qué son los trastornos disociativos.

## ¿CÓMO VAMOS A TRABAJAR DURANTE EL TRATAMIENTO?

Como hemos comentado anteriormente es imposible planificar exhaustivamente el tratamiento debido a que a lo largo de este pueden aparecer traumas ocultos, situaciones que requieran una atención inmediata en el presente o síntomas que tendremos que disminuir para poder empezar a hacer un trabajo terapéutico más profundo.

A lo largo del libro vamos a encontrar de forma exhaustiva cómo trabajar cada una de las fases, pero nuestro objetivo en esta parte de la terapia debe ser generar confianza de que van a sentirse mejor con el tratamiento y que pueden confiar en nosotros, pero sin dar más información de la necesaria pues solo lograremos abrumar al paciente y desorientarlo más. No olvidemos que los pacientes necesitan creer que nosotros estamos en control en todo momento. Es necesario hacer partícipe al paciente del proceso pero solo lo estrictamente necesario para generarle confianza y sensación de control.

Los terapeutas vamos a tener un mapa del proceso que solo vamos a ir compartiendo con el paciente a medida que vaya siendo estrictamente necesario, y las etapas van a ir variando en función de las necesidades de este. A modo de ejemplo podremos decir:

Vamos a trabajar según el siguiente orden:

Voy a ayudarte a relajarte aquí en la sesión y explicarte técnicas y darte grabaciones de audio para que puedas relajarte en casa (yo tengo grabaciones de hipnosis que le envió al cliente). Si en algún momento te encuentras muy alterado o sientes que necesitas decirme algo o hay cosas que no entiendas es muy importante que me lo digas para que te lo explique las veces que sean necesarias.

Voy a explicarte con detalle por qué tu mente y tu cuerpo reaccionan como lo hacen. Quizás tú tengas la sensación que todo esto ocurre sin motivo aparente pero en la naturaleza no existe la casualidad y tenemos que comprender por qué ocurre todo esto dentro de tu mente.

A lo largo de tu vida han ocurrido cosas que sumadas a aspectos genéticos y biológicos han provocado esta enfermedad que sufres ahora. Para ti sé que es muy importante reducir los síntomas que tienes y te voy a ayudar a hacerlo. Pero para mí como terapeuta

es también muy importante eliminar las causas que provocaron este trastorno para darte herramientas para que no vuelva a ocurrir nunca más.

Voy a hacerte preguntas para conocerte mejor, si alguna te incomoda o no te acuerdas me lo dices y no pasa nada. Quizás a lo largo del tratamiento puedan aparecer cosas nuevas que sean relevantes y las iremos añadiendo a nuestra hoja de ruta.

Si te resulta cómodo te voy a dar auto-registros para que los rellenes aquí o entre consultas con diferentes cuestiones que nos ayuden a ver cómo son los síntomas y si hay mejoría durante el tratamiento.

Vamos a trabajar, como te dije, con el origen de la enfermedad y a ayudarte a que tú sientas que recuperas el control de tu vida. Irás viendo que a medida que te ayudo a conocerte mejor y vas entendiendo por qué tu cuerpo y tu mente provocan estos síntomas empezarás a controlarlos y a sentirte mucho mejor.

Finalmente, como no puede ser de otro modo, te ayudaré a enfrentarte a las situaciones que te dan miedo. Verás cómo muchas veces lo vas a ir logrando solo a medida que avanza la terapia como si el problema se fuera diluyendo poco a poco y tú sientas que necesitas hacer cosas diferentes que antes no te atrevías. En otros casos tendré que ayudarte a que puedas enfrentarte a ellas de forma consciente para que esos miedos sean cosa del pasado.

Al final de la terapia cuando estés mucho mejor o bien del todo, nos veremos de forma ocasional (una vez al mes al principio, cada tres meses luego) para revisar si ha habido alguna recaída o algún problema que te pueda ayudar. Sabiendo que puedes ponerte en contacto conmigo en cualquier momento que lo necesites, que aquí las puertas están siempre abiertas para ti.

## **¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS EMOCIONALES?**

Hemos hablado de este tema con anterioridad en los primeros capítulos de este libro,

si bien en esa parte desarrollamos con profundidad los aspectos biológicos que llevaban a los trastornos emocionales vamos a volver sobre ellos en este apartado de una forma mucho más didáctica. Debemos tener cuidado de no utilizar una jerga científica que nuestros pacientes no sean capaces de entender. Es muy importante explicar los aspectos biológicos del trastorno con un lenguaje que el paciente pueda entender y asimilar todo lo que le contamos. Dependiendo del nivel cultural o de las inquietudes y la formación académica del paciente podremos utilizar un lenguaje más metafórico, técnico o exhaustivo en las explicaciones que damos.

En este apartado voy a utilizar un lenguaje sencillo que es el que uso con mis pacientes para explicar el origen de su enfermedad y los síntomas de los trastornos emocionales; para profundizar en estos temas se puede recurrir al capítulo 2 de este libro o a bibliografía especializada.

Una explicación que suelo dar a mis pacientes es esta: (este texto es general para todo tipo de trastornos emocionales y el terapeuta deberá adaptarlo a las circunstancias personales del paciente, un trastorno obsesivo, una fobia social o a trastornos de ansiedad).

Nuestro cerebro ha evolucionado a lo largo de millones de años haciéndose cada vez más complejo, hemos ido adquiriendo características a lo largo de la evolución que todavía compartimos con el resto de los animales.

Con los reptiles compartimos los elementos más básicos para la supervivencia, como es respirar, reproducirnos, dormir, comer, sentir dolor... Esto es la parte más primitiva de nuestro cerebro y está justo en el punto que une nuestra cabeza con nuestra espalda. Esta parte del cerebro refleja las emociones más primitivas como son el miedo o el deseo sexual. Esta parte es responsable de las sensaciones que sentimos en nuestro cuerpo cuando por ejemplo tenemos hambre o algo nos asusta.

Con los monos y con algunos mamíferos compartimos las emociones, como pueden ser cuidar de nuestros hijos o familiares, estar en grupo, sentir pena cuando alguien sufre, etc. Es una parte del cerebro que se relaciona mucho más con las emociones. Es la parte que guarda memoria de cómo fueron

nuestras relaciones con nuestros padres, con nuestros hermanos y abuelos o con nuestros amigos. Los órganos de esta parte del cerebro guardan memoria de los traumas, por ejemplo, y es la que va a guardar memoria si algo fue peligroso en el pasado y va a tratar de protegernos para que no vuelva a hacernos daño.

Los seres humanos tenemos una parte del cerebro que no compartimos con ningún ser vivo, es la parte que hace que tengamos lenguaje o que podamos hacer herramientas o que nos reconozcamos en un espejo. Esta parte es la responsable del pensamiento. Es la que nos dice qué es lo lógico o lo que deberíamos hacer.

A las dos primeras partes del cerebro que compartimos con el resto de los seres vivos le llamamos “**inconsciente**”, porque maneja situaciones que nosotros no podemos controlar. Imagínate que conoces a alguien, te puede caer bien o mal y eso no depende de tu voluntad, o no puedes controlar tener sed o sueño o... miedo. Efectivamente esta parte va a ser la que controla a qué cosas tienes miedo aunque no tenga ningún sentido.

La tercera parte del cerebro que solo tenemos los humanos le llamamos “**consciente**” y es la parte que nos dice lo que es lógico o lo que no debemos hacer. Te voy a poner un ejemplo: Imagínate una persona que es fumador y le ha dicho el médico que debe dejar el tabaco. Esa persona sabe conscientemente que gasta un dinero que no tiene, que puede sufrir un cáncer, etc. pero inconscientemente tiene una adicción y no puede dejarlo. Existe una lucha entre lo que le dice su mente consciente y lo que le permite su mente inconsciente, y las dos están en la misma cabeza. Así que es muy normal que la persona no entienda muy bien lo que le está pasando.

Lo mismo ocurre con los miedos, puedo tener miedo a los perros, o los ascensores, o los sitios altos, y yo conscientemente sé que no me va a pasar nada pero inconscientemente les tengo pánico. En algún momento de mi pasado partes de mi cerebro (quizás cuando era pequeño) entendieron que algunas cosas eran

peligrosas y no importa el tiempo que pase va a seguir creyendo que son peligrosas.

Es obvio que hay miedos que son innatos y otros que se adquieren con el tiempo (todos tenemos miedo a los leones pero solo unos pocos a las palomas), así que cuando mi cerebro inconsciente percibe algo que a mí me resulta peligroso reaccionará para defenderme obligando a mi cuerpo que se ponga en modo lucha-huida para atacar, huir o defenderme. Las sensaciones de alerta que siento en mi cuerpo es lo que llamamos “**ansiedad**”, y como todos hemos comprobado en algún momento pueden ser extremadamente desagradables.

A este miedo a situaciones o cosas que nos provocan miedo le llamamos “**fobias**” y como nos provocan sensaciones muy desagradables evitamos cualquier cosa que nos provoque una fobia. Mi cerebro inconsciente estará alerta y tratará de protegerme ante cualquier cosa o situación que me recuerde a esa fobia. Pero además la cosa se complica un poco más porque el ser humano a través de su pensamiento es el único animal que puede tener fobias a cosas que no son reales. Por ejemplo puede tener miedo a cosas que podrían ocurrir (por ejemplo ver nubes negras y empezar a aterrorizarme que pueda venir una tormenta) o fobias a cosas que no son concretas a algo real, es lo que yo llamo “**fobias intangibles**”.

El ser humano puede tener miedo a hacer el ridículo, miedo a querer y que no le quieran, a no ser válido... es decir hay muchas fobias en nosotros que están relacionadas con la culpa y sobre todo con la vergüenza y que no compartimos con ningún ser vivo (¿te imaginas una cebra con vergüenza por ir desnuda?) pero que causan el mismo o peor malestar que una fobia a algo real porque se suma el sufrimiento de la ansiedad con la sensación de no saber lo que me está ocurriendo, y eso explica por qué muchas personas evitan lugares o actividades donde tengan que

relacionarse con los demás.

En el caso de un paciente que sufre ataques de pánico, lo podríamos explicar así:

El sistema de alerta que provoca la ansiedad ha estado activado durante mucho tiempo por situaciones que viví en mi pasado como depresiones, peleas de mis padres, pérdidas de seres queridos... el sistema de alarma estalla y empiezo a tener ataques de ansiedad muy fuertes que me provocan miedo de estar teniendo un ataque al corazón o que voy a morir y cuando voy al hospital me dicen que es ansiedad. Con lo que al miedo a morir se suma el miedo a volverme loco porque no sé lo que me está pasando. A esto le llamamos “**ataques de pánico**” y son muy pero muy desagradables.

Las personas que sufren estos ataques no saben por qué les dan ni dónde pueden darles, y empiezan a desarrollar fobias a sitios donde creen que pueden volver a darle, incluso algunas personas empiezan a tener miedo a salir a la calle, a esto le llamamos “**agorafobia**”. Los que sufren estos ataques tienen miedo de hacer cosas solos por miedo a que les pase algo y no puedan controlar la situación, por lo que necesitan estar rodeados de personas de su confianza para sentirse seguros. De lo que no se dan cuenta es que mientras más evitan situaciones o las tienen que hacer acompañados, su cerebro inconsciente se reafirma que hay un peligro y aumenta el miedo y la ansiedad cada vez que hace algo.

Los síntomas que tienes aunque son muy desagradables son algo natural producidos por la reacción de alerta de tu mente, los síntomas más comunes que se producen cuando tenemos ansiedad son: palpitations del corazón, temblores, sudor excesivo, sequedad de la boca, asfixia, náuseas y/o malestar en el estómago, presión/dolor en el pecho y/o en el corazón, vértigo o

mareos y en casos de ataques de pánico miedo a morir, miedo a volverse loco y miedo a desmayarte.

Otro problema es que la parte inconsciente de nuestro cerebro si no encuentra algo concreto a lo que tener miedo empieza a desarrollar miedo cada vez a más cosas y la ansiedad empieza a provocar que evitemos cada vez más situaciones e incluso que tengamos miedo de que pueda pasarle algo malo a nuestras personas queridas.

¿Puedes entender mejor ahora por qué tu cuerpo reacciona así ante las situaciones que te provocan miedo? Intenta ayudarte a evitar situaciones que consideras peligrosas aunque tú sepas conscientemente que no lo son.

Poco a poco a lo largo de la terapia vamos a ayudar a la parte inconsciente de tu cerebro a aprender que esos miedos irracionales no son necesarios y por lo tanto la ansiedad irá desapareciendo poco a poco. Los síntomas irán mejorando a medida que vayas entendiendo el origen de tu problema y cómo has llegado a esta situación y también te daremos herramientas para que puedas actuar de una forma diferente para que tu cerebro deje de percibir peligro donde no lo hay.

## **¿CÓMO INFLUYE NUESTRA INFANCIA A LO LARGO DE NUESTRA VIDA?**

En capítulos anteriores ya desarrollamos de forma exhaustiva qué importancia tenían las relaciones de apego en la infancia y la edad adulta en la etiología del trastorno, en este apartado explicaremos al paciente cómo influyen las relaciones que tuvimos en nuestra infancia con los cuidadores, con nuestra forma de vivir el mundo en la actualidad.

Es muy importante resaltar que esta parte de la psico-educación debe hacerse con sumo cuidado porque si bien las relaciones de apego van a ser vitales en el origen del trastorno también es donde vamos a encontrar más defensas a la hora de poder realizar la terapia (Leeds, 2011). Encontraremos idealizaciones de los cuidadores, fobias a recuerdos traumáticos, miedos a romper vínculos, miedo a ser malos por criticar a los

padres, etc. (veremos cómo trabajar todo esto con detalle en el capítulo 15, Defensas).

En esta fase es crucial ir al ritmo que pueda tolerar el paciente porque si activamos alguna defensa lo único que lograremos es romper la alianza terapéutica y puede que perder al paciente. Mientras más fuerte sea el vínculo con más tranquilidad podremos ir tratando todo lo relacionado con el apego, que si bien es el origen del problema es también la parte más delicada del tratamiento.

Como en el apartado anterior usamos un lenguaje más o menos coloquial en función de las necesidades del paciente, un ejemplo sería:

Todos los seres humanos nacemos con unas emociones básicas que están genéticamente programadas y que son inconscientes. Algunas pueden ser el miedo, la necesidad de relacionarnos con los demás o el apego a las personas que nos cuidan. ¿Te imaginas una cebra de 3 meses que se separara del rebaño? ¿Cuánto tiempo podría sobrevivir sin que algún animal la cace o muera de hambre? Muy poco ¿verdad? Casi todo lo relacionado con nuestros cuidadores lo compartimos a nivel cerebral con la mayoría de los mamíferos y por lo tanto para un niño humano es vital tener contacto físico y emocional con sus padres.

Igual que la cebra que pierde a su madre en el rebaño, si un niño pequeño siente que no está en contacto físico o emocional con sus cuidadores sentirá malestar al principio, miedo después y pasado un tiempo tendrá pánico. Hay muchas situaciones en las que se producirá esta ruptura (y son necesarias para que el niño aprenda a estar bien solo o a confiar en otras personas) pero si estas rupturas son muy frecuentes y/o duran demasiado o los cuidadores maltratan al niño, su cerebro estará hiperactivado por una sensación constante de miedo.

Esta activación constante del circuito del miedo durante la infancia provocará en el niño alteraciones fisiológicas que serán importantes durante todo el resto de su vida. A mí me gusta explicar una metáfora respecto a esto: Cuando en Japón hay un terremoto apenas hay daños materiales ni víctimas pero el mismo seísmo en Nepal provoca destrozos importantes y miles de

muerdos. ¿Por qué? Por los cimientos de las casas. Las relaciones con nuestros cuidadores durante la infancia van a ser los pilares sobre los que vamos a construir el edificio de nuestra personalidad.

Un niño que durante su infancia tenga hiperactivado el circuito cerebral del miedo tendrá con mucha probabilidad alteraciones en su química cerebral que le harán hipersensible en sus reacciones ante los problemas de la vida, las relaciones con los demás y sus miedos y fobias.

**(Atención:** la siguiente parte, debe explicarse al paciente solo cuando estemos seguros de que la alianza terapéutica es muy fuerte):

Quizás tú puedas recordar hechos en tu infancia y adolescencia, como ser maltratado o abusado, haber perdido a un ser querido o haber estado muy enfermo, haberte sentido solo o rechazado. Estas vivencias del pasado te pueden ayudar a entender muchos de los síntomas que estás teniendo ahora y por qué tu circuito del miedo está hiperactivado y te provoca ansiedad.

Pero muchas veces no tiene que ocurrir algo muy grave para que se produzca malestar en tu relación con tus padres u otros cuidadores, puede ocurrir una depresión de uno de tus padres, peleas frecuentes en casa, sensación de que no te quieren o sentirte menos querido que algún hermano; que tu madre o tu padre o ambos se han apoyado demasiado en ti haciéndote responsable de cosas para las que no estabas preparado a tu edad. Todo esto también puede provocar señales de alerta en nuestro cerebro que de forma permanente e insidiosa hacen que no podamos relajarnos en ningún momento, por miedo a provocar el rechazo de los demás o sentirnos solos. Y cuando somos adultos y perdemos a un ser querido o alguien nos rechaza, nuestro sistema de alarma que ya estaba muy sobrecargado estalla sin que

podamos entender por qué y podemos tener síntomas extremadamente desagradables, que no sabemos por qué se producen ni de dónde vienen.

Hay personas que tienen miedo a hacer el ridículo en público (por ej. por sudar demasiado o que le suenen las tripas) y les lleva a evitar relacionarse con los demás o, peor aún, sufrir ataques de ansiedad muy agudos o incluso de pánico, que les hagan sentir que van a morir y tener miedo a que les pueda ocurrir algo malo a ellos o a sus seres queridos.

Aunque te parezca absurdo, tu mente inconsciente intenta defenderte de algo que considera peligroso aunque tú conscientemente sientas que no tiene ningún sentido. Piensa que hasta los 10 años de edad aproximadamente casi todo nuestro aprendizaje es inconsciente y que en los primeros 4 años de vida aprendemos el 80% de lo que aprenderemos a lo largo de nuestra vida.

Tu mente inconsciente te intenta ayudar de una forma que te perjudica y te hace sufrir y tenemos que hacer que lo haga de una forma distinta. Para eso lo primero es saber por qué hace las cosas de un modo tan doloroso para ti. Una de las formas que tu inconsciente te ayuda durante tu infancia es haciéndote responsable a ti de las cosas que van mal en relación con tus padres. Es mejor creer «yo soy defectuoso» a creer que mis padres son defectuosos, porque hasta la adolescencia la prioridad de tu mente es permanecer vinculado a tus padres. Es por eso por lo que tu mente te hace sentir mucha culpa y vergüenza, porque fue necesaria de pequeño para poder mantenerte vinculado a tus padres.

Un poco de culpa y vergüenza son necesarias y sanas para vivir en sociedad, pero cuando son excesivas se convierten en patológicas y hacen sufrir mucho a las personas, porque les

incapacita para tener una vida normal. Vamos a ir trabajando para saber cómo fue tu infancia y tu relación con tu familia cercana. Si ha ocurrido algo realmente doloroso, grave o traumático durante tus primeros años de vida quizás encontremos una explicación del origen de tu enfermedad y si no ha ocurrido nada importante me ayudará a conocerte mejor para poder ayudarte con tu problema.

## **¿QUÉ ES LA DISOCIACIÓN TRAUMÁTICA?**

La disociación traumática de la personalidad es una teoría muy compleja (Van der Hart & col, 2011) incluso para los propios psicólogos y profesionales de la salud. Si bien es necesaria a la hora de trabajar con traumas psicológicos es también desconocida por la mayoría de las personas ajenas al mundo de la psicología pudiéndose confundir con trastornos como la psicosis, por lo que debemos extremar el cuidado a la hora de explicarla.

Va a ser un pilar fundamental sobre el que vamos a construir gran parte del trabajo terapéutico, debemos dedicar todo el tiempo que haga falta a la psico-educación de este apartado. Explicar de forma sencilla qué son las partes de la personalidad, por qué se producen estas partes, qué función cumplen y cómo vamos a trabajar con ellas, va a facilitar mucho el trabajo durante la intervención.

Como siempre, utilizaremos un lenguaje sencillo y asequible siendo más técnicos o coloquiales en función de las necesidades del paciente. A la hora de la psico-educación del trabajo con partes podemos usar metáforas del modelo de sistemas internos familiares (Schwartz, 1995; Earley, 2012) que resulta muy pedagógico y asequible para los pacientes.

Cada uno de nosotros en función de sus circunstancias va desarrollando diferentes formas de comportarse frente a los demás, ante los retos, ante la vida... a esto es a lo que llamamos personalidad. Son características de cada uno de nosotros que harán que nos comportemos de una manera u otra en diferentes circunstancias. Por supuesto, la personalidad es algo muy

personal que no puede verse ni tocarse, aunque seguro que todas las personas que nos conocen, e incluso ante nosotros mismos hay una imagen o unas expectativas de cómo vamos a comportarnos en diferentes momentos.

La personalidad puede cambiar en función de lo que estemos haciendo, con quién lo estemos haciendo o incluso dónde lo estamos haciendo. Los seres humanos tenemos la capacidad de adaptarnos a nuestro entorno en función de sus características. Por ejemplo no me puedo comportar igual aquí contigo en la consulta que si estoy con unos amigos en un bar viendo un partido de futbol de mi equipo favorito.

Cuando vamos creciendo, nuestras neuronas forman redes entre sí para identificar circunstancias de hechos que ocurrieron en el pasado, para poder recordar cómo debo actuar frente a ese estímulo si vuelve a producirse. Por ejemplo, imagínate una niña que de pequeña le mordió un perro, sus neuronas guardaran memoria de que los perros son peligrosos y cuando sea adulta y vea a un perro sentirá miedo. Es decir tendrá una “parte de su personalidad” que será fóbica a los perros.

Pero imagínate que hay un niño que ha sufrido acoso escolar en el colegio, cuando sea adulto puede tener miedo a ser rechazado y dependiendo de lo grave que haya sido el acoso puede costarle mucho relacionarse con los demás o hablar en público, pudiendo desarrollar incluso una fobia social.

Mientras más intensa haya sido la experiencia que hayamos tenido, habrá más neuronas incluidas en el recuerdo y esa parte estará más presente. Si la experiencia ha sido muy buena querré repetirla a menudo y si ha sido muy mala querré evitarla a toda costa.

Si algo ha ocurrido muchas veces o a ha sido muy intenso esta parte puede volverse algo rígido de mi personalidad y se convierte en algo que me obliga a hacer cosas, aunque sepa que después me puedo arrepentir. Mientras más intensa y a más temprana edad se haya creado esta parte más rígida e independiente será.

Así yo seré el que soy “el self” más las diferentes partes de mi personalidad que se activarán o inhibirán en función de las circunstancias. Muchas de estas partes me gustarán mucho y otras me producirán mucho desagrado y aunque haya intentado cambiarlas muchas veces al final aparecen de nuevo, de hecho muy a menudo, mientras más intento anularlas o ignorarlas, más fuerte se hacen y con más frecuencia aparecen. Quizás tú has venido a la consulta porque hay partes de tu personalidad que están ahí y que en vez de ayudarte te están perjudicando y necesitas que cambien para que puedas ser feliz o simplemente llevar una vida normal.

Te voy a poner un ejemplo que creo que te va a ayudar:

Imagínate una niña que sus padres se pasan el día trabajando y la tiene que cuidar su abuela, la niña quiere mucho a su familia pero se siente muy sola, y esa soledad le produce mucho malestar. Cuando se siente mal busca a su abuela para hablar o jugar y esta, que la quiere mucho, le da siempre de comer y le insiste que coma constantemente (es su forma de decirle que la quiere). La niña no tiene hambre pero se come toda la comida porque siente que si no lo hace su abuela se pondrá triste. Sus padres cuando llegan a casa están muy cansados y le preguntan a la niña si ha estudiado y le insisten en que tiene que sacar muy buenas notas para que pueda llegar lejos en la vida y no tenga la vida que han tenido ellos que se están sacrificando mucho para que ella pueda tener una vida mejor que las que han tenido ellos. Pasan los años y esta niña se ha convertido en una mujer y esas partes que se crearon cuando era pequeña siguen estando ahí y a lo mejor ha llegado lejos en la vida y está obsesionada con su trabajo y cuando llega a casa y se siente sola se pone a comer mucho más de lo que sabe que necesita. La mujer adulta no sabe por qué actúa así pero nosotros sabemos que de pequeña creó una parte que era feliz cuando comía con su abuela y que quizás ha asociado felicidad con comida y otra parte que necesita ser muy eficaz para dar satisfacción a los demás. Es decir se siente útil cuando cumple con sus responsabilidades de forma estricta pero

por ahí, muy escondida y muy asustada, hay una que tiene mucho miedo a la soledad y otra parte que la hace comer para sentirse mejor.

A mí me gusta dividir las en diferentes tipos:

**Partes públicas:** Son las que nos gusta mostrar y la mayoría de las veces con la que nos sentimos más seguros. Suelen ser partes que trabajan, estudian, se relacionan con las personas con las que no tiene intimidad. Son partes conscientes en el sentido de que podemos manejarlas y mostrarlas a voluntad.

**Partes impulsivas:** Son muy enérgicas y cuando aparecen lo hacen a veces de forma muy precipitada y sin medir las consecuencias de sus actos. Como un grupo de bomberos que van a apagar un fuego y hacen todo lo posible por hacerlo sin importar los daños colaterales. Son las que provocan que las personas caigan en las drogas, se enamoren de personas que les hacen daño o coman hasta atracarse y después vomitar. Harán lo que sea porque la persona no sufra aunque los resultados sean peores que los que tratan de evitar. Si reconoces estas partes dentro de ti quizás no te gusten pero aunque te parezca mentira quieren ayudarte, lo hacen de la única manera que saben y hay que ayudarlas a hacerlo de una forma diferente. Otros psicólogos las llaman partes emocionales (PE) y en este caso estarían centradas en la defensa del dolor y el miedo.

**Partes controladoras:** Son aquellas que son ejecutivas, se dedican a las cosas de la vida diaria. Están centradas en los estudios, en el trabajo, en cuidar de los hijos, en definitiva en cumplir con la vida diaria. Otro grupo de psicólogos la llaman parte aparentemente normal (PAN).

**Partes heridas:** Son las partes que sufrieron el dolor del miedo o de la soledad o del rechazo. Mientras mayor fue el daño que hicieron al niño más asustadas estarán estas partes y más activas serán las partes bombero para protegerlas. La prioridad de todas las partes será evitar que el niño vuelva a sentir el dolor y no importa los años que pasen el dolor seguirá ahí. No podemos olvidar que estas partes inconscientes viven en un eterno presente

y no crecen ni cambian con la edad. Estas partes también las llamaremos PE pero estarán centradas en evitar el sufrimiento y el dolor.

Partes rechazadas: Son aquellas partes que tratamos de ocultar a los demás y la mayoría de las veces a nosotros mismos. Representan todo aquello que no nos gusta de nosotros. La mayoría de las veces coincide con aquello que no le gustaba, o así lo creíamos, a las personas que nos rodeaban cuando éramos pequeños.

¿Entiendes mejor ahora por qué muchos de tus síntomas te hacen pensar que no tienes el control de tu vida o tienes tanto miedo a algunas situaciones, o no puedes dejar de hacer algo aunque sientas que te perjudica? Son diferentes partes de tu personalidad que toman el relevo según la circunstancias. ¿Te imaginas una orquesta que no tuviera un director? Cada músico tocaría su instrumento sin tener en cuenta a los demás y sería un caos como cuando empieza a afinar una orquesta. Te voy a ayudar a ser el director de tu orquesta interna para que todas tus partes participen de una forma ordenada y puedas crear con tu vida un sonido delicioso.

## CONCLUSIONES

La ansiedad es una señal de nuestro cuerpo ante un peligro que muchas veces desconocemos. La psico-educación es muy importante durante las primeras fases de la terapia para poder ayudar a los pacientes a conocer lo que les ocurre. Al poder entenderlo empezarán a tener una sensación de control sobre lo que les ocurre.

En este capítulo he desarrollado de forma didáctica cuatro aspectos que creo que son muy importantes. El origen del miedo y cómo influyen en nuestro cuerpo, la importancia del apego en nuestras vidas, la disociación y cómo eso hace que a veces actuemos de una manera que nos produce daño pero que no podemos evitar y cómo se va a desarrollar el modelo terapéutico. Es importante durante esta fase que el paciente pueda preguntar todo lo que necesite. A menudo cuando avancemos en la terapia tendremos que volver a explicar de nuevo muchos conceptos o pautas que ayuden al paciente a conocerse mejor

y poder cambiar lo que le resulta patológico.

# Disociación y trabajo con partes

## 12

Raskolnikov, el protagonista de la obra «Crimen y castigo» sufre una vida de miserias y penalidades, obligado a dejar sus estudios por no poder pagarlos recurre a una prestamista, vieja y avara, para que le preste dinero para poder sobrevivir. Una parte de él se siente frustrado y cree que merece un gran futuro comparable al de Napoleón, otra parte de su personalidad está enfadada porque su hermana va a casarse sin haberle consultado y otra incuba la idea de matar a la vieja usurera y así dejar saldada su deuda.

Al final de la novela, presa del caos que siente en su interior, acepta que es un hombre normal y corriente y que merece sufrir un castigo acorde a sus actos. Preso en un campo de trabajo en Siberia descubre el amor y por fin se siente que tiene un verdadero objetivo en la vida y es fiel a sí mismo.

En la novela Dostoievsky describe de forma magistral la lucha psicológica del personaje consigo mismo tratando de encontrar algo que le dé un sentido a su vida, en una lucha consigo interior entre las diferentes partes de su personalidad que luchan por dar un sentido a su vida.

Janet (1901) fue el primero en resaltar la función defensiva de la disociación del “inconsciente” como forma de poder reducir la ansiedad y el conflicto psíquico en la mente humana. Propuso que la disociación sirve para propósitos defensivos y adaptativos, incluyendo automatización de la conducta, eficiencia y economía mental, resolución de conflictos que se plantean irresolubles, aislamiento ante situaciones catastróficas, descarga catártica ante ciertas emociones y darle un orden y un sentido donde solo se percibe caos (Putnam, 1997).

En la vida diaria la disociación sería la capacidad de poder hacer dos cosas a la vez, por ejemplo cuando conducimos el coche y podemos tener una conversación al mismo

tiempo. Si algo peligroso ocurre en la carretera toda nuestra atención se focalizará en sortear el peligro. Todos tenemos la experiencia de no recordar si hemos olvidado algo que teníamos que hacer o de olvidar cosas que fueron importantes en su momento pero que con el tiempo hemos almacenado en la memoria.

En situaciones donde haya una experiencia emocional muy fuerte nuestro cerebro puede crear compartimentos (Putnam, 1997) donde almacenemos de forma aislada hechos o emociones que nos provoquen mucho dolor si las evocamos. En algunos casos muy graves como abusos sexuales pueden permanecer amnésicas. La compartimentalización permite dejar apartadas en forma de memoria implícita situaciones que han sido muy dolorosas. A menor edad y cuanto mayor sea la amenaza más escasas serán las herramientas emocionales y cognitivas para poder responder ante esa situación y mayor será la compartimentalización o disociación.

Los seres humanos tenemos lo que llamamos “sistemas de acción” (Van der Hart et al. 2011) que son los elementos que configuran la personalidad y están constituidos tanto por las partes que son conscientes (PAN) como por otras inconscientes o emocionales (PE). Estos sistemas de acción pueden ser de dos tipos:

- Sistemas de acción centrados en la gratificación y la vida diaria.
- Sistemas de acción centrados en la defensa. Mayoritariamente en la evitación y protección ante estímulos que son aversivos.

Imaginemos que volvemos a casa de noche y tenemos que pasar por una zona que es peligrosa y decidimos coger un taxi por evitar riesgos, en este caso sería la PAN la que toma la decisión de hacer algo que evite un peligro. Pero si hemos decidido ir andando y vemos alguien que nos amenaza, sin pensarlo salimos corriendo en dirección contraria. En este caso sería una PE la que ha tomado el control haciéndonos actuar de forma impulsiva e inconsciente.

Todos tenemos sistemas de acción diferentes para diferentes momentos o actividades. No es lo mismo ir a la oficina a trabajar, que ir a la montaña a hacer *trekking*, que salir a bailar y beber por la noche. Cada una de estas acciones requerirá unas conductas,

cogniciones y emociones diferentes, es decir diferentes recursos. En personas con disociación estructural de la personalidad las partes disociadas tenderán a lograr sus propios objetivos sin tener en cuenta las necesidades del sistema en su conjunto. Cada parte tendrá una edad propia, recuerdos propios y prioridades distintas a otras partes de la misma persona. Mientras mayor sea la disociación mayor será la autonomía de estas partes y menor será la conexión de unas con las otras. Pudiendo llegar a haber incluso fobias entre unas partes y otras.

Los sistemas de acción se van adquiriendo y sofisticando a medida que vamos creciendo y en los primeros años de vida van a estar muy relacionados con nuestros cuidadores. Si en los primeros años de vida hay situaciones traumáticas los sistemas crearán una organización disfuncional que puede persistir, incluso cuando ya como adultos todo sea normal en nuestras vidas. (Van der Hart et al. 2005). Según estos autores:

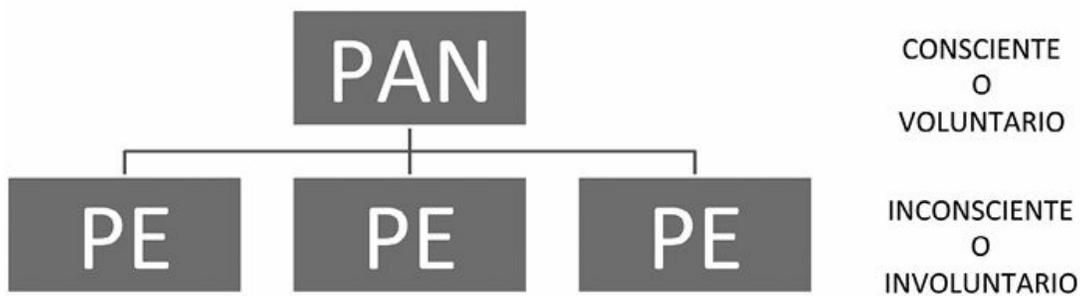
Algunos sistemas de acción actúan como mediadores de actividades mentales y conductuales relacionadas con la vida cotidiana, como son la exploración del entorno (incluidos trabajo y estudio), juegos, manejo de la energía(dormir y comer), apego, sociabilidad, reproducción y cuidados principalmente de los hijos (Panksepp, 1998).Otros sistemas de acción están orientados hacia las acciones defensivas en respuesta a la amenaza de la integridad física (por otra persona), al rechazo social y a la pérdida de vínculos afectivos. Este sistema de acción defensivo, compartido por el hombre con muchas especies de animales, está compuesto por diversos subsistemas: hipervigilancia, congelación, huida, lucha, sumisión total... En el caso de la disociación estructural de la personalidad relacionada con el trauma, sin embargo, la coordinación y cohesión de los sistemas de acción parecen estar desorganizadas de forma tal que las acciones del sujeto superviviente no se adaptan bien a las circunstancias imperantes.

Cuando trabajamos en terapia y tenemos acceso a esas memorias implícitas que estaban disociadas podemos tener reacciones de miedo, rabia, llanto, dolor... que son idénticas a las que hubo en el momento del trauma y que no pudieron ser expresadas. En muchos casos, nuestros pacientes nos dirán que les sorprende su reacción porque creían tenerlo superado o porque ni siquiera lo recordaban. Cuando hay un impacto emocional y las neuronas quedan relacionadas entre sí, se crea lo que conocemos como “engrama”, estos son redes neuronales que guardan memoria del trauma para poder aprender de lo ocurrido y poder defenderse si hay una amenaza parecida. Estos engramas pueden quedar asociados a fobias (tangibles o intangibles) o actividades que eviten el malestar (por ejemplo adicciones) o crear rasgos de personalidad que ayuden a regular el malestar

(por ejemplo cuidar de los demás para sentirnos útiles y así queridos).

Tenemos engramas a nivel cortical, que son conscientes y que son los que dirigen nuestra vida diaria. Son los que por ejemplo nos ayudan a saber hacer un trabajo o a decidir a qué hora debemos acudir a una cita. A nivel inconsciente quedarán guardados en la memoria procedimental. Son los que nos ayudan a hacer cosas sin revisar constantemente cómo hacerlas, por ejemplo conducir el coche. Las partes que están enfocadas en la tareas de la vida diaria las llamaremos Parte Aparentemente Normal de la personalidad (PAN) (Van Der Hart et al. 2011).

A nivel subcortical tenemos engramas que están relacionados con emociones como el miedo, la rabia, la culpa o la vergüenza. A estas partes las llamaremos Partes Emocionales de la personalidad (PE). Estas escapan a nuestra voluntad, actúan de forma impulsiva y por eso las llamamos «inconscientes» (Van der Hart et al. 2011). En la figura 12.1 se puede ver una distinción vertical entre partes conscientes que corresponden a acciones que realizamos por nuestra voluntad y otra inconsciente que escapa a nuestro control.



**Figura 12.1.** En esta figura se observa cómo las partes de la personalidad pueden pertenecer a aspectos conscientes o inconscientes de la personalidad.

Mientras menor fue la edad en la que se crearon estas partes, más relacionadas estén con una amenaza y mayor fue esta y más cercana la figura de apego que provocó su aparición, mayor será la disociación estructural de la personalidad.

En resumen, según la teoría de la disociación estructural de la personalidad tendremos partes (engramas) que estarán asociadas a diferentes sistemas de acción, que pueden estar relacionados con la vida cotidiana o con la defensa. El trabajo en terapia consistirá en trabajar con ellas para lograr que se integren (lo opuesto de disociación). La secuencia que seguiremos en el trabajo con partes será:

- Estabilización, función y reconocimiento de las partes
- Fobia entre partes
- Integración

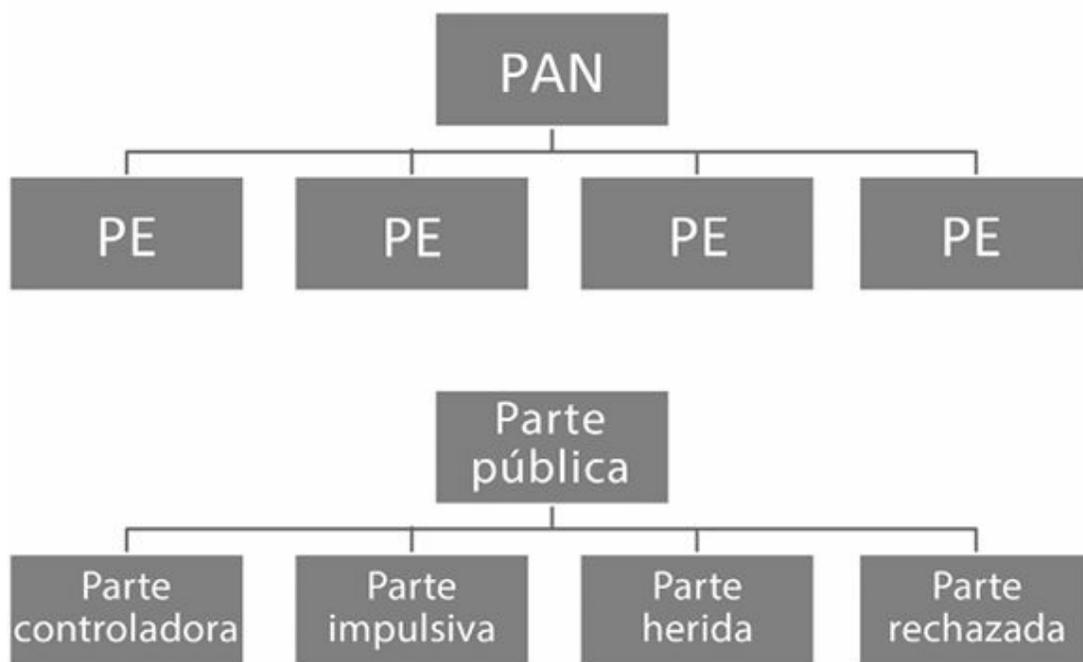
## **ESTABILIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE LAS PARTES**

Para poder trabajar con las partes debemos tener claro que se dan los siguientes elementos (González, 2012), aunque casi nunca va a ser posible que se den todos.

- Buena tolerancia emocional.
- Entorno de vida lo más estable posible.
- Disposición a asumir un malestar temporal para conseguir alivio a largo plazo.
- Buena tolerancia yoica.
- Apoyo social adecuado.
- Historia de cumplimiento terapéutico.

Para saber qué partes están interviniendo y cómo lo hacen en la mente del paciente podemos utilizar modelos en los que las partes son definidas de forma metafórica (Schwartz, 1995; Earley, 2012). Para poder conceptualizar mejor los casos, yo trabajo con cinco tipos de partes, cada una con un origen diferente y una función diferente en el presente.

- Parte pública
- Partes impulsivas
- Partes controladoras
- Partes heridas
- Partes rechazadas



**Figura 12.2.** En estos dibujos se puede ver los paralelismos entre el modelo de la disociación estructural y el modelo metafórico de las partes.

En algunos casos unas partes pueden solaparse con otras, por ejemplo una parte pública puede ser rechazada al mismo tiempo o una impulsiva puede ser también controladora. El modelo se plantea para poder entender mejor qué partes hay dentro del sistema y sobre todo qué función cumplen. Siguiendo el paralelismo entre el modelo de la disociación estructural y otro más metafórico para facilitar el trabajo con estas partes obtenemos el gráfico de la figura 12.2.

**Parte pública o Self:** Sería lo que la teoría de la disociación estructural denomina como PAN. Es la parte desde donde la persona interactúa con el mundo y con otras personas. Debido a experiencias traumáticas del pasado ha podido verse muy debilitado, y eso puede hacer que otras partes internas no lo vean como suficientemente fuerte y no confíen en él. En una persona sana e integrada el *self* ocupa un lugar de liderazgo y puede controlar a las diferentes partes del sistema. En una persona traumatizada este tiene un papel de observador con la consiguiente sensación de ineficacia e impotencia a la hora de relacionarse consigo mismo o con los demás.

El objetivo de la terapia sería fortalecer al *self* para que las partes puedan confiar en él y el sistema interno pueda actuar de forma eficaz y ordenada. Las partes quieren que el *self* sea fuerte pero mientras esto no ocurra van a seguir en su rol por miedo a que la

situación traumática vuelva a repetirse, a medida que la terapia surge efecto y el *self* se fortalece, las diferentes partes se irán integrando y coordinando dando sensación de control al paciente.

Una metáfora que puede ayudar a entender el papel de esta parte y también puede ser útil como psico-educación sería la siguiente: Para trabajar con esta parte debemos reforzar e instalar recursos en el paciente, incluso aunque él crea que no tiene ninguno. Podemos incluso utilizar el siguiente:

Imagínate una orquesta de músicos de viento, de cuerda, de percusión y que cada uno tocara su instrumento sin coordinarse con los demás, sería un caos de ruidos. ¿Pero qué ocurriría si hubiera un director de orquesta que los coordinara? Que sonaría una música hermosísima. Ese es el papel del *self*, coordinar y dirigir a las diferentes partes del sistema.

T: Me dices que no tienes ninguna esperanza y que soy tu último recurso. Pero hay que ser muy valiente para venir a terapia.

C: Sí, pero he venido ya desesperado. Creo que he tocado fondo.

T: Lo bueno de tocar fondo es que ya solo puedes subir hacia arriba. ¿Cómo sería tu vida si dentro de tres meses el problema se hubiera solucionado?

**Partes Heridas:** Todos cuando niños hemos tenido experiencias dolorosas de miedo, culpa o vergüenza y estas experiencias son necesarias para poder vivir en sociedad y saber convivir con los demás. Pero si esas experiencias han sido muy intensas o traumáticas, trataremos de olvidarlas o incluso de esconderlas de nuestra consciencia (disociarlas). Estas partes son como niños que han sido heridos, rechazados o abandonados. Son las partes que no nos gustan de nosotros mismos y por eso el sistema las rechaza.

La tendencia de las otras partes será que sigan ocultas y sin manifestarse para que de ese modo no interfieran con el resto del sistema. El miedo a que estas partes vuelvan a sufrir es lo que lleva a las estrategias de evitación. Pero estas partes necesitan desesperadamente ser cuidadas y amadas, pero al ser frágiles y con miedo a volver a

sufrir son rechazadas por el resto del sistema. Traerlas al presente provoca en el individuo una fuerte sensación de malestar y dolor (ansiedad) por lo que el sistema gasta mucha energía en que permanezcan aisladas.

A medida que pasa el tiempo estas partes van cargando cada vez con más dolor. Cada vez que se dan situaciones parecidas a la que provocó su origen (por ejemplo un rechazo real o imaginario) estas partes cargan con más dolor y por consiguiente el gasto de energía en evitar que salgan a la luz, dejando al paciente exhausto para tareas de la vida diaria.

Es muy importante saber que existen en el sistema interno del paciente dos fuerzas opuestas, una centrífuga (de dentro hacia fuera) de las partes rechazadas o heridas de descargar el dolor y ser escuchadas y atendidas (tener una experiencia correctora de la emoción inicial) y una fuerza centrípeta (de fuera hacia dentro) de las partes impulsivas o controladoras para evitar volver a sufrir el mismo dolor.

T: Parece que tuviste una situación muy complicada en el colegio, de sensación de rechazo y de soledad. ¿No?

C: La verdad es que no lo había visto nunca así, pero parece ser que sí.

T: ¿Esa sensación la has tenido muchas veces durante tu infancia?

C: Pues ahora que me lo dices es probable que cuando era pequeño, porque mis padres trabajaban todo el día y yo siempre estaba con mi abuela.

T: Pienso en ese niño que se siente solo y me da lástima, ¿No te ocurre igual?

C: Es algo que había olvidado y la verdad casi prefiero no recordarlo.

**Partes controladoras:** Tienen tendencias de protección igual que las impulsivas pero lo hacen tratando de controlar la incertidumbre. Tienen mucho miedo de que las partes rechazadas puedan salir o las partes heridas puedan volver a sufrir o ambas cosas.

Serían las partes responsables de los esquemas de personalidad y pueden tomar

diferentes roles en cada persona, suelen ser aquellas conductas que el paciente quiere cambiar aunque no puede ni sabe cómo hacerlo.

Tratan de tener a la persona en control de todo lo que ocurre a su alrededor: relaciones, trabajo, actividades, etc. Temen que cualquier pérdida de control pueda provocar que afloren las partes exiliadas. Destierran las emociones para quedarse solo con lo cognitivo y racional.

**Parte crítica interna:** Es una parte que no permite ningún error, es el peor enemigo del sujeto porque tiene miedo de hacer algo equivocado y las consecuencias que podría tener de cara a los demás. No soporta hacer algo mal y que vuelvan a rechazarle.

**Parte perfeccionista:** Todo debe ser perfecto, tanto el aspecto físico como el comportamiento, cree que de esa forma será aceptado y no podrá ser abandonado o dañado.

**Pasivo-pesimista:** Trata de evitar la intimidad en cualquier actividad en la que pueda fallar con la excusa de no tener ánimo o no tener tiempo, o que no le gustan las personas que conoce. Evita el riesgo de cualquier tipo, al no hacer nada con nadie no puede equivocarse.

**Parte cuidadora:** Esta parte cree que solo será aceptada y querida mientras cuide de los demás. Su función es ser siempre útil en relación con los demás.

**Parte preocupada:** Esta parte siempre duda de todo y nunca está segura de hacer nada, con lo que evita el riesgo de hacer algo y equivocarse con las consecuencias temidas.

**Parte narcisista:** Esta parte evita el rechazo mirando a todos por encima del hombro, nunca se equivoca y si algo sale mal siempre acusa a los demás de los errores.

**Parte agresiva:** Está siempre en la defensa, siempre enfadada con los demás. Puede llegar a buscar la agresión física constantemente.

Mientras más disociadas estén otras partes, más rígidas serán las partes controladoras. Estas no solo deben defender al individuo de las amenazas externas sino que también deben hacerlo de las amenazas internas. Mientras más tiempo lleven cumpliendo su rol más rígidas e inflexibles serán. Estas partes, a diferencia de las partes públicas, son egodistónicas, el paciente las percibe como negativas para poder ser feliz. En muchos casos en los que haya trastornos de personalidad las partes controladoras coincidirán con la parte pública.

**Partes Impulsivas:** Estas aparecerán cuando a pesar de los esfuerzos de las partes

controladoras hay algo que puede aflorar y salir a la superficie con todo el dolor asociado. Estas partes escapan al control del paciente y harán lo que sea para evitar que las partes heridas o las rechazadas salgan a la superficie, si bien el objetivo de las partes impulsivas es el mismo que el de las controladoras, la forma de lograrlo es completamente diferente. Mientras que estas últimas son racionales y egosintónicas por el sujeto, las rescatadoras son percibidas como egodistónicas, impulsivas y nocivas.

Estas partes impulsivas son las que hacen que la persona tenga obsesiones o se drogue o coma compulsivamente. Es decir son las partes responsables de las compulsiones y adicciones que traen al paciente a terapia pero como vimos en el capítulo de defensas están en la protección de las partes exiliadas de una forma que termina haciendo más daño del que tratan de evitar.

Este modelo resulta muy útil para poder organizarnos mentalmente qué papel cumple las diferentes partes del sistema interno del paciente, pero para eso debemos reconocerlas y sobre todo ayudar al paciente para que las reconozca dentro de sí. Podemos utilizar, como vimos en el capítulo de psico-educación, explicaciones para que el paciente pueda mentalizarse y conocer su sistema interno y qué papel cumple cada una de las partes que vayan apareciendo.

T: Parece que ha habido una recaída.

C: Sí, estoy muy arrepentido. ¡Con lo contento que estaba!

T: ¿Qué pasó?

C: Discutí con mi novia y me fui de mi casa. Llame a un amigo para tomar algo y... yo sabía lo que iba a pasar pero a pesar de eso lo hice. Me emborraché, tomé cocaína... no sabes cómo me arrepiento de eso.

T: ¿Qué fue lo más doloroso de la discusión con tu novia?

C: Cuando me dijo que ya no me quería. Ahí fue cuando por no gritarle y hacer algo peor me fui a la calle.

T: Parece que elegiste beber y drogarte por no hacer algo peor. No quiero justificarte. Pero parece que al beber pudiste olvidarte de la discusión. Me pregunto cómo podrías haberlo hecho de otro modo que no te hiciera daño.

**Partes rechazadas:** Son aquellas partes que el paciente oculta porque no le gustan o han sido muy castigadas cuando aparecieron en el pasado. Son partes que pueden sentir mucha vergüenza o culpa y que cargan con mucha rabia o dolor.

Suelen ser partes muy infantiles que han sido rechazadas por los cuidadores y que sostienen el núcleo del problema porque son vistas como frágiles, indefensas o peligrosas por parte del individuo.

Un ejemplo sería la parte rechazada en una chica que ha sido abusada en la infancia y el recuerdo está amnésico, una parte con rabia que ha sido muy reprimida por los cuidadores. Cuando estas partes salen a la luz suelen ser reemplazadas por partes impulsivas que llevan a tomar drogas o sexo compulsivo o cualquier conducta descontrolada que será percibida con mucha culpa por la parte pública.

T: Me dices que durante tres días estuviste consumiendo alcohol y drogas y que no podías parar.

C: Sí. Ya no puedo más. Estos comportamientos me están arruinando la vida pero cuando vienen no puedo frenarlos.

T: ¿Pasó algo antes de que empezaras a beber y consumir drogas? Unos días antes me refiero.

C: Creo que no. La semana pasada fue normal, fui al pueblo de mis padres y discutieron entre ellos por una tontería pero es que ya les da igual hacerlo aunque lleven un mes sin verme.

T: ¿Cómo te sentiste al verlos discutir otra vez sin que les importara que llevaran tanto tiempo sin verte?

C: Me da igual, llevan haciéndolo desde que soy pequeño.

T: Qué pasaría si le dijeras que es una falta de respeto hacia ti.

C: Ya lo intenté y no sirve de nada. Me frustró para nada.

T: ¿No crees que esa conducta de beber y consumir drogas puede ser una forma de no dejar salir la rabia y la impotencia que sientes de ver a tus padres que discuten sin respetarte?

C: No creo, no sé, no lo veo. Pero la verdad es que siempre que me han dado esas crisis ha sido después de volver de la casa de mis padres.

Parte pública	Es la que mostramos a los demás. Puede que nos guste o no.
Partes impulsivas	Son muy extremas y se perciben como negativas por el individuo.
Partes controladoras	Son partes que buscan tener todo en control. Son muy fóbicas a las demás.
Partes heridas	Son las que sufrieron el daño. Son muy infantiles.
Partes rechazadas	Son las partes que no nos gustan de nosotros. Pueden aliarse con las impulsivas o las controladoras y suelen coincidir con las partes heridas.

## **PARTES MÁS FRECUENTES**

Los trastornos emocionales se basan principalmente en cuatro emociones que son: la culpa, la vergüenza y el miedo y, asociado a este, la rabia. Por tanto, tendremos partes emocionales que estarán asociadas a estas. Son en muchos casos partes rechazadas, a las que habrá fobia por el resto del sistema, bien porque soportan mucho dolor o porque resultan inapropiadas a nivel social o personal cuando aparecen. Vamos a ver cómo funcionan estas partes y cómo trabajar con ellas.

## **PARTES ASOCIADAS AL MIEDO**

Estas partes son las que cargan con la rabia y el miedo. Son PE centradas en la defensa y pueden hacerlo de dos modos diferentes, bien evitando el conflicto o bien lo crean tomando un rol muy agresivo. Por razones hormonales veremos las primeras con más frecuencia en mujeres y las segundas más a menudo en los hombres.

Estas partes cargan con todo lo relacionado con el miedo, la rabia, la impotencia y la frustración. Son muy rechazadas por el resto del sistema, bien porque causen problemas en la familia o la sociedad (como por ejemplo violencia física) o por miedo a su intensidad lo que lleva a reprimirlas y a la aparición de síntomas que las enmascaren. (Milrod, 2004).

La rabia es una emoción básica en todos los seres humanos (Panksepp & Biven, 2014; Bolwby, 1985) y se debe descargar de forma natural, bien mediante llanto, protesta o cualquier otro mecanismo de descarga (Levine, 2013). Pero si esta no puede descargarse y va hacia dentro puede dar lugar a diferentes patologías y si lo hace hacia fuera puede dar lugar a otras.

Las partes que guardaron el dolor asociado al miedo y la rabia no pudieron descargarla en su momento y siguen cargando con ella. Esto puede ocurrir por varios motivos, los principales son:

- Miedo al rechazo: Cuando mostraba el enfado o la rabia, los cuidadores mostraban una conducta hostil e incluso de agresión. Esa parte aprendió a esconder la rabia, porque mostrarla podría ser contraproducente e incluso peligroso. Ejemplos serían “los niños buenos no lloran” “si sigues así te voy a hacer llorar con motivo” o incluso agresiones físicas.
- Miedo a provocar dolor: Esa parte aprendió a no mostrar el enfado o la rabia por creer que eso entristecía o afectaba de forma negativa a sus cuidadores. Un ejemplo sería “cuando lloro mi madre se pone triste” “cuando el cuidador dice mira cómo me he puesto por tu culpa” o “si sigues llorando tú, me voy a poner a llorar yo”.
- Miedo a parecer débil: La rabia no puede mostrarse porque socialmente no está aceptada y puede provocar críticas o burlas en los demás. Es necesario contenerla en público por miedo a sufrir vergüenza.
- Miedo a decepcionar: Por parte de los cuidadores se ha reforzado mucho el papel de niño bueno, de compararlo con un hermano o un amigo reforzándole lo bien que se porta. Si se enfada se le recuerda lo bueno que es siempre. La rabia queda disociada como algo de lo que avergonzarse, esta parte acumula todo el dolor para que las otras partes puedan seguir siendo reforzadas por los demás. La parte que contiene puede terminar apareciendo en la edad adulta como ansiedad.

En todos los casos, al no poder mostrar la rabia esta queda disociada, y puede volverse independiente del sistema teniendo sus propias motivaciones. A su vez esta rabia puede ser de tres tipos:

- Rabia controladora: Es una ira constante que se manifiesta de forma pública. Trata de proteger a otras partes que han sido heridas y que esta parte percibe como débiles. Paradójicamente aunque la parte aparece para proteger a la otra suele haber mucha fobia entre ellas.
- Rabia rechazada: Es la rabia disociada que no puede mostrarse por miedo a hacer daño a los demás. Es el enfado característico de los individuos con una personalidad cuidadora. Siente que cuida de todos y nadie lo cuida a él. La frustración que se siente no puede ser manifestada por inaceptable y se transforma en ansiedad o incluso ataques de pánico.

- Rabia impulsiva: La rabia cumple una función controladora de una parte rechazada que contiene el dolor y la vergüenza de algo que ocurrió. Es característica de los individuos con personalidad pasivo-agresiva.

Las personas buscan mecanismos de control como: actividades compulsivas o adictivas o violentas o de férreo control para no permitir que las partes rechazadas vuelvan a sentir el dolor. En consulta se debe trabajar primero reduciendo el malestar y enfatizando con el dolor que estas partes con rabia soportan e introduciendo el trabajo con las partes rechazadas poco a poco.

### **PARTES ASOCIADAS A LA VERGÜENZA**

Estas son las partes que aparecen primero cronológicamente en la vida, son preverbales (Schore, 2009) y aparecen en forma somática. Hay diferentes opiniones sobre el origen de la vergüenza en los seres humanos. Según algunos autores sería algo innato y no tendría un origen social en relación con los otros sino que sería una forma de responder a cualquier situación en la que se produzca una ruptura en algo que resulta interesante (Nathanson, 1992). Otros autores defienden que su origen es la imagen internalizada de enfado o decepción de la madre; provoca un freno inmediato de cualquier sensación de búsqueda o bienestar y una activación del estado de inhibición (Schore, 2009) y otros autores como vimos defienden que es una activación del simpático que al no ser calmada por los cuidadores no es desactivada por el parasimpático (Cozolino, 2016).

Según Miller (2015):

El niño muy estresado por abuso o negligencia desde muy pequeño, una vez se vuelva consciente de sí mismo puede darle sentido a esos estados internos de malestar (mamá no me quiere, soy antipático, estoy solo) en relación a sí mismo. No merezco ser amado, soy malo o no valgo. Los pensamientos de autocrítica que son menos globales podrían desarrollarse y crear otros distintos como: *Tengo los pies grandes, soy un vago o soy tonto* (pág. 31).

Esto explica por qué muchas de las personas que tienen miedo a ser rechazados enfocan ese miedo en una parte de su cuerpo o de su fisiología que consideran defectuosa, por ejemplo: *No puedo enseñar mis piernas, tengo miedo de sudar en público o me da vergüenza que vean mis orejas.*

En cualquier caso la vergüenza es una emoción universal que está presente en todos

los seres humanos del planeta, independientemente del origen o la cultura (DeYoung, 2015). Cumple una función que ayuda a poder interactuar con los demás y crear normas sociales que permitan lograr un bien común que esté por encima del bien privado. Se puede sentir vergüenza tanto en situaciones sociales como a la hora de fallar en tareas que se realizan sin la mirada de otro, la mirada crítica está internalizada. A medida que se crece, la vergüenza se vuelve más automática y más inmersa en los esquemas mentales y depende menos de las circunstancias externas.

La sensación de vergüenza en la infancia es percibida como muy dolorosa y se crean muchas defensas para no volver a sentir esa sensación de nuevo. Se crean partes asociadas al malestar disociado para poder seguir teniendo relación con los cuidadores y percibir que la situación se puede mejorar, controlar. En nuestros pacientes las partes que vamos a encontrar con más frecuencia son:

### **PARTE ASOCIADA AL RECHAZO**

Es la que sufrió el rechazo y coincide con la herida. Es la que se sintió inferior (Seíjo, 2015) es una parte percibida con mucho miedo por el resto del sistema que es vista como defectuosa. Esta parte es la más delicada y la más infantil. Es la que va a ser el objeto de la terapia y probablemente será una de las últimas que debemos trabajar. Esta parte es la que esconde todo el dolor.

Las otras partes (controladoras o impulsivas) van a hacer todo lo posible para que esta no vuelva a sufrir dolor y sufrir más. Es una parte que es rechazada no solo por el mundo exterior sino también por el sistema interno, por lo que hay muchas fobias entre partes que deberemos trabajar con mucha compasión antes de acceder a ella.

Los síntomas que vemos en nuestros pacientes con miedo o vergüenza excesiva a relacionarse con los demás (y por lo tanto volver a ser rechazados) están relacionados con la necesidad de proteger a esta parte.

Cuando trabajemos con esta parte observaremos que los pacientes la sienten como algo negativo, sucio o incluso que les da miedo.

En mi experiencia terapéutica cuando le pido a los pacientes que la imaginen puede ser: la niña del exorcista, un payaso con dientes afilados, una nube negra, una niña que está loca y así siempre, la imaginan como algo que da miedo o asco. Después de

trabajar con las partes hostiles que la protegen se debe validar mucho a esta parte y sintonizar con su sensación de soledad y abandono y poco a poco se irá transformando en una niña pequeña triste (Paulsen, 2009).

La forma de trabajar con esta parte (insisto que debe ser en las fases finales de la terapia) sería:

- Parece que esa parte te da mucho miedo, me pregunto si te has planteado alguna vez que ella contiene todo el miedo a ser rechazada.
- ¿Qué sientes cuando miras a esta parte? ¿Qué crees que siente ella cuando te mira a ti?
- Parece que esa parte ha debido sentir mucha soledad para tener que estar tan enfadada. Me pregunto qué podríamos hacer para calmarla.

#### **Parte cuidadora**

Esta es una parte controladora y aparece para poder ser aceptados. El pensamiento que se esconde detrás de esta parte es “no valgo” y por lo tanto nadie puede quererme, por lo que yo soy, así que quizás me querrán por lo que yo hago.

Es una parte que provoca mucho dolor y rabia en otras partes del sistema porque lo que busca es que los demás cuiden de ella y cuando esto no ocurre se provoca mucho resentimiento y rabia que debe ser disociada para no volver a provocar el rechazo. Lo que provoca un nuevo círculo vicioso de cuidar a los demás y sentir malestar.

El esquema de la personalidad es egosintónico (yo soy así) y coincide con la parte pública. Esta parte va a estar agotada por llevar todo el peso del sistema por lo que se puede trabajar desde las primeras sesiones, enseñando al paciente técnicas de autocuidado (González & Mosquera, 2013).

Por razones biológicas y culturales va a ser mucho más frecuente en mujeres que en hombres y en muchos casos va a ser la base de la personalidad «si no cuido de los demás no sirvo para nada».

A esta parte se puede acceder con cuestiones como:

- Da la impresión que tú siempre cuidas de los demás, pero me pregunto ¿quién cuida de ti?

- ¿Desde cuándo recuerdas ser la responsable de que los demás estuvieran bien? (si dice que desde niña, empatizar mucho con lo duro que debió ser para ella).
- ¿No sientes a veces que deberías cuidarte y pensar más en ti? ¿Si hicieras eso cómo reaccionarían los demás?

**Parte Narcisista:** Esta parte puede aparecer bien porque la persona recibió cuidados excesivos desde pequeña (Millon, 2014) o porque es una sobrecompensación de la sensación de vergüenza. Su función sería no permitir hacerse responsable al individuo de nada y por lo tanto poder evitar cualquier sensación de ser defectuoso o no ser aceptado.

Las personas en las que predomina esta parte suelen ser muy reacias a hacer terapia porque sería como reconocer que necesitan ayuda. Solo lo harán si la familia les obliga o la defensa del narcisismo no es suficiente y sienten una fuerte ansiedad de la que desconocen el motivo.

El narcisismo es una defensa para proteger a la parte que se sintió rechazada y va a ser la última a trabajar en la terapia. En las primeras sesiones habrá que validar su ego para ir poco a poco trabajando el origen de la vergüenza.

## **PARTES ASOCIADAS A LA CULPA**

La culpa según Schore (2001) sería verbal, se suele caracterizar por pensamientos rumiativos negativos constantes sobre cosas que hemos hecho y/o cómo lo evaluarán los demás. Aparece en una edad posterior a la vergüenza cuando hay lenguaje, aproximadamente a los dos años de edad y aparece en forma de diálogos internos. Mientras el miedo es una proyección hacia el futuro la culpa está siempre relacionada con el pasado. Podemos tener miedo de que vuelva a ocurrir algo que ya sucedió en el pasado, pero no podemos sentir culpa de algo que no ha ocurrido. Toda la información que tenemos es del pasado y la culpa ayuda a no repetir los errores que ya hemos cometido. La culpa sana sirve para poder recordar lo que pasó y no permitir que vuelva a ocurrir.

Las partes que contienen la culpa van a ser en muchos casos introyecciones de los cuidadores. La función que cumplen es hacer lo que se creía que los cuidadores esperaban que hiciera (o pensara o sintiera) y al hacerlo no decepcionarlos. Mientras mayor fue el miedo a ser rechazado más presente está esta parte introyectada. Estas partes causan mucho malestar en los pacientes y explicar qué función cumplen ayuda mucho a poder manejarla. Para esto puede ayudar preguntar:

- Está claro que eres tu peor juez. Cuando te hablas así ¿te recuerdas a alguien conocido?
- ¿Dónde (o con quién) aprendiste que las cosas debían ser de ese modo y no podían ser de otra forma?
- Si suponemos que sentirte culpable fuera una forma de ayudarte. ¿Qué tendría de bueno sentirte así?

Las partes que están asociadas a la culpa pueden ser controladoras, rechazadas o a veces impulsivas, siempre tienen una función defensiva y fueron creadas para poder encontrar aceptación en los demás.

**Parte perfeccionista:** Tiene una carácter de tipo controlador, es la parte que tuvo que crearse para no decepcionar a los demás y no volver a sentir la vergüenza. Suele ser muy reforzada por los cuidadores en forma de refuerzos constantes a las actitudes y los resultados. Esta parte ocupa un papel muy importante en la vida de los individuos sin que estos sepan cuándo deben aplicarlas y cuándo deben evitarlas. Suele funcionar en modo todo o nada.

Es una parte que resulta por ejemplo muy útil en los ámbitos laborales o académicos pero es desastrosa en las relaciones personales, para los pacientes es muy difícil darse cuenta de cuándo deben dejarla el protagonismo y cuándo no deben. Esta será nuestra principal labor como terapeutas, explicarles y ayudarles a entender cuándo es adaptativa y cuándo les perjudica.

**Parte impulsiva:** Muchas veces encontraremos detrás de las compulsiones cognitivas o conductuales de nuestros pacientes estas partes que están siempre tomando el control como forma de ayudar a no volver a conectar con el dolor de las partes traumatizadas y/o rechazadas. Pueden hacerlo en forma de conductas compulsivas, atracones, adicciones, etc.

Tratan de evitar a toda costa que el paciente vuelva a sentir la culpa de algo que ocurrió hace tiempo y que no puede perdonarse, normalmente algo sin importancia pero que debido a la edad del sujeto y no tener las herramientas para poder manejarlo quedó como algo disociado, muchas veces amnésico. Suelen ser las revelaciones que nos hacen los pacientes de algo que ocurrió hace mucho tiempo y que desde la perspectiva del adulto no tiene ninguna transcendencia pero que para el niño resultó traumático.

Mientras más disociado esté el recuerdo más difícil será para el adulto darse cuenta de lo insignificante del hecho, el trabajo consistirá en que el paciente pueda revivirlo y

trabajarlo con las herramientas que tiene el presente.

## **PARTE CRÍTICA**

Esta es un aliada de la parte perfeccionista, pero si bien es de tipo conductual (es la que actúa), la parte crítica es verbal; son las rumiaciones que a los pacientes les causan tanto sufrimiento.

Se creó como forma de revisar todo lo que se hacía y no cometer error y no volver a sentir el rechazo de los cuidadores, quedando fijada como una parte controladora que se pasa el día revisando y criticando todo lo que el paciente hace. Esta parte suele creer que si no es crítica con el individuo este caerá en la complacencia.

## **RECONOCIMIENTO DE LAS PARTES**

Para reconocer las partes podemos utilizar las siguientes técnicas:

### **Entrevista**

Se trata de explicar el modelo de partes de la forma más educativa posible y pedir al paciente que reconozca conductas o emociones que puedan estar relacionadas con partes de su sistema interno. Es muy importante explicar que al hacer esto no pensamos que está loco (suelen confundir la existencia de partes disociadas con la psicosis o la esquizofrenia), sino que es un ejercicio de introspección y conocimiento de sí mismo. Ayuda mucho explicar que se trata de un ejercicio de hipnosis.

### **Muñecos**

Una de las formas de acercarnos a conocer las partes es con el uso de muñecos (yo uso clicks de playmobil), el método consiste en que el paciente coja los muñecos que le recuerden a partes que reconozca dentro de sí. Visualizando esas partes puede reconocerlas y será más fácil reconocer fobias entre partes y a qué grupo pertenece cada una. (Colondrón, 2010)

### **Dibujos en papel o pizarra**

Otra forma de conocer el sistema interno es hacer un círculo en un papel o en una pizarra y que la paciente dibuje todas las partes que sienta dentro de sí (es importante no dejar que incluya personas de fuera) y ver qué partes representan, qué tamaño tienen. Es muy útil si lo hacemos en diferentes sesiones secuenciadas para observar la evolución

del sistema interno del paciente.

### **Mesa disociativa**

Para poder conocer y trabajar con las partes se puede usar la técnica de la mesa disociativa (Forgash, 2008). El objetivo, como en los otros métodos es lograr que las diferentes partes puedan empezar a mostrarse y conocerse entre ellas, el objetivo final sería la integración.

La mesa disociativa puede ser útil tanto para conocer a las diferentes partes como para la estabilización, el único límite es la imaginación. Si hay una disociación grave que requiera un trabajo cuidadoso podemos imaginar una casa con diferentes habitaciones, proyectores de cine para ver aspectos del pasado sin ninguna emoción, cuartos con juguetes para partes infantiles, habitaciones cerradas desde dentro para que no puedan acceder partes agresivas, etc. (Paulsen, 2009).

## **TRABAJAR CON LAS FOBIAS ENTRE PARTES**

Al producirse la división de la personalidad aparecen partes ligadas a seguir con una vida normal y otras centradas en la defensa y ancladas en el trauma, bien sufriendolo o bien tratando de evitar volver a sufrirlo. La disociación es mantenida por diferentes tipos de fobias entre las partes que impide la integración entre ellas. Durante esta fase de la terapia deberemos trabajar:

- La preparación: en la que se hace una planificación cuidadosa.
- La síntesis: la resolución de la disociación con respecto a componentes de recuerdos traumáticos, y el principio de una historia narrativa que incluye finalmente todas las partes de la personalidad. La síntesis de recuerdos particulares, o de trozos de recuerdos es un acontecimiento planeado que ocurre dentro de una sesión o de una serie de sesiones.
- La comprensión, incluyendo niveles aumentados de personificación y presentificación.

*Esta última etapa es mucho más secuenciada en procesos y ocurrirá a lo largo de un periodo de tiempo.*

*Se trata a menudo una conexión crucial perdida en el tratamiento de recuerdos traumáticos, dado que algunos terapeutas ven la “recuperación” de la memoria como el fin del proceso, mientras que en la realidad, es meramente el principio de un curso difícil y más largo. Es de importancia capital la inclusión de PAN(s) en*

*este trabajo, aunque es posible que haya momentos ocasionales cuando la síntesis y varios niveles de la comprensión pueden aparecer primero entre las PE (por ejemplo, cuando varios subsistemas defensivos podrían ser integrados antes del trabajo con el PAN sobre la comprensión del trauma)...” (Van der Hart y col., 2011, pág. 64).*

Las fobias entre partes pueden ser:

**1. Fobias al mundo interior:** Pueden ser fobias a los recuerdos que se mantienen aislados (partes rechazadas o heridas), por lo que el paciente evita a cualquier precio acercarse a lo que ocurrió (partes controladoras e impulsivas). Mientras más temprano, intenso y cercanas las personas que provocaron el trauma mayor será la disociación, y las partes estarán más polarizadas, es decir más inmersas en su rol. (Earley, 2014). Las partes pueden tener objetivos diferentes e incluso incompatibles. Por ejemplo una parte puede estar enfocada a ser querida y querer, y otra puede estar centrada en el miedo al rechazo. Obviamente los objetivos son incompatibles, lo que llevará a mucho sufrimiento al paciente puesto que haga lo que haga sufrirá, si se acerca a los demás por miedo al rechazo y si se aleja por miedo a la soledad. Esto provocará una fobia entre estas dos partes que producirá mucha ansiedad en el paciente.

**2. Fobia a los recuerdos traumáticos.** Por ejemplo, cuando la PE es fuertemente reactivada por estímulos que recuerdan lo que ocurrió, se puede entrometer en la PAN. La PAN responderá muchas veces a las intrusiones con evitación mental y reacciones de evitación. Esta reacción de evitación extrema de la PE y de los recuerdos traumáticos relacionados se llama fobia de la memoria traumática. Primero se debe ayudar al paciente a ser consciente de sus miedos a los contenidos mentales (partes exiliadas) y trabajar a través de ellos. El ritmo cuidadoso del trabajo y la regulación de la hiper y la hipo-activación será crucial para el éxito. Cuanto más baja sea la capacidad integradora del paciente, más lentamente debemos trabajar en esta fase. Aquí es muy importante el trabajo con defensas que trabajamos en otro capítulo.

T: Parece que el abuso fue la causa de mucho de lo que te está pasando ahora.

C: Puede que sí. Pero prefiero no hablar de eso ahora.

T: Lógico, debe ser muy duro para ti solo el recordarlo. De

momento no vamos a trabajarlo. Pero para mí es muy importante que puedas entender que lo que te ocurre ahora no ha surgido de la nada.

C: Sí, ahora puedo entender por qué no puedo evitar hacer muchas cosas y después me arrepiento.

**3. Fobia entre partes.** Muchos contenidos mentales que provocan rechazo están típicamente guardados por ciertas partes de la personalidad que incluso llegan a temerse entre ellas. Más concretamente, se desarrollará una fobia de las partes disociadas de la personalidad (Van der Hart, 2011). Estas reacciones condicionadas por parte de la PAN interfieren con las tendencias integradoras normales de la mente y de esta manera mantienen la disociación estructural de la personalidad. Una de las intervenciones más importantes es la introducción gradual de partes disociadas unas a otras (es decir, reduciendo la evitación y la disociación fóbica entre partes de la personalidad con respecto a sí misma).

**4. Fobia al afecto (y quizás al terapeuta).** El trauma inducido por el hombre tiene el poder de afectar seriamente el sistema de acción del apego. Algunos autores ven el apego desorganizado como básico en los trastornos disociativos complejos (Lyons-Ruth & col, 2006). Debido a que el apego es vivido como peligroso cuando uno ha sido herido constantemente por otros que conocía y en quienes confiaba, se puede desarrollar una probable fobia del apego y de la intimidad. La fobia del apego es a menudo acompañada paradójicamente por una fobia igual de intensa de la pérdida del apego. Es decir tengo miedo de las personas que deben cuidarme, pero tengo miedo de que no me cuiden. Esta fobia se trabaja con las técnicas de autocuidado y desmontando las idealizaciones, permitiendo que la PAN tenga cada vez más recursos y las PE puedan confiar cada vez más en ella para tomar el control. Es decir las PE deben reconocer a la PAN como figura central de confianza, protección y apego, y no seguir buscándolo en figuras que son patológicas.

Esta fobia también puede afectar a la relación con el terapeuta puesto que puede intuirlo como un salvador, alguien que va a curarla y posteriormente al no obtener los resultados con la rapidez y eficacia esperada puede sentir malestar o agresividad hacia él. Una vez más el trabajo es la psico-educación de que la paciente es responsable de su mejoría participando activamente en la terapia. Muy importante es que si el terapeuta

hace algo que incomode o moleste a la paciente sea capaz de mantenerse en calma y ser capaz de explicarse por qué actuó así e incluso disculparse.

**T:** Creo que tienes muchas ganas de tener pareja pero cuando lo haces parece que tú mismo la sabotearas.

**C:** Empiezo muy bien pero al poco tiempo empiezo a tener miedo de que me deje o que se canse de mí. Y empiezo a pedirle pruebas de todo, de dónde ha estado, de con quién... Y empezamos a discutir porque lo controlo.

**T:** Parece que tu miedo a que te deje hace que no puedas confiar en él y acabe dejándote.

**C:** Pues sí. Así me va.

**5. Fobias al mundo exterior:** Serían los miedos a la intimidad, la vida cotidiana o a la normalidad, los cambios al futuro, incluso al terapeuta. La persona siente mucho miedo a experimentar cercanía o afecto, debido a que en el pasado las personas que más quería fueron las que le hicieron más daño. (McCullough, 1995). Puede haber una fobia a la normalidad que se expresa en la incapacidad de poder trabajar o de hacerse cargo de la más mínima responsabilidad.

**6. Fobia a estar bien.** Dado que cada vez hay más estímulos que se vuelven aversivos, los individuos traumatizados llegan a evitar una parte cada vez más grande de sus vidas. Así, los pacientes desarrollan fobia de la vida normal. Puesto que la vida normal implica al menos un nivel básico de asumir riesgos sanos y cambios, estas experiencias de la vida normal llegan a ser evitadas rigurosamente, lo que conduce a un círculo vicioso de miedo y evitación.

**T:** Los ataques de pánico deben provocarte mucho malestar para que no puedas salir solo a la calle.

**C:** No lo sabes bien eso solo lo sabe el que lo sufre.

**T:** Pero parece que al evitar cada vez más salir a la calle incluso

acompañado cada vez evitas más hacer cosas.

**C:** Pues sí, estoy metido en una trampa de la que no sé cómo salir.

Para lograr la síntesis de las partes no basta con la integración, la memoria traumática debe llegar a ser una memoria que pueda ser narrada (Van der Kolk, 2014). La PAN debe ser capaz de llegar a ser gradualmente menos fóbica y más receptiva de las PE, apropiándose completamente de las experiencias del pasado, elaborando una historia narrativa de la experiencia traumática.

El tratamiento comienza con las partes que son intrusivas e interfieren con la terapia, es decir comenzamos reduciendo los síntomas que más perturban al paciente en el presente. Solo cuando las fobias han sido disminuidas significativamente entre las partes que afectan la seguridad se pueden tratar los recuerdos traumáticos. Un lema del tratamiento es siempre la seguridad primero. Las habilidades de disminuir o eliminar las tendencias autodestructivas incluyen la habilidad de tolerar y modular emociones y la activación fisiológica.

## **INTEGRACIÓN DE LAS PARTES**

En este trabajo va a ser crucial el trabajo con las defensas (ver capítulo 15). La integración va a ocurrir muchas veces de forma espontánea durante la terapia o entre sesiones y otras deberemos forzarla. Este trabajo deberemos hacerlo todas las veces que sea necesario, aunque muchas veces serán los propios pacientes los que lo hagan por sí mismos cuando empiecen a familiarizarse con el proceso. En pacientes muy disociados con traumas muy graves como abusos sexuales esta etapa de la terapia puede tardar meses e incluso años darse del todo.

Será imposible lograr la integración de las partes, si sigue habiendo miedo entre ellas y no se ven todas en el proyecto común de ayudar al paciente, que es en el fondo el objetivo inicial de la aparición de esas partes. Para el tratamiento de estas fobias utilizaremos diferentes técnicas que han sido desarrolladas por González y Mosquera (2012).

### **Procesamiento de la fobia a las acciones mentales**

Podemos pedir a la paciente que nos dibuje o nos explique lo que siente que hay en su

interior; si no puede realizar la tarea estaríamos ante una fobia a las acciones mentales.

#### **Procesamiento de la fobia de la PAN hacia la PE**

Puede ocurrir como comentamos anteriormente que la PAN sienta rechazo o incluso miedo a alguna PE, es importante hacer mucha psico-educación sobre el papel de esta parte y ayudar que vaya habiendo un acercamiento. Por ejemplo, al principio sería preguntar ¿qué sientes al verla?, ¿qué te apetece hacer con ella? o ¿podrías tocarla, por ejemplo, solo con un dedo?

#### **Procesamiento de la fobia entre dos PE**

Podemos bien que la paciente mire el dibujo que hizo de su sistema interno o que observe qué ocurre cuando dos muñecos que representen sus partes se acerquen o que imagine que una parte emocional se acerca a otra. Si hay algo de malestar se puede preguntar qué ha ocurrido. Dependiendo de la intensidad de la fobia y de la capacidad de la paciente se sigue trabajando hasta que haya una cooperación o integración entre ambas.

#### **Instalación de una perspectiva meta-consciente integradora**

Sería el paso final cuando sabemos que no hay fobias entre PE ni de la PAN hacia ellas. Se pide a la paciente que observe si hay algo de malestar al pensar en una visión integrada de todo el *self* y si no la hay instalar esta sensación.

Para ayudarnos con la integración podemos utilizar la técnica del *loving eyes* (Knipe, 2014) que consiste en acercarse a las partes infantiles con afecto y cariño, entendiendo que estas no son responsables de lo que ocurrió, lográndose en muchos casos la integración entre la parte infantil (PE) y el adulto (PAN).

Vamos a ver un ejemplo de un caso real para poder comprender cómo es el proceso de trabajo. En este caso vamos a trabajar con un recuerdo traumático en el que están implicadas partes infantiles con una disociación moderada entre las PE y la PAN. Es opcional el uso de estimulación bilateral para activar el proceso, pero para esto hay que tener la formación adecuada en EMDR o podemos sobreactivar y traumatizar al paciente.

T: ¿Has vuelto a obsesionarte con tu aspecto físico?

C: He ido al gimnasio y he vuelto a ciclarme porque me veo

demasiado delgado y débil.

T: ¿Ya sabes que los demás no te vemos así?

C: Mi madre, mi novia, tú también me decís que estoy muy fuerte pero yo no puedo dejar de verme pequeño.

T: Cuando piensas en que te ves pequeño ¿dónde sientes la sensación en el cuerpo de malestar?

C: En el pecho.

T: Ok. ¿Puedes cerrar los ojos y sentir esa sensación en el pecho y pensar que eres débil e ir hacia atrás en el tiempo a la primera vez que sentiste algo así?

C: No me viene nada.

T: Todos nos hemos sentido débiles en algún momento. Por favor vuelve a intentarlo.

C: Me viene cuando tenía 7 años y en mi barrio había unos niños de etnia gitana y me amenazaban con pegarme.

T: ¿Tienes algún momento que te sintieras especialmente débil?  
¿Con miedo?

C: Sí. Una vez me robaron el reloj. Yo le dije a mi padre que lo había perdido porque si no me hubiera regañado por cobarde y no defenderme.

T: ¿Podrías imaginarte a ese niño y ver cómo se siente cuando le quitan el reloj?

C: Con mucho miedo y más miedo de como se lo iba a contar a mis padres. Era un regalo por mi cumpleaños.

T: ¿Puedes acercarte a ese niño con los conocimientos y tu aspecto de adulto actual? Cuando lo hagas pregúntale si sabe quién eres.

C: Dice que no lo sabe.

T: Dile que eres él mismo que ha crecido, que ahora es un adulto y que es fuerte y puede defenderse.

C: No me cree.

T: Dile un secreto que solo sepáis los dos, algo que no sepa nadie más.

C: Está muy sorprendido. No me estaré volviendo loco ¿verdad?

T: Como te expliqué antes es tu imaginación. Son partes de tu mente que guardan recuerdos de acontecimientos que para ti fueron importantes. ¿Podrías defender a ese niño?

C: Sí, lo estoy haciendo, he echado a los niños y le he devuelto el reloj.

T: ¿Cómo se siente ahora el niño?

C: Mucho mejor, está más tranquilo.

T: Muy bien. ¿Dónde te gustaría llevarlo? ¿A tu casa actual? ¿A un parque? ¿Con tus padres? Lo que tú y él decidáis.

T: Como te expliqué antes es tu imaginación. Son partes de tu mente que guardan recuerdos de acontecimientos que para ti fueron importantes. ¿Podrías defender a ese niño?

C: Sí, lo estoy haciendo, he echado a los niños y le he devuelto el reloj.

T: ¿Cómo se siente ahora el niño?

C: Mucho mejor, está más tranquilo.

T: Muy bien. ¿Dónde te gustaría llevarlo? ¿A tu casa actual? ¿A un parque? ¿Con tus padres? Lo que tú y él decidáis.

C: Dice que quiere venirse conmigo a mi casa.

T: Ok, enséñale tu casa, un cuarto donde pueda estar, puedes darle juguetes...

C: Sí, está muy bien, muy contento.

T: Ok, despídete de él y dile que siempre que lo necesite vas a estar ahí para defenderlo. Cuando recuerdas lo que ocurrió que te hizo volver a ciclarte y machacarte en el gimnasio. ¿Qué sientes ahora?

C: No sé, es muy raro. Lo recuerdo como algo sin importancia no sé por qué tuve que reaccionar de esa manera. Yo tengo fuerza para enfrentarme a las cosas.

T: Perfecto, quizás en el pasado te sentiste frágil y con miedo y necesitabas sentirte más fuerte, pero ahora no tiene ningún sentido, son más importantes las herramientas intelectuales que

las físicas.

C: Sí, ahora lo veo diferente. ¡Qué curioso!

## **RESUMEN**

Todos nacemos con una programación emocional básica, estas se pueden resumir en lo que conocemos como “sistemas de acción”, indispensables para sobrevivir los de apego (cercanía a los cuidadores) y defensa (relacionados con el bienestar y la supervivencia).

Cada vez que haya una activación emocional placentera o desagradable nuestra mente guardará memoria emocional del evento, creándose lo que conocemos como partes emocionales que estarán enfocadas en las relaciones con los demás y otras que estarán en la evitación del malestar. Si las experiencias son excesivas para la capacidad del niño o del adulto, estas partes quedarán disociadas y en casos extremos tendrán sus propios recuerdos, sensaciones, etc.

El modelo disociativo es un continuo que va desde disociaciones leves donde la persona es consciente de todo lo que le pasó y sus partes están orientadas en el presente, hasta casos muy graves donde las partes son completamente autónomas y viven todavía en el momento del trauma. A nivel pedagógico y para facilitar su identificación podemos utilizar metáforas y descripciones que puedan ayudar a facilitar el reconocimiento de estas partes y el consiguiente trabajo con estas.

El trabajo terapéutico consistirá en ir reconociendo estas partes e ir trabajando con las fobias entre estas y elementos externos a la persona. Para ir permitiendo que poco a poco el paciente sea consciente de su mundo interno y teniendo experiencias reparadoras pueda ir logrando que estas partes se vayan integrando en la personalidad, hasta que todas estén orientadas en el presente y pueda tener sensación de control sobre sus emociones.

# Técnicas de estabilización y relajación

## 13

*La única información que tenemos es información acerca del pasado mientras que la única información que es importante es la relacionada con el futuro.*

*P. Crittenden*

Shopenhauer, el genial filósofo alemán ya planteaba cuestiones en el siglo XIX que empezamos a aplicar en la psicología contemporánea del siglo XXI. Este planteó que los animales solo pueden vivir en el presente mientras que los seres humanos pueden planificar el futuro o recordar el pasado a voluntad. El filósofo dice:

*«... concede al hombre aquel discernimiento que distingue absolutamente su conciencia de la de los animales, y por la cual todo su peregrinaje sobre la tierra aparece tan diferente del de sus hermanos irracionales. Él los supera por igual en poder y en sufrimiento. Ellos viven solo en el presente; él, a la vez, en el futuro y en el pasado. Ellos satisfacen la necesidad momentánea; él mira por su futuro, al servicio del cual inventa las instituciones más artificiosas, y, más aún, se preocupa por el tiempo que no podrá vivir. Ellos viven entregados por completo a la impresión del momento, a la acción de motivo intuitivo; a él lo determinan conceptos abstractos independientes del presente. Por eso pone en práctica planes meditados u obra según máximas, sin considerar su entorno ni las impresiones accidentales del momento Shopenhauer...» (2013) pág 37.*

Los rasgos evolutivos que distinguen a los seres humanos nos han permitido colonizar todo el planeta pero hemos pagado un precio: la ansiedad. Como he explicado a lo largo

del libro, es un síntoma de alerta que nuestro cerebro interpreta de forma errónea provocando diferentes reacciones que producen mucho sufrimiento y malestar. En el trabajo terapéutico evaluamos y trabajamos para ayudar al paciente a entenderse mejor, a conocer cuál es el origen de su problema y cómo cambiar los pensamientos y las emociones.

Es muy importante poder enseñar estrategias que ayuden a estabilizarse y reducir el malestar, estas técnicas se pueden usar desde el primer momento como tareas en la consulta o para trabajarlas en la vida diaria. Si el paciente se siente muy inestable, habrá que reducir la ansiedad lo suficiente para que pueda empezar a sentir que puede controlar sus emociones y pensamientos y pueda aplicar lo aprendido.

En este capítulo explico tres técnicas que considero muy útiles para trabajar con la ansiedad y también cómo utilizar los recursos que el paciente posee para poder reforzar sus puntos fuertes y ayudarlo a sentirse en control.

## **MINDFULNESS**

Mindfulness o consciencia plena es una técnica psicológica que bebe de las religiones orientales como el taoísmo o el budismo. Excedería el contenido de este libro explicar en detalle todo lo relacionado con esta técnica, sería un “estado de conciencia que implica prestar atención a la experiencia del momento (Didonna, 2011). Este concepto se dividiría en varios conceptos a desarrollar:

- Vivir el presente
- No juzgar
- Aceptación
- Anular el piloto automático mental

## **VIVIR EL PRESENTE**

Esta es la causa principal de la ansiedad en los seres humanos, si bien poder recordar el pasado a voluntad y poder pensar en el futuro para poder planificar nos ha llevado a la cumbre de la evolución si lo hacemos de una forma negativa se convierte en una fuente de dolor y sufrimiento. Si pensamos en el futuro de forma negativa tendremos miedo y si lo hacemos sobre el pasado de forma negativa tendremos culpa.



**Figura 13.1.** El ser humano es el único animal que puede ir con su pensamiento al futuro o al pasado a voluntad, cuando lo hace de forma negativa puede percibirse como culpa o como miedo.

Pensar de forma abstracta lo puede lograr el ser humano gracias al desarrollo de las áreas corticales, pero como vimos en el capítulo dos, la amígdala no diferencia un peligro real de uno imaginario. Cuando pensamos en el futuro o el pasado de forma negativa se activarán los circuitos cerebrales relacionados con la alerta y nuestro cuerpo sentirá ansiedad con el consiguiente malestar asociado. Esta va a ser una de las principales fuentes de sufrimiento de nuestros pacientes, el pensar de forma obsesiva sobre aquello que ocurrió y sobre lo que podría ocurrir. Cuando se piensa en el presente exclusivamente no puede existir la ansiedad (Sapolsky, 2004).

Las terapias de mindfulness y las de aceptación y compromiso (Hayes & col, 2014) insisten mucho (en mi opinión de forma muy acertada) en vivir y pensar solo en el presente. El problema es que si una persona sufre un trauma su mente quedará congelada en lo que ocurrió y por mucho que lo intente no podrá dejar de sufrir por lo que ocurrió y con miedo porque vuelva a pasar (Herman, 2015). Es muy importante resolver los traumas antes de poder aplicar las técnicas para centrarse en el presente. En mi opinión la técnica más eficaz para lograr esto es el EMDR. Una vez resuelto el trauma no habrá ningún problema para poder trabajar la conciencia del presente.

Para lograr esto podemos utilizar técnicas de parada del pensamiento o utilizar objetos que ayuden a los pacientes a recordar centrarse en el presente. Un ejemplo sería:

Vivir en el presente (una vez que el paciente está preparado) es algo absolutamente necesario para poder eliminar la ansiedad, una vez que se va consiguiendo los pacientes irán sintiendo que recuperan el control de su mente y de sus vidas.

T: Ya sé que no puedes dejar de preocuparte sobre cosas que podrían ocurrir en el futuro. Pero me gustaría que intentaras centrarte en el presente, en el aquí y ahora.

C: Es muy difícil.

T: Sé que es difícil, pero lo vamos a hacer poco a poco. Cada vez que te venga un pensamiento sobre algo del pasado o del futuro para tu pensamiento y vuelve a traer la mente al aquí y ahora. Puedes tocar tu piel u observar la ropa que llevas puesta. Cualquier cosa que te ayude a volver al aquí y ahora.

C: Pero muchas veces tengo que pensar en cosas del futuro, cómo planificar unas vacaciones o recordar cosas que hice en el pasado. ¿Cómo lo hago?

T: Puedes hacerlo pero de una forma positiva sin miedo, planificas tus vacaciones e inmediatamente vuelves al presente.

C: Ok, ahora lo entiendo. Lo hago todos los días.

T: Lo haces constantemente. Al principio te costará trabajo pero es una gimnasia mental y cuando lo vayas practicando podrás terminar haciéndolo de forma automática.

## **NO JUZGAR**

Una vez más debido a nuestra arquitectura y fisiología cerebral el ser humano es el único animal capaz de hacer juicios de valor y de actuar según decisiones. En palabras de Ortega y Gasset el “hombre es un animal obligado a tomar decisiones”. A veces las decisiones pueden ser acertadas o equivocadas con el consiguiente alivio o contento, o ansiedad y sufrimiento.

Hacer juicios constantes sobre lo que hacen los demás o nosotros mismos lleva a incrementar los niveles de alerta de la amígdala (inconsciente) y consiguientemente a la aparición de la ansiedad. Obviamente es necesario hacer juicios de valores y tomar decisiones para poder vivir, pero una vez más debo insistir que no es patológico lo que se hace sino cómo se hace.

Las personas que viven con culpa y vergüenza (y por consiguiente con miedo) lo hacen porque constantemente se están juzgando de forma negativa. Hacerles ver cómo

hacen este proceso y ayudarles a cambiarlo también puede ayudarles mucho a sentirse mucho mejor, con menos pensamientos negativos, emocionalmente más estables y con menos ansiedad.

Un ejemplo podría ser:

T: No sé si te has dado cuenta de lo crítico que eres contigo. Y no sé si también con los demás.

C: No, solo soy crítico conmigo mismo; me juzgo siempre muy duramente.

T: ¿Y qué ganas con eso?

C: Nada. Pero no puedo evitarlo.

T: Me pregunto si alguien en tu pasado era así de crítico contigo.

C: Sí, mi madre. Nunca le parecía bien nada de lo que yo hacía.

T: ¿Y eso te gustaba?

C: ¡Qué va! Lo odiaba y lo sigo odiando.

T: Quizás has aprendido a hablarte como te hablaba tu madre.

¿No crees que ha llegado el momento de cambiarlo?

C: Me encantaría, pero no sé cómo hacerlo.

T: Simplemente cada vez que escuches esa voz criticando, párala. Imagínate que le hablaras así a otra persona. Experimenta cómo se sentiría. Al principio te costará trabajo pero poco a poco verás cómo resulta más fácil hasta que puedas cambiarlo del todo.

## ACEPTACIÓN

Aceptar algo es lo contrario de resignarse. Aceptar significa que si algo no me gusta pongo toda mi energía en tratar de cambiarlo. Resignarse significa que si algo no me gusta pongo mucha energía en enfadarme y solo me queda una poca para poder cambiarlo.

Esta es otra de las cuestiones en las que nos diferenciamos de los animales, estos solo pueden aceptar, no pueden controlar como hacemos los seres humanos (en el sentido de frustrarse porque las cosas no hayan sido de otra manera). Obviamente a los animales les

ocurren muchas cosas que no les gustan pero aprenden a vivir con ellas y tratan de cambiarlas sin frustración.

Los seres humanos cada vez que se enfadan o frustran hacen que el cerebro emocional perciba una alerta con el consiguiente mecanismo de activación del miedo y la ansiedad. Esto no significa que uno deba estar siempre sometiéndose o acomodándose, quiere decir que debemos utilizar toda nuestra energía en cambiarlo pero sin malestar ni ansiedad. Dice un viejo proverbio chino « *Si no puedes cambiarlo ¿por qué te enfadas? y si puedes cambiarlo ¿por qué te enfadas?* »

T: Pareces frustrado e imagino que esto te debe provocar mucho malestar.

C: Sí, estoy harto de no lograr nada de lo que me propongo. Ya no tengo ganas de hacer nada.

T: Quizás si pusieras más energía en ocuparte y menos en preocuparte las cosas irían mejor.

C: Seguro que sí. Pero no sé cómo hacerlo.

T: Gastas mucha energía en lamentarte y quejarte. Prueba primero a hacer primero la cosa más sencilla y poco a poco irás haciendo cosas más complicadas. Pero sobre todo no gastes nada de energía en lamentarte o enfadarte.

C: Ok lo intentaré.

T: Te recomiendo que no lo intentes, porque ahí llevas implícito un posible fracaso. Simplemente hazlo.

C: Ok, así lo haré.

## **QUITAR EL PILOTO AUTOMÁTICO**

Hemos visto cómo nuestro cerebro tiende a repetir pensamientos, emociones o acciones como forma de poder usar mejor los recursos y poder tener disponible energía para usarla en más asuntos. Esta memoria inconsciente la llamamos implícita y más concretamente “automática o procedimental”. Y resulta muy útil y necesaria para poder sobrevivir. Pero a veces, cuando actúa de forma negativa se puede convertir en nuestro

mayor enemigo.

En muchas ocasiones vamos a tener que parar los procesos que hacemos y reflexionar sobre lo conveniente de nuestras acciones, pensamientos o emociones, como vimos en el capítulo 5 es lo que conocemos como mentalización (Fonagy & Luyten, 2014).

Este apartado está directamente relacionado con los otros tres, tenemos que aprender a parar nuestro proceso automático habitual y aprender a vivir en el presente, aceptar la realidad para poder cambiarla; mejor no hacer juicios constantes. Algunos autores también llaman a esto *fluir* (*flow* en inglés). (Csikszentmihaly, 1987). Es la sensación de dejarse llevar por el momento y por actividades que den sensación de bienestar, logro y plenitud.

## HIPNOSIS Y RELAJACIÓN

Hay multitud de técnicas de relajación, la más conocida es la “relajación progresiva de Jacobson” que consiste en tensionar y relajar sucesivamente uno a uno diferentes músculos del cuerpo para ir logrando una relajación profunda. En mi opinión tiene el inconveniente de que es farragosa y lleva mucho tiempo su ejecución.

Otra técnica muy recomendada es la “meditación” que ha demostrado tener múltiples ventajas a nivel físico y mental (Didonna, 2011, Hayes & col, 2014). El inconveniente que plantea es que a los pacientes les cuesta mucho trabajo dejar la mente en blanco, y al intentarlo se ven frecuentemente asaltados por pensamientos de malestar y ansiedad. La meditación es recomendable solo cuando los pacientes se encuentren con muy poca o ninguna ansiedad, resulta muy útil (especialmente combinada con ejercicios de yoga) como mantenimiento para evitar recaídas.

En mi opinión la hipnosis (y la autohipnosis) al guiar a los pacientes con sugerencias sobre lo que deben pensar y cómo actuar o sentirse, les es mucho más difícil pensar en sus problemas y el estado de relajación es mucho más profundo. **Importante: No se debe hacer una relajación muy rápida a personas con mucha ansiedad o al intentar relajarse demasiado rápido pueden no controlar la respiración o sus sensaciones y sufrir un ataque de pánico.**

La autohipnosis es una técnica de relajación en la que se enseña al paciente a relajarse lo más rápido posible, hay muchas técnicas de autohipnosis (Eimer, 2003). Yo voy a reproducir aquí la que por su eficacia y facilidad más me gusta. Debe decirse exactamente como lo reproduzco aquí:

Cierra los ojos y deja los párpados descansar, ahora haz como si quisieras abrir los ojos y no pudieras. Eso es... muy bien, déjalos volver a descansar y deja que esa sensación de relax baje de tus ojos por todo tu cuerpo poco a poco, muy despacio hasta llegar a la punta de los dedos de tus pies. Disfruta de esa sensación durante 30 segundos y cuando vuelvas a abrir los ojos te encontrarás mucho más tranquilo y descansado.

Es importante ajustar el género de la narración al del paciente (hombre o mujer). Una vez hecho con nuestra voz enseñaremos al paciente a hacerlo solo hasta que pueda repetirlo sin esfuerzo. Se recomienda hacerlo en cualquier momento que le apetezca como forma rápida y sencilla de relajación.

La hipnosis es una técnica ancestral de relajación en la que se relaja al paciente lo más posible y se le realizan sugerencias que puedan ayudarle a cambiar diferentes aspectos de su personalidad además de disminuir la ansiedad. Hay dos tipos de hipnosis principalmente.

**Hipnosis naturalista o Ericksoniana:** No utiliza inducciones sino que utiliza la comunicación no verbal del paciente, metáforas o símbolos como forma de ayudar al paciente a relajarse. Los defensores de esta técnica defienden que el paciente usará lo que oiga de forma inconsciente para poder cambiar lo que necesite. Un ejemplo de inducción Ericksoniana sería:

A medida que vas escuchando mi voz y vas sintiendo cómo tu cuerpo se acomoda a la postura, me pregunto si habrás decidido ya si prefieres hacer una relajación profunda o una ligera (= técnica de doble vínculo) o quizás has decidido no relajarte en absoluto (=técnica de confusión) pero estoy seguro de que tu inconsciente ya sabrá lo que debe hacer y ya está haciendo los cambios necesarios para ayudarte a cambiar eso que te preocupa o quizás simplemente está permitiendo relajarte para poder imaginarte que te ves a ti mismo desde fuera (=técnica de disociación) y pensarás qué consejo le darías a un amigo que

estuviera pasando por una situación parecida a la tuya (=técnica de distanciamiento) y si le saliera bien el consejo que le has dado qué bien se sentiría de ver cómo se siente mejor (técnica de protocolo de futuro).

Hipnosis clásica: Esta plantea tres fases diferenciadas a la hora de hacer la relajación.

- Inducción
- Profundización
- Sugestión
- Cierre

La inducción es una técnica estándar que ayuda a al paciente a relajarse profundamente, a mí la que más me gusta es la “inducción de Elman”.

Mira mi mano fijamente. Respira lo más profundamente que puedas, contén el aliento.

Ahora deja salir el aire lentamente y ve dejando que tus ojos se cierren.

Ahora pon especial atención en tus párpados. Puedes relajar tus párpados tanto que no querrán abrirse. Una vez que hayas hecho esto, mantente en ese estado de relajación. Verifica que tus párpados, efectivamente no quieren abrirse. Bien, ahora relájate más profundamente.

Ahora deja que esa sensación que sientes en tus párpados recorra todo tu cuerpo desde la parte superior de tu cabeza hasta la punta de los dedos de tus pies, como si llegara a una relajación diez veces más profunda.

Bien; ahora iremos a una relajación más profunda. Voy a contar de 3 hacia atrás y cuando llegue al cero te pediré que abras tus ojos y vuelvas a cerrarlos y cuando lo hagas te relajarás el doble de lo que estás ahora.

Una vez más. Voy a contar de 3 hacia atrás y cuando llegue al

cero te pediré que abras tus ojos y vuelvas a cerrarlos y cuando lo hagas te relajarás el doble de lo que estás ahora.

Voy a levantar tu mano y después dejarla caer. No me ayudes a levantarla, solo deja que yo lo haga mientras sigues muy relajado. Permite que yo haga todo, bien, ahora vamos a profundizar esta relajación.

Ahora que hemos relajado tu cuerpo vamos a relajar tu mente. Permite que tu mente se relaje, tal como tu cuerpo está relajado. Dentro de un momento voy a pedirte que cuentes lenta y tranquilamente, comenzando con el número uno. Después de cada número deja que tu mente duplique la relajación. Después de algunos números (que no serán muchos), serás capaz de relajar tu mente de una forma más agradable de tal modo que los números irán desvaneciéndose, desvaneciéndose, desvaneciéndose hasta que desaparezcan. Si lo quieres lo puedes hacer fácilmente. Cuando los números se hayan ido, levantarás el dedo índice de la mano derecha, para hacerme saber que se han ido... (Tu paciente dice: uno) suavemente... (Tu paciente dice: dos) ahora, duplica tu relajación mental). (Luego di: tres y así consecutivamente) Ahora, deja que los números se vayan lejos tal y como tu relajación y tu mente lo está haciendo (cuatro) duplica tu relajación mental, hasta que se desvanezcan, desvanezcan, desvanezcan. Cuando los números se desvanezcan di “bien hecho, ve más profundo”.

**La profundización:** Una vez finalizada la inducción se puede profundizar en el estado de trance usando diferentes técnicas, la más usada por mí es la de la escalera. Que consiste en:

Ahora, mientras permaneces profundamente relajado, imagina que te encuentras en lo alto de una escalera de siete escalones. La escalera te va a conducir a un lugar tranquilo y relajado, conforme la vayas bajando peldaño a peldaño, tu estado de somnolencia de agradable pesadez y relajación va a ir intensificándose, finalmente cuando llegues abajo... Cuando pises el último

escalón, estarás más conectado a tu propio interior, en un estado de trance más profundo, intenso y agradable. Visualizas ahora los peldaños de la escalera que vas a descender mientras permaneces más profundamente relajado y dormido, no es necesario que visualices toda la escalera, basta con que veas en tu mente el escalón que te dispones a pisar, imagina ahora que levantas el pie y ahora pisas el peldaño número siete, te sumerges en un sueño más profundo, puedes sentir la pesadez y la somnolencia que se extiende por tu cuerpo y por tu mente, levantas de nuevo el pie y pisas el escalón número seis, sueño más profundo e intenso, cada escalón te lleva más cerca de tu propio interior y más alejado de la realidad exterior que carece de importancia, por eso deseas seguir descendiendo la escalera...”. Se seguiría así hasta llegar al escalón número cero.

**La sugestión:** Este es el texto más importante donde utilizaremos guiones que podremos hacer antes de la sesión o bien estándar en función de la problemática del paciente. Es importante para que las sugerencias tengan más efecto que esté lo más relajado posible. Un ejemplo podría ser:

Vas a imaginar un futuro en el que el problema que te ha traído aquí se ha resuelto completamente e imaginas la cara de sorpresa de las personas que quieres al saber que te has convertido en una persona nueva. No podías imaginar que iba a llegar ese momento ni lo fácil que te ha resultado. Atrás quedaron todas las preocupaciones y todos los sinsabores, eso que viviste te ha ayudado a darte cuenta mucho mejor de lo que quieres. Te extraña todo eso que pasó como si le hubiera sucedido a una persona distinta, como si todo eso le hubiera ocurrido a alguien diferente hace mucho tiempo. De hecho vas a poder disfrutar de esta sensación de calma y control durante los próximos minutos, horas, días. para poder sentir que todo funciona mucho mejor.

**Cierre:** Es el momento final de la hipnosis, se debe hacer de una forma pausada y poco a poco para que el paciente se acomode al ritmo que le sea más conveniente, por ejemplo:

Ahora vas a ir moviendo poco a poco las partes del cuerpo que más te apetezcan y a medida que te vaya apeteciendo vas a ir abriendo los ojos y vas a dejar que todas las sugerencias que has oído formen parte de tu cuerpo, de tu mente y de tu espíritu.

En mi práctica terapéutica siempre grabo las sesiones y las envío posteriormente al móvil del paciente para que pueda oírlas en su casa siempre que quiera. Con eso consigo tres objetivos:

- a. Tiene una herramienta para poder relajarse fuera de la consulta.
- b. Se siente acompañado y confortado por la voz de la hipnosis, es como si el terapeuta le siguiera acompañando entre las consultas.
- c. Permite que los mensajes que quiero transmitir sean escuchados muchas veces y por tanto puedan penetrar más profundamente en su mente.

## **RECURSOS DE ESTABILIZACIÓN**

Para ayudar a los pacientes a sentirse mejor y poder tolerar mejor el malestar y la ansiedad podemos utilizar técnicas de estabilización que ayuden al paciente a tener una sensación de control sobre sus emociones, pensamientos y sensaciones. Algunas pueden ser:

### **Control de la respiración**

La respiración es el guía de nuestra mente, esto es algo conocido por todos los practicantes de meditación y yoga de todo el mundo. Si la respiración se acelera la mente se agita en cambio cuando la respiración es tranquila la mente se serena.

Cuando hay un peligro (y por lo tanto tenemos ansiedad) nuestro cerebro manda órdenes al cuerpo para que se movilice en posición lucha-huida (como vimos en el capítulo dos aunque el peligro no sea real) y entre otras cosas se produce una hiperventilación para llevar más oxígeno a los diferentes órganos del cuerpo (Sapolsky, 2004).

Esta hiperventilación, al no haber una demanda real de oxígeno extra, provoca un aumento del anhídrido carbónico en sangre, lo que se conoce como hipocapnia. (Moreno & Martín, 2007), con la consiguiente alcalosis de la sangre. Los síntomas que se provocan cuando ocurre esto son:

- Taquicardias.
- Sensación de ahogo, falta el aire.
- Sensación de mareo.

- Sensación de morir por infarto o asfixia.
- Sensación de volverse loco.

El grado de malestar va a variar desde leve, en el caso de una ansiedad moderada hasta extremo en personas que sufren ataques de pánico. De hecho, los individuos que tienen ataques de pánico suelen acabar en urgencias porque piensan que han sufrido un infarto de miocardio. Cuando esto ocurre, el diagnóstico es ansiedad.

Es muy importante explicar todo esto con mucha claridad a los pacientes para que conozcan qué les ocurre y que en ningún caso por desagradables que sean los síntomas van a sufrir un ataque al corazón ni se van a morir.

Para poder ayudarles a controlar la respiración en caso de un ataque de ansiedad o de pánico hay un ejercicio muy sencillo pero extremadamente útil. Hay que practicarlo en la consulta con el paciente varias veces hasta que pueda hacerlo solo. El ejercicio consistiría en:

Como te he explicado, tú mismo, al no poder respirar bien te provocas los síntomas de asfixia. Cuando sientas que te falta el aire vas a aguantar la respiración 5 segundos y después vas a expirar muy despacio por la boca y a inspirar brevemente por la nariz y vuelves a aguantar la respiración 5 segundos. Vamos a hacerlo juntos: Toma aire por la nariz, aguantamos la respiración. Contamos: Uno, dos, tres, cuatro y cinco. Muy bien. Expiramos muy despacio por la boca y tomamos aire por la nariz. Contamos: uno, dos, tres, cuatro, cinco.

Es importante explicarles que este ejercicio será muy difícil de hacer cuando estén en plena crisis y que es importante que lo hagan en cuanto empiecen a sentir los síntomas de malestar. Es muy conveniente practicarlo varias veces durante el día para poder practicarlo con soltura cuando haya malestar. Con este ejercicio ayudaremos a los pacientes a poder controlar los síntomas mucho mejor y a darles sensación de control.

**Chorro de luz:** Esta técnica puede ser útil tanto para el dolor físico como el emocional. También es un potenciador de la energía. (Shapiro, 2013). Si te sientes

alterado, concéntrate en esas emociones/sensaciones desagradables en tu cuerpo. Pregúntate lo siguiente: Si esa sensación/emoción tuviera forma, ¿cuál sería? Si esa sensación/emoción tuviera tamaño, ¿cuál sería? Si esa sensación/emoción tuviera color, ¿cuál sería? Después piensa cuál es tu color favorito o qué color asociarías al bienestar. Imagina que una luz del color elegido entra por la parte superior de tu cabeza y se dirige a esa forma (sensación desagradable) dentro de tu cuerpo. Esa luz no se acaba, es continua, como un haz de luz. La luz se dirige hacia la forma, vibra dentro y alrededor de ella. Imagina, ¿qué le ocurre a la forma, a su tamaño o a su color?

**Crear un lugar seguro:** Esta técnica consiste en crear un lugar seguro, puede ser real o imaginario, e imaginar que se está en él. Se trataría de vivir con la mayor intensidad posible las sensaciones de bienestar y calma asociadas. Una vez que se pueda imaginar con soltura se puede hacer en cualquier momento que se tenga ansiedad para relajarse.

**Lata de pintura:** Podemos imaginar un recuerdo que nos resulta perturbador e imaginar que lo ponemos dentro de una lata de pintura. Una vez dentro lo removemos y vemos cómo cambia su color y por lo tanto las sensaciones asociadas (Shapiro, 2013). Podemos hacerlo también con sensaciones corporales o con situaciones que estemos viviendo actualmente. Técnicas parecidas pueden ser imaginarnos que vemos el recuerdo traumático en una pantalla de cine y cambiamos el color o la velocidad de la película.

**Espiral de emociones:** Esta técnica se usa para poder acomodarse y trabajar con sensaciones desagradables. Se le pide al paciente que imagine la sensación y dónde la siente. Se le pregunta: Si esa sensación girara ¿en qué dirección lo haría? Cuando conteste se le pide que imagine que gira en sentido contrario. Este ejercicio se puede realizar todas las veces necesarias hasta conseguir que desaparezca o se atenúe. De este modo el paciente puede acomodarse a ellas.

**Contenedor de recuerdos:** Se utiliza mucho en las sesiones donde se han trabajado temas traumáticos o molestos y no se quiere desestabilizar al paciente entre sesiones. Se le pide que coja todo lo trabajado ese día y lo ponga en un contenedor bien cerrado y que imagine que lo arroja al fondo del mar y no se volverá a abrir hasta la próxima sesión. También se puede decir que el terapeuta lo puede guardar en su oficina hasta la próxima visita. Lo más importante es que no vuelva a abrirlo entre sesiones.

## CONCLUSIONES

Es fundamental para poder trabajar de forma segura tener recursos de estabilización

tanto para que puedan trabajarse durante la sesión, como para que el paciente pueda recurrir a ellos cuando el terapeuta no esté presente.

Hay varias técnicas que podemos utilizar como el mindfulness, que incluye técnicas para aprender a centrar la mente en el presente, aceptar lo que suceda sin resignarse y no juzgar. La hipnosis es también una herramienta muy útil para poder ayudar a los pacientes a relajarse y al mismo tiempo poder dar sugerencias que le ayuden a modificar aspectos emocionales o de pensamientos que les estén perjudicando.

La hipnosis es un recurso muy útil para ayudar a los pacientes a relajarse y poder ayudarles a imaginar un futuro en el que tienen recursos nuevos o el problema se encuentra resuelto. Grabar las sesiones hipnóticas también resulta muy útil para que el paciente siga el trabajo terapéutico entre las sesiones. Existen varios tipos de hipnosis que deben ser usadas en función de las necesidades terapéuticas y las características del paciente.

También he planteado la posibilidad de utilizar recursos propios del paciente, como la respiración, tan importante en todo lo relacionado con la ansiedad y técnicas para regular la ansiedad, como el contenedor de recuerdos, el lugar seguro o el chorro de luz.

# Terapia somática

## 14

Las primeras relaciones entre la madre y el hijo son puramente físicas. El niño en los primeros años de vida es completamente dependiente de sus cuidadores y son estos los que tienen que ayudarlo a regularse, calmándolo cuando esté hiperactivado y estimulándolo cuando la activación es demasiado baja. Las relaciones de apego con los cuidadores en los primeros años de vida condicionan las estrategias de regulación y actuación tanto de cara al mundo interno como al mundo externo.

La influencia del apego no solo se refleja en la mente del niño sino que también lo hace en muchos aspectos relacionados con las sensaciones físicas. Nuestro cuerpo también tiene una memoria implícita, en forma somática. Las sensaciones asociadas a estos recuerdos se pueden disparar en la vida adulta ante un estímulo relacionado con lo acontecido en los primeros años de vida y pueden tener forma de síntomas de enfermedades somáticas como son las jaquecas, los dolores musculares o fatiga crónica. Nuestro cuerpo guarda memoria de lo que ocurrió a lo largo de nuestra vida (Van der Kolk, 2014).

La ansiedad es una señal de alerta que sentimos en nuestro cuerpo ante algo que nuestro sistema nervioso percibe como peligroso. El peligro en los primeros años de vida para un niño puede ser cuando no puede cumplir sus necesidades fisiológicas, pero si hay unos cuidadores atentos harán que vuelva el bienestar. Estas experiencias de pequeño malestar y posterior calma son necesarias para que el niño aprenda a regular las pequeñas frustraciones (Schoore, 2003).

Si los cuidadores no son capaces de regular al niño o son incluso la fuente de malestar, la ansiedad será frecuente y excesiva y tendrá muchas más probabilidades de sufrirla en el futuro. La ansiedad siempre la vamos a sentir en el cuerpo y cuanto más veces la sintiéramos en nuestra infancia y adolescencia con más probabilidad la sufriremos en la edad adulta.

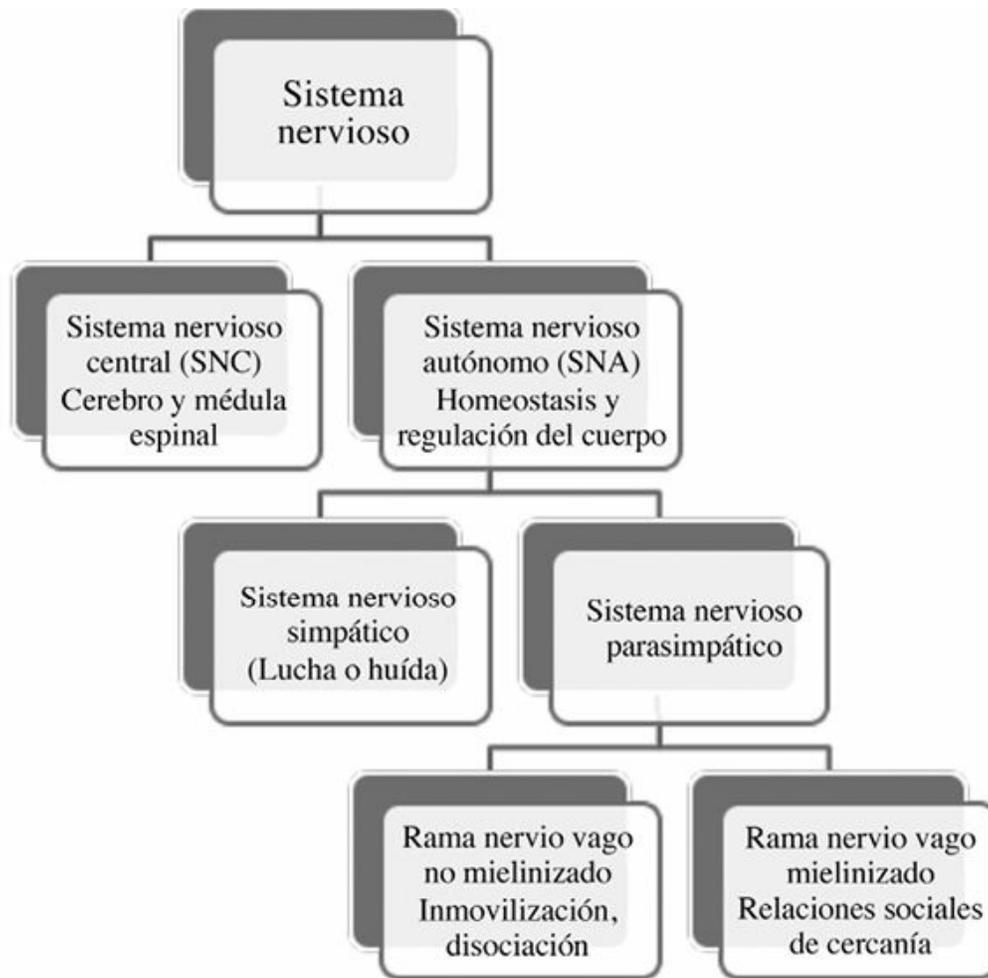
Como vimos en el capítulo 2, la alerta en los humanos puede ser por algo real, como cuando sabemos que alguien cercano le han diagnosticado una enfermedad, o algo imaginario como el miedo a que vaya a ocurrir una catástrofe, o simplemente a la hora de tomar una decisión. Durante siglos la medicina se ha basado en que nuestra mente y

nuestro cuerpo son dos entes completamente separados sin relación entre sí. Actualmente la ciencia médica contempla que cuerpo y mente están interrelacionados.

Las partes más primitivas evolutivamente de nuestro cerebro están conectadas a través del sistema nervioso autónomo con nuestro cuerpo. Todos hemos tenido la experiencia de ponernos nerviosos o asustarnos y sentir cómo nuestro corazón se acelera, sudamos más, se nos seca la boca e incluso marearnos o dolernos mucho la cabeza o el pecho.

Las partes emocionales de nuestro cerebro cuando hay un estímulo aversivo activan el sistema simpático en modo lucha-huida que provoca tensión y alerta en nuestro cuerpo. Cuando hay un estímulo positivo a través del sistema parasimpático (activando el nervio ventrovagal) provocará sensaciones de bienestar, sonrisas, posturas abiertas con hombros relajados y expresiones faciales de tranquilidad que son formas de relacionarnos con los demás de forma amistosa.

En casos de amenaza la amígdala se activa en el SNC y a través del simpático se estimula una búsqueda de ayuda, si esta no es suficiente o no aparece hay una activación del modo lucha-huida y si la amenaza es excesiva la rama dorsovagal del SNA produce una inmovilización que puede resultar muy traumática para el ser humano (Porges, 2011). Este sistema está operativo desde la infancia y puede activarse por muchos motivos: cuidadores negligentes y/o agresivos, hospitalizaciones, pérdidas de seres queridos, etc. El cuerpo guardará memoria del trauma y se creará una memoria somática (Siegel, 2010), nuestro cuerpo igual que lo hace nuestro cerebro almacenará información de lo que ocurrió para recordar y evitar el dolor de nuevo en el futuro. En la gráfica 14.1 se pueden ver los diferentes aspectos del sistema nervioso:



**Figura 14.1.** Jerarquía de los diferentes sistemas del sistema nervioso tanto central como autónomo, estos se activan de forma secuenciada ante estímulos externos o internos.

En el capítulo 1 ya hablamos de la neurocepción, un concepto creado por Porges (2009, 2011) para resaltar el proceso inconsciente que se produce para evaluar diferentes estímulos y saber si son seguros o peligrosos. En función de la valoración que nuestro cerebro haga del estímulo se activará una rama u otra del nervio vago que producirá una sensación de alerta y miedo o de calma y tranquilidad. Un niño que sufra constantes frustraciones o maltrato tendrá una mayor tendencia en la edad adulta a evaluar todos los estímulos como negativos, lo que hará que constantemente sienta sensaciones de malestar en su cuerpo, pudiendo desarrollar enfermedades somáticas como dolor crónico, problemas intestinales (colon irritable), alergias, diabetes o problemas cardíacos. (Salposky, 2008).

La memoria somática recuerda lo ocurrido para evitar el peligro en el futuro y así tener recursos para poder enfrentarse a la amenaza (Van der Kolk, 2014; Seijo, 2015). Si, por

ejemplo, cuando teníamos cuatro años sentimos vergüenza porque nuestra madre nos regañó y nuestro cuerpo sintió malestar en la barriga, cada vez que nos avergoncemos nuestro cuerpo la sentirá en el mismo sitio. Como desarrollaré más tarde, las implicaciones que esto va a tener en el trabajo terapéutico son inmensas.

## **LAS EMOCIONES Y NUESTRO CUERPO**

Las emociones serían la valoración que hacemos de un estímulo externo o interno. Pueden ser agradables, como por ejemplo la alegría, o dolorosas como la ira o la tristeza. Se clasifican como básicas o innatas, como por ejemplo el miedo y secundarias cuando son adquiridas de forma social, como la culpa o la vergüenza (Aguado, 2005).

Las sensaciones son reacciones de nuestro cuerpo ante un estímulo interno o externo, que como es obvio solo podemos sentir en nuestro cuerpo. Pueden ser agradables o desagradables y ayudan a valorar cómo reaccionar ante diferentes situaciones, bien buscándolas o evitándolas.

Según Damasio (2011), el poder sentir las emociones en nuestro cuerpo tendría una gran importancia evolutiva para que los animales valoren si un estímulo es positivo o peligroso. De esa manera pueden reaccionar de forma instintiva en cuestión de milisegundos y no tener que perder el tiempo en una valoración que restaría tiempo ante una situación peligrosa y que podría poner en peligro la vida. Este sería un rasgo más que los humanos compartimos con otros animales, adquirido evolutivamente.

A estas sensaciones que sentimos en el cuerpo ante diferentes estímulos las llamo “marcador somático” y en palabras de Damasio (2011):

*¿Qué consigue el marcador somático? Fuerza la atención sobre el resultado negativo al que puede conducir una acción determinada y funciona como una señal de alarma automática que dice: atención al peligro que se avecina si eliges la opción que conduce a ese resultado. La acción puede llevarnos a rechazar, inmediatamente, el curso de acción, con lo que hará que elijamos entre otras alternativas. La señal automática nos protege de pérdidas futuras y entonces nos permite elegir a partir de un número menor de alternativas. pág 243.*

De acuerdo con este modelo, los marcadores somáticos pueden generarse a partir de dos tipos de eventos: inductores primarios y secundarios (Damasio, 2011).

Los inductores primarios son estímulos que de modo innato o a través del aprendizaje han sido asociados con estados placenteros o aversivos. Cuando uno de estos estímulos

está presente en el entorno inmediato se genera de manera necesaria y automática una respuesta emocional.

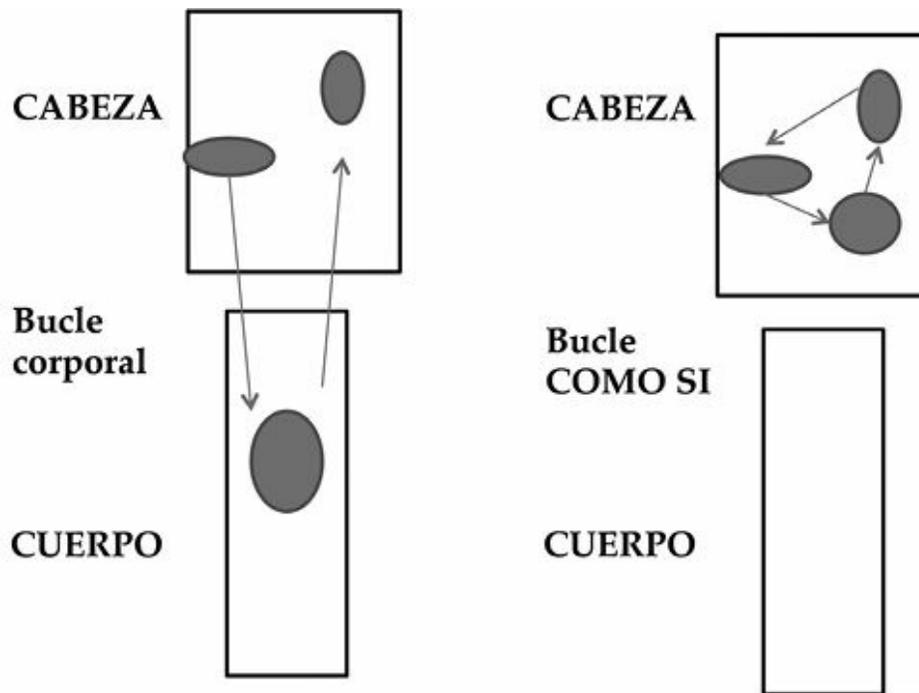
Los inductores secundarios son generados a partir del recuerdo de un evento emocional, es decir, imaginar una situación que puede producir placer o aversión. No se producen ante una situación real. Bastaría imaginar algo para que se activen.

El marcador somático como hemos visto puede ser agradable en el caso de estímulos positivos, o desagradable en el caso de estímulos negativos.

Para probar esta hipótesis en tu cuerpo ¿puedes pensar en alguna situación reciente que te produzca malestar o alguna que pueda plantearse en el futuro que te dé miedo? ¿Cómo sientes tu cuerpo? ¿Notas alguna molestia? Ahora toma una respiración profunda e imagina que te reencuentras con alguien a quien quieres mucho y que echas de menos. ¿Cómo sientes tu cuerpo ahora? ¿Hay alguna parte de tu cuerpo que se sienta plena? Observa cómo es de diferente la sensación de imaginarte algo molesto o agradable.

Ante un estímulo hay una neurocepción que pasaría por el tálamo y la amígdala. Este órgano decidirá si el estímulo es peligroso o agradable y a través del SNA tendremos sensaciones corporales molestas o agradables que condicionarán nuestra respuesta. Estas sensaciones volverán a nuestro cerebro a través de la ínsula que llegando a las zonas corticales darán información sobre la valoración emocional asociada.

Si la intensidad de la alarma es baja, se podrá tomar una decisión racional de acercamiento, evitación o sumisión, pero si el estímulo es percibido como muy peligroso no pasará por el córtex y habrá una reacción inconsciente de pánico y en casos extremos de inmovilización.



**Figura 14.2.** En condiciones normales existe una información recíproca entre las sensaciones corporales y la valoración que hace el SNC: Pero en ocasiones se puede dar la activación de los circuitos de alerta en el cerebro sin que haya un estímulo sensorial. Es lo que se conoce como “bucle como si”.

Damasio (2011) plantea otra cuestión muy importante para la psicoterapia y en todo lo relacionado con el trabajo con el cuerpo. A veces nuestro cerebro para ahorrar energía y tener respuestas aún más inmediatas no activa el circuito estímulo-mente-cuerpo-mente, sino que reacciona directamente sin evaluar las sensaciones corporales en lo que él llama «bucle como si». Ver figura 14.2. En este caso el cerebro dejaría de lado completamente el cuerpo. El SNC actúa de forma automática independientemente de que las valoraciones cuando se percibe el estímulo sean negativas o positivas. Esto podría explicar la existencia de la memoria somática (Rodríguez & col. 2005).

Esto explicaría por qué muchos pacientes viven un miedo permanentemente cuando no existe ninguna amenaza real. Si durante la infancia ha habido muchos estímulos aversivos cuando sea adulto seguirá viviendo con una sensación de amenaza constante. Aunque no haya ningún peligro real el cerebro actuará de forma automática sin esperar la reacción del cuerpo. Habrá una fuerte ansiedad sin que sepa qué ha podido producirla. Esto es lo que ocurre por ejemplo con las personas con ataques de pánico que sienten una sensación de muerte inminente sin que haya nada que provoque el miedo. Esto también es la base de muchas enfermedades somáticas que no obedecen a ninguna razón de tipo orgánico.

Alfonso es un paciente de 30 años que viene a consulta aquejado de una colitis ulcerosa que le provoca mucho malestar y problemas digestivos que empiezan a afectar a su relación de pareja. Cuando se realiza la anamnesis se ve que es una persona extremadamente perfeccionista y exigente consigo mismo. Su madre era una persona muy exigente que nunca estaba satisfecha y que le exigía que estudiara a todas horas. Cuando se le pide que cierre los ojos y sienta la sensación y traiga una imagen le viene el miedo al oír las llaves abriendo la puerta y el miedo a que su madre le regañe por algo que haya hecho mal.

En este caso el peligro ya no existe, pero Alfonso lo sigue viviendo como si siguiera ocurriendo y su cuerpo reacciona de la misma manera que lo hacía entonces. Este ejemplo nos da también otro dato importante de cómo trabajar con las sensaciones somáticas. Podemos pensar en algo y observar las reacciones de nuestro cuerpo (procesamiento arriba-abajo) pero también podemos sentir las sensaciones y observar si nos viene a la mente algún recuerdo, imagen o alguna sensación asociada (procesamiento abajo-arriba) Van der Kolk, (2014). Nuestro cuerpo guarda una memoria somática de todo lo que ocurrió incluso aunque no tengamos memoria verbal o imágenes de lo que pasó, es decir aunque no exista memoria explícita.

En muchos casos no va a haber memoria de ningún suceso traumático y no va a existir ninguna explicación para lo que ocurre a nivel somático. Casi nadie tiene recuerdos de antes de los tres o cuatro años porque el hipocampo y las áreas del lenguaje no se han desarrollado y por lo tanto no puede haber una memoria semántica, un sentido narrativo del *self*. Pero desde los primeros meses de vida, ya en el útero materno, nuestro cuerpo está sometido a diferentes sensaciones que son evaluadas y recordadas para saber cómo reaccionar en el futuro.

Que no haya recuerdos conscientes de algo no significa que no haya ocurrido; nadie puede recordar su nacimiento pero si puede leer esto necesariamente ha tenido que nacer en algún momento. Nuestro cuerpo guarda memoria de lo que ocurrió desde los primeros meses de vida, desde que empezamos a existir en el útero materno. Algunos autores

defienden incluso que la ansiedad constante tiene su origen en una madre que ha sido ansiosa durante el embarazo (O'Shea, 2009). Sabemos por la teoría polivagal (Porges, 2011) la influencia que tiene lo que guardamos en nuestra memoria somática, incluso antes del nacimiento. Llamamos traumas preverbales a los momentos de emociones negativas que se han vivido antes de tener lenguaje, aproximadamente antes de los cuatro años Ogden & Minton (2009).

En casos de traumas muy graves (independientemente de la edad en que se tengan) se puede dar ausencia de sensaciones. En casos de amenazas muy graves, el cuerpo libera muchos opiáceos que evitan la sensación de malestar para poder sobrevivir al trauma, y no es cierto que no hubiera sensaciones sino que el impacto fue tan intenso que el cuerpo se paralizó y la mente se disoció como forma de protección en ese momento. El cuerpo y la mente quedan congelados y se gasta mucha energía para que ese dolor no vuelva a aparecer, es lo que se conoce como disociación somática (Scaer, 2014).

Las personas en las que predomina el uso de las áreas corticales del cerebro, (suelen ser individuos con apego evitativo) tienden a intelectualizarlo todo y a no sentir nada. Esta es una forma de no volver a sentir el malestar asociado a lo que ocurrió. Esto se puede ver potenciado a menudo con conductas de evitación sobre todo de tipo físico como culturismo o deportes extremos. Otras veces puede haber mucha intelectualización o una rigidez excesiva en el comportamiento que ayudan a evitar las sensaciones asociadas con el dolor provocado en el pasado por las emociones negativas.

Con los pacientes que tengan sensaciones de malestar y no sepan el origen, o que tengan dificultades para sentir su cuerpo debemos extremar las precauciones porque podremos encontrarnos ante una situación de trauma preverbal o una disociación somática. Se debe usar mucha psico-educación y trabajar al principio de forma intelectual para que el paciente pueda ir disminuyendo sus defensas y poder comenzar a enfrentarse a las sensaciones temidas.

En individuos de apego ansioso o desorganizado vamos a encontrar la situación contraria. Son personas que se encuentran desbordadas por las emociones y las sensaciones de malestar que les provocan mucho sufrimiento. La demanda será que aliviemos su malestar lo antes posible. Los síntomas pueden ser cefaleas, contracturas, dolores en el pecho o en el estómago, molestias en la garganta, etc. Siempre hay que hacer una buena evaluación antes de comenzar el trabajo somático. Si comenzamos muy rápido o de forma intensa podemos desbordar sus capacidades y abandonarán la terapia o lo que es peor se retraumatizarán.

**Tabla 14.1.** Diferentes formas de explicar la ausencia de sensaciones en el cuerpo.

ORIGEN DE LA FALTA DE SENSACIONES	EXPLICACIONES	FORMAS DE EVITAR EL DOLOR
TRAUMAS PREVERBALES	Eso ocurrió cuando era muy pequeño, no lo recuerdo.	Pasó hace mucho tiempo, es imposible que me acuerde.
DISOCIACIÓN TRAUMÁTICA	Lo que ocurrió debería haber sido muy doloroso, pero lo tengo superado, no siento nada cuando lo recuerdo. No sentí nada en aquel momento es como si lo hubiera visto en una película mientras lo veía.	Aquello pasó hace mucho, ya no me molesta pero prefiero no recordarlo. Es imposible que me afecte.
DISOCIACIÓN CUERPO-MENTE	Yo no tengo ningún trauma, no siento nunca nada en mi cuerpo. Este ejercicio no es para mí, no siento nada cuando pienso en cosas molestas o desagradables.	Intelectualización. Obsesiones. Deportes que exijan muchísimo esfuerzo. En trastornos alimenticios, la anorexia puede ser una forma de no sentir el cuerpo.

En los casos en que las sensaciones sean muy fuertes y desborden al paciente tendremos que utilizar técnicas de relajación que lo ayuden a poder regularse antes de comenzar a trabajar con las sensaciones. Un error muy común a la hora de realizar el abordaje con estos pacientes es hacer técnicas de meditación o relajación intensas desde el primer momento como forma de ayudarles a calmarse. Si las sensaciones son muy intensas o el paciente está muy disociado podemos encontrar que la persona comience a tener un ataque de pánico. **Nunca debemos relajar muy rápido a un paciente que está sobreexcitado o disociado.** Al fijarse en sus sensaciones se producirá un efecto rebote que lo puede hacer hiperventilar y sobreexcitarse emocionalmente, se pueden provocar ataques de pánico.

Otro error muy común es recomendar meditación o técnicas de auto-hipnosis a pacientes muy ansiosos. Para estos pacientes es muy difícil, por no decir imposible, lograr dejar la mente en blanco y el no poder lograrlo les provoca más ansiedad. Es mucho más recomendable en los primeros estadios de la terapia dar audios de hipnosis o enseñar a distraerse y no centrarse en las sensaciones corporales hasta que puedan aprender a auto-regularse (ver el capítulo 13).

## TRABAJO CON EL CUERPO

Cada persona es diferente en la forma que siente su cuerpo, es decir en sus

sensaciones. Habrá pacientes que por más que intenten sentir algo nos dirán una y otra vez que no sienten nada y otros que sentirán en exceso y que incluso le tendrán miedo a sus sensaciones. Ninguno de estos estados es útil a la hora de trabajar con las sensaciones, por lo que en terapia trabajaremos dentro de lo que conocemos como ventana de tolerancia, es decir una franja entre los dos extremos en los que el paciente pueda trabajar con lo que siente en su cuerpo sin desconectarse y sin estimularse demasiado.

	Zona de hiperexcitación. Demasiada activación. Reactividad emocional. Hipervigilancia. Inundación de las emociones.	
Zona de tolerancia	<b>Margen de tolerancia</b> <b>Zona de activación óptima</b>	La persona está regulada
	Zona de hipoexcitación. Muy poca activación. Ausencia de sensaciones. Entumecimiento de las emociones. Reducción de los movimientos físicos.	

En pacientes con ansiedad y ataques de pánico vamos a encontrar que salen de la ventana con demasiada facilidad por lo que tendremos que hacer un trabajo muy delicado de mantenerlos dentro de un espectro de activación que sea terapéutico para el paciente o corremos el riesgo de retraumatizarlo. En otras ocasiones puede ocurrir que se hipoactiven y no sientan nada en el cuerpo, eso puede llevarnos al error de creer que no hay sensaciones y puede ocurrir que sea debido a que estas son tan intensas que le abruman y colapsan al paciente. El trabajo con las sensaciones corporales puede ser muy activador en algunas personas por lo que siempre debemos trabajar dentro de los límites que el individuo pueda tolerar. Tan grave sería que tenga abreacciones que le hiperactiven como que se colapse por un exceso de carga emocional que lleva a la disociación.

Respecto a qué momento debemos introducir el trabajo con las sensaciones va a depender del tipo de apego y cómo se manejan. En todos los casos es recomendable hacerlo cuando se haya consolidado la alianza terapéutica e ir introduciendo el trabajo poco a poco. En individuos con apego ansioso o desorganizado necesitarán primero una estabilización. En las personas con apego evitativo habrá que realizar mucha psicoeducación antes de poder trabajar con las sensaciones.

En las personas con ansiedad por tensión debido a un exceso de control encontraremos que su forma de protegerse en el pasado ha sido no conectar con su cuerpo. Debemos tener paciencia porque este tipo de pacientes tenderán a sentirse frustrados con facilidad al encontrar este trabajo poco útil y difícil para ellos. Somos nosotros los que tenemos que adaptarnos a la necesidades de los pacientes y nunca al revés, teniendo cuidado de tener siempre presente, que sea el que sea nuestro enfoque profesional debemos trabajar dentro de la ventana de tolerancia.

## **TÉCNICAS PARA TRABAJAR LAS SENSACIONES**

Hay multitud de técnicas terapéuticas para trabajar con el cuerpo. Focusing (Gendlin, 1982), terapia sensorio-motor (Ogden & al. 2011; Ogden & Fisher, 2016) o experiencia somática (Levine, 2013). Voy a desarrollar brevemente esta última.

Scaer (2014) propone la disociación desde un aspecto somático, defiende que todos los animales tienen una capacidad para descargar la ira o la frustración pero que el ser humano ha perdido esta capacidad. Cuando un león no puede cazar a una gacela este tendrá un sobrante de energía (estrés) que eliminará de su cuerpo mediante temblores o movimientos continuos. La gacela que ha sobrevivido habrá sentido también mucho miedo y necesitará eliminar también todo el estrés acumulado y lo hará de la misma forma que lo haría el león. Si un pájaro se golpea con una ventana quedará inmobilizado unos segundos y posteriormente temblará y seguirá volando, pero si lo agarramos e impedimos esos temblores se moverá de forma desorientada, será incapaz de volar y en unas horas morirá (Levine, 2013). Todos los seres vivos tienen unos mecanismos naturales de descarga de la energía asociada al evento para que no quede rastro del trauma en el cuerpo.

Según algunos autores (Scaer, 2014) los seres humanos con la adquisición de un lóbulo prefrontal muy desarrollado y la lateralización del cerebro hemos perdido esta capacidad. Es como si al poder reflexionar ya no necesitáramos descargar los traumas de esa manera y lo pudiéramos hacer verbalizándolos o mentalizando. En muchos casos, el cuerpo al guardar memoria somática del trauma cuando haya un estímulo que lo recuerde reaccionará con síntomas de dolor o ansiedad.

De una forma muy básica el trabajo con la técnica de “experiencia somática” consistiría en facilitar la descarga controlada de la energía bloqueada con la finalización del movimiento inconcluso en el momento del evento traumático aunque sea con la imaginación. Para lograr esto debemos trabajar siempre dentro la ventana de tolerancia

de nuestro paciente haciendo que observe con curiosidad las sensaciones que tenga cuando recuerda el evento traumático. La curiosidad y el miedo son incompatibles (una emoción genera en nuestro cerebro dopamina y la otra noradrenalina). Se producirá una activación de las sensaciones e inmediatamente una relajación de estas, es lo que se conoce como “penduleo”, ayudando a poder descargar la energía que ha quedado residual (Levine, 2013)

Encontraremos que algunos pacientes tendrán una ventana de tolerancia más amplia y podrán trabajar con un penduleo mayor y otros la tendrán más estrecha. En estos casos con este trabajo podremos ayudarle a sentir las sensaciones que tienden a evitar habitualmente e ir ampliando la ventana de tolerancia aceptando cada vez una mayor activación de las sensaciones.

Un fenómeno a resaltar sería el de *kindling*, que consistiría en una perpetuación de los estímulos de dolor (aparentemente afectando al tálamo) que podrían explicar muchas enfermedades con dolores crónicos como la fibromialgia o la fatiga crónica. Sería una expresión somática retardada del trauma (Rodríguez & col. 2005). Es una situación en la que el sistema nervioso sigue registrando dolor cuando en realidad no hay ninguna causa que ya lo produzca.

Al relacionar las sensaciones con las emociones se ayudará a poder descargar la energía que quedó bloqueada durante el evento traumático con la ayuda de la presencia tranquilizadora del terapeuta sustituyendo a las figuras de apego que en ese momento no estaban disponibles, bien porque no estaban física o emocionalmente o porque no resultaron útiles. El modelo de la teoría polivagal, en una primera fase buscamos ayuda social y si no está disponible o no es suficiente nuestro cuerpo/mente se sitúan en modo lucha-huida y posteriormente en colapso/disociación. La presencia del terapeuta sustituye a la figura de apego que no estuvo cuando ocurrió y ayuda a centrarse en el aquí y ahora, única situación en la que se puede recuperar la homeostasis.

Lola es una paciente de 26 años que viene a consulta porque tiene mucho miedo de contrariar a su madre y esto le causa muchos problemas con su pareja porque siempre tiene que pedirle permiso a la madre para todo. Incluso para las cosas más nimias como qué ropa comprar a sus hijas o a dónde irse de vacaciones.

T: Lola, quiero que imagines que haces algo sin preguntarle a tu madre. ¿Dónde sientes la sensación de malestar en tu cuerpo?

C: En la boca del estómago.

T: Me gustaría que te imaginaras si tuvieras que darle un color y una forma, ¿Cuál le darías?

C: Sería como una bola redonda y negra.

T: Muy bien. Me gustaría que la observaras y vieras cómo te sientes al hacerlo.

C: Me siento muy mal. Me dan ganas de llorar.

T: Llorar no es malo, pero no quiero que te sientas mal y te desbordes. ¿Podrías recordar la sensación agradable que sentías antes cuando abrazabas a tus hijas? ¿Recuerdas dónde la sentías?

C: Sí, en el pecho, en el corazón.

T: Muy bien, siéntela ahora. Cuando te sientas mejor observa las dos sensaciones. Qué diferentes son.

C: Sí. Una es muy pesada y la otra muy ligera.

T: Eso está muy bien. Siente otra vez la bola negra en el estómago.

C: Se ha vuelto como más difusa un poco menos pesada.

T: Muy bien sigue sintiéndola.

C: Me veo como una niña con mi madre y como una madre con mis hijas.

T: ¿Cómo está la sensación ahora?

C: Predomina la sensación agradable en el pecho, noto cómo respiro mejor. No tengo que hacer lo que mi madre quiera. Soy una mujer adulta, y ahora soy una madre, ya no soy una niña.

T: Siente la sensación de nuevo. ¿Ha cambiado? ¿Se ha movido?

C: Casi no está. Ha desaparecido casi del todo.

T: Imagínate que haces algo sin pedirle a tu madre o que haces algo que a ella no le parece bien. ¿Cómo te sientes?

C: Muy bien. Mucho mejor. No sé porque he actuado así todo este tiempo.

C: Predomina la sensación agradable en el pecho, noto cómo respiro mejor. No tengo que hacer lo que mi madre quiera. Soy una mujer adulta, y ahora soy una madre, ya no soy una niña.

T: Siente la sensación de nuevo. ¿Ha cambiado? ¿Se ha movido?

C: Casi no está. Ha desaparecido casi del todo.

T: Imagínate que haces algo sin pedirle a tu madre o que haces algo que a ella no le parece bien. ¿Cómo te sientes?

C: Muy bien. Mucho mejor. No sé porque he actuado así todo este tiempo.

Practicando estos ejercicios una y otra vez podremos conectar las partes disociadas que quedaron fragmentadas en el trauma a nivel físico, mental y emocional. Poder narrar la experiencia y/o poder vivirla de una forma correctora hace que el cuerpo pueda cambiar la memoria somática de lo que ocurrió. Personas con formación en EMDR pueden acompañar estos ejercicios de estimulación bilateral, pero debido a la activación que provoca hay que estar debidamente formado para poder aplicar esta técnica con el trabajo somático (Leeds, 2012).

También se puede trabajar con el cuerpo, no como forma de resolver un evento traumático concreto sino como una forma de cambiar las estrategias de afrontamiento. La memoria procedimental (ver capítulo 5) es aquella que hace que repitamos las acciones, emociones o sensaciones de forma repetitiva e inconsciente. Si durante nuestra infancia nos hemos sentido desplazados tendremos más tendencia a cerrar los hombros y si no hemos querido sobresalir tendremos a evitar la mirada de los demás, con el paso del tiempo todos estos gestos formarán parte de nuestro repertorio de conductas inconscientes (Ogden & Fisher, 2016).

Cambiando nuestras sensaciones y posturas, debido al procesamiento abajo-arriba, podemos cambiar cómo nos sentimos respecto a nosotros mismos y a los demás. Puedes hacer el experimento de sonreír unos segundos y observarás cómo te sentirás mucho más feliz. Durante la terapia podemos explicar a nuestros pacientes, conductas corporales que observamos y que al cambiarlas les puede ayudar a cambiar también sus cogniciones y emociones. El trabajo terapéutico consiste en entrar muy poquito y salir. Entrando en un grado que el paciente vea que puede salir con facilidad, de esta forma vamos empoderando al propio paciente, esto es, siempre dentro de su ventana de tolerancia.

Seíjo (2015) plantea que estas actitudes corporales serían defensas somáticas que surgieron en situaciones de activación emocional y que pueden reaparecer durante el trabajo terapéutico cuando al revivir emociones o recuerdos del pasado el cuerpo va a

responder de la misma manera que lo hizo entonces. El trabajo con estas defensas (ver capítulo 15) debe ser muy cuidadoso porque estas cumplen una función como protección que debe ser respetado.

Algunas defensas somáticas, según esta autora que vamos a encontrar durante el trabajo terapéutico pueden ser: (cito textualmente con el permiso de la autora):

*La tensión mostrada en diferentes partes del cuerpo refleja el reprimir una emoción que quiere salir pero que se bloquea, habitualmente la rabia. Tensar la mandíbula, los puños, piernas...*

*Levantar los hombros como gesto de protección, la emoción que suele acompañar es el miedo.*

*Morder el labio suele ser el controlar habitualmente la tristeza.*

*Inclinación del cuerpo hacia delante en la silla, muestra protección y defensa contra emociones que la persona evita mostrar.*

*Sentarse en la esquina de la silla, muestra incomodidad y ganas de salir de la situación.*

*Retirar el contacto visual o cortarlo en un momento concreto, muestra la evitación de no querer recibir algo por parte del terapeuta, de no ser vista, miedo a verse expuesta.*

*Hablar en tercera persona, es un no hacerse cargo.*

*Bloqueo en el pecho, impide la respiración fluida, una manera de bloquear o no dejarse fluir.*

*Tensión en el cuello, intento de controlar lo que ocurre en el proceso, está relacionado con la sensación de pérdida de control.*

*Tensión en la garganta suele ser la antesala del llanto, de lo no dicho, de lo que no se habló, bloqueo de la comunicación.*

*Tensión en la mandíbula, ira no expresada, rabia contenida, relación con aquellas personas con una tendencia a ser “masticadoras”.*

*Aparición del sueño durante el procesamiento, muestra que la persona ha superado su umbral de tolerancia a lo que está saliendo. Manera de mostrar que el procesamiento está siendo demasiado intenso.*

*Dolor de cabeza durante el procesamiento, material traumático sobre el que la persona se muestra reticente a dejar salir. Puede ser la señal de que hay alguna parte disociativa que está haciendo acto de presencia.*

*Sensación de niebla muestra que alguna parte protege lo que está saliendo o se quiere mostrar. Suele ser habitual cuando las personas intentan hablar de su*

*infancia y una parte protege el contactar con esa información.*

*Sensación de que pitan los oídos como si la persona no pudiese oír o dejar de sentir las manos son signos claros de disociación durante el reprocesamiento.*

*Una sensación curiosa es la del punto de ira que se coloca encima de alguno de los ojos, habitualmente el ojo derecho y que suele ser la antesala de una contención de ira bloqueada.*

*Tensión en la espalda y peso en los hombros suele ser la carga y responsabilidad que la persona siente en su vida.*

*Mover el pie constantemente durante la consulta como forma de descargar la tensión que se siente.*

Observar durante las sesiones de la terapia los gestos, tics y posturas de los pacientes puede ser de inestimable ayuda a la hora de poder realizar un procesamiento abajo-arriba que ayude a poder modificar las emociones y cogniciones asociadas. Y también de forma opuesta el procesamiento arriba-abajo puede integrar nuestra mente con nuestro cuerpo con gran efecto terapéutico.

## **CONCLUSIONES**

Desde los primeros meses de vida en el útero materno, mucho antes de que podamos pensar, nuestro cuerpo tiene sensaciones e interactúa con el entorno. La relación con los cuidadores desde el nacimiento va a permitir que el niño tenga un desarrollo normal o patológico a nivel mental pero también somático.

Si en la infancia ha habido muchas situaciones de malestar el cuerpo guardará memoria de lo ocurrido en forma de defensas somáticas. El cerebro usa el cuerpo para poder saber si los estímulos que ocurren en el ambiente y en el interior son positivos o amenazantes. Si ha habido muchas situaciones de malestar en el pasado el cuerpo responderá de forma negativa ante cualquier estímulo provocando una fuerte ansiedad. En otras personas la defensa será no sentir nada como forma de evitar el dolor sufrido en el pasado.

En la terapia damos el espacio y la ocasión para poder descargar la energía que quedó colapsada, el cuerpo puede sentir de una forma correctora las experiencias negativas del pasado, estas podrán ser procesadas y el cuerpo descargará la energía residual que impedía la resolución del trauma. También es importante el trabajo somático para poder potenciar la comunicación no verbal que ayudará a poder conocer los estados emocionales del paciente.

Independientemente del protocolo de tratamiento que sigamos para trabajar con la ansiedad, el trabajo con el cuerpo es fundamental para poder ayudar a los pacientes a manejar su malestar además de ser muy útil a la hora de poder entender mejor las emociones y sensaciones de nuestros pacientes.

Hay múltiples terapias que trabajan con las sensaciones; integrar este trabajo en nuestra consulta es un catalizador de la terapia. Trabajar con el paciente con sus sensaciones, tics, posturas o gestos puede ayudar a integrar la memoria implícita con la explícita.

# Las defensas psicológicas

## 15

Todos los seres vivos tienen un mecanismo innato para poder evitar circunstancias que son molestas o peligrosas, desde los seres más primitivos hasta los más evolucionados, todos tienden a evitar los estímulos dolorosos y buscan los agradables. El miedo es un circuito innato en el cerebro de todos los vertebrados (Panksepp & Biven, 2012) y asociado a este siempre hay unos mecanismos de defensa para evitar o minimizar las amenazas. Estos pueden ser, en el caso de los seres humanos, físicos (por ejemplo salir corriendo) o psicológicos (por ejemplo negando algo que es evidente).

Los mecanismos de defensa que discutiremos en este capítulo son procesos para proteger a las personas de una ansiedad excesiva o cualquier otra emoción negativa (Cramer, 2009). Son procesos psicológicos automáticos que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas de origen interno o externo. Desde un punto de vista psicodinámico los mecanismos de defensa posibilitan la autoprotección al reducir la consciencia acerca de pensamientos, deseos o miedos debido a conflictos internos. Desde un punto de vista cognitivo-conductual serían procesos psicológicos protectores que permiten al individuo lidiar con las amenazas externalizadas así como con los estresores internalizados que crean conflictos (Sharon & Hentschel, 2013). Desde un aspecto neurobiológico las defensas serían asociaciones neuronales que dan una respuesta condicionada frente a un estímulo que se percibe como peligroso o molesto, mientras más veces se produzcan estímulos parecidos y demos la misma respuesta mayor será la probabilidad de que esas neuronas (con todas las respuestas hormonales consecuentes) se disparen juntas y quede más asociada la defensa con la amenaza. Como siempre, estas amenazas pueden ser reales, por ejemplo, que vayan a ridiculizarme o agredirme, o imaginarias como, por ejemplo, no merezco ser amado. Una vez más defendemos la necesidad de integrar diferentes enfoques terapéuticos por lo que en este capítulo trabajaremos integrando los tres enfoques usando unos u otros en función de las necesidades del paciente.

Los mecanismos de defensa (al igual que la memoria) pueden ser implícitos o explícitos.

**Explícitos:** Serían voluntarios y estarían mediados por las áreas corticales que

procesan el pensamiento. Un ejemplo sería cuando un amigo nos pide dinero y no queremos dárselo. Podemos inventar una excusa para no tener que hacerlo.

**Implícitos:** Estarían controlados por las áreas subcorticales y por lo tanto no estarían mediados por ningún razonamiento. Surgen sin que tengamos consciencia de ellos, surgen ajenos a la voluntad. No siempre son oportunos o adecuados. Pueden ser a su vez de dos tipos.

También pueden ser divididos en:

**Innatos:** Serían aquellos que están codificados en nuestro genoma y se muestran cuando hay algún peligro. Por ejemplo, idealizar a los padres como forma de poder seguir queriéndolos a pesar del maltrato.

**Adquiridos:** Serían aquellos que han funcionado en nuestra infancia y que se repiten en nuestra conducta sin que podamos evitarlos. Por ejemplo, mentir para lograr algo que queremos.

Cuando somos niños carecemos de las herramientas cognitivas o emocionales para poder defendernos de muchas de las situaciones dolorosas que van a sucedernos y ahí cumplen un papel vital nuestros progenitores para poder defendernos hasta que podamos hacerlo por nosotros mismos. Muchas veces las personas que tenían que defendernos no pudieron o no supieron hacerlo o incluso en muchos casos pueden ser la fuente de la amenaza, lo que obliga al niño a encontrar formas de tolerar y superar la incertidumbre aunque sean muy básicas y muchas veces ineficaces. Estos mecanismos de defensa a fuerza de ser repetidos se irán afianzando a nivel neuronal y se acabarán convirtiendo en patrones de conductas que formarán parte de nuestra personalidad aunque en la actualidad resulten totalmente inadaptables e incluso patológicos.

Las heridas emocionales y las defensas utilizadas para defenderse se consolidan como memoria implícita de forma asociada, de tal manera que si cuando soy adulto y percibo un peligro la amígdala (Le Doux, 1994) habrá asociado la amenaza y la respuesta juntas, independientemente de la edad y el contexto, creando una respuesta automática e inconsciente que escapa a la voluntad de la persona. Muchos de los problemas por los que nuestros pacientes buscan ayuda psicológica son defensas que se han vuelto inadaptables y nuestro trabajo terapéutico no puede comenzar por eliminar el síntoma (es decir la defensa que ha creado) sino haciéndole ver que ya no hay ninguna amenaza. Las defensas pueden ser vistas como un mecanismo cerebro/mente utilizado como forma de sobrevivir y conseguir un equilibrio que no sea doloroso con el mundo externo e

interno. (Ginot, 2015). A medida que se repiten se van volviendo más rígidas y puede que causa de mayores problemas que los que tratan de solucionar.

Raquel es una chica de 24 años que acude a consulta porque tiene mucho miedo a que sus tripas (intestinos) le hagan ruido en público y esto le impide cada vez hacer más actividades como ir a comprar, montar en autobús o incluso salir a divertirse. Tiene mucho miedo de que le suenen en público y hacer el ridículo.

En este caso el ruido de los intestinos es involuntario y le provoca mucho sufrimiento pero la respuesta de miedo a hacer el ridículo sí depende de la valoración que hace la paciente de las reacciones de su entorno. Podríamos trabajar en este caso ayudándola a darse cuenta de lo irracional de sus pensamientos y emociones pero esto la paciente ya lo sabe. Es mucho más útil trabajar en el miedo al ridículo o el rechazo hasta que pueda asumir que su miedo a que le suenen las tripas y a las reacciones de los demás son excesivas.

Las defensas van a ir aumentando en complejidad y forma a medida que vayamos creciendo. Las primeras defensas las adquirimos en relación a nuestros cuidadores y posteriormente, a medida que maduramos, con los amigos y profesores. En la adolescencia cuando empieza a despertar la sexualidad, con los compañeros y compañeras bien comparándonos con ellos o por un interés de ser atractivos y aceptados y en la edad adulta la mayoría de estos mecanismos de defensa ya forman parte de nuestra memoria implícita y aparecen de forma espontánea ante cualquier estímulo que nos recuerde a alguna amenaza anterior real o imaginaria.

Cuanto mayor fue la amenaza, más temprana la edad cuando ocurrió y más cercana la figura de apego que causó el daño, más necesario será el mecanismo defensivo y mayor será la conexión entre amenazas similares y respuestas de defensa. Aunque estas pudieron resultar muy eficaces en su momento, como forma de reducir el malestar y la ansiedad a medida que actúan de forma inconsciente y fuera de la voluntad se pueden volver cada vez más inadaptativas hasta convertirse en patológicas.

Es importante resaltar que los mecanismos de defensa no resuelven la fuente de ansiedad, solo la reducen si funcionan bien (Sharon, & Hentschel, 2013). El conflicto

continuará existiendo bajo las mismas u otras condiciones, y en muchos casos nos encontraremos que la patología que trae a nuestros pacientes a la consulta es el mecanismo que ha creado para poder obviar o soportar el conflicto. Las defensas son muy necesarias por ejemplo después de un trauma para poder volver poco a poco a la normalidad, pero si la cantidad excede a la calidad, o están fuera de lo considerado sano respecto a lo que ocurrió es que se han convertido en un trastorno mayor que el que quiere evitar y se considerarían patológicas.

En muchos casos vamos a encontrar defensas mucho menos complejas y no tan patológicas. Otras veces serán mucho más insidiosas, algunos autores defienden que la disociación estructural de la personalidad sería un mecanismo de defensa extremo para poder soportar la incertidumbre frente a la amenaza (González, 2015; Van der Hart et al. 2011) y hablaríamos de «**defensas disociativas**». Sabemos que a través del sistema nervioso autónomo nuestro cuerpo también guardará memoria del trauma (Van der Kolk, 2014; Damasio, 2012) y nos encontraremos con lo que conocemos como «**defensas somáticas**» (Seijo, 2016).

## **TIPOS DE MECANISMOS DE DEFENSA**

Aunque no están contemplados en el último manual de psicopatología DSM V (2015) sí aparecían en el anterior en el DSM IV (2002). Estos mecanismos de defensa han sido divididos conceptual y empíricamente en grupos denominados niveles de defensa. Transcribo literalmente las definiciones tomadas del manual. Voy a detallar solo los más importantes para los trastornos que estamos trabajando.

### **1. Nivel adaptativo elevado**

Este nivel de mecanismo de defensa da lugar a una óptima adaptación en el manejo de los acontecimientos estresantes. Estas defensas suelen maximizar la gratificación y permiten tener conciencia de los sentimientos, las ideas y sus consecuencias.

También promueven un óptimo equilibrio entre opciones conflictivas. Ejemplos de defensas en este nivel son:

- **Afiliación:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo acudiendo a los demás en busca de ayuda o apoyo, lo que significa compartir los problemas sin tratar de atribuirlos a los demás. Como vimos en el capítulo 2, esto forma de los mecanismos innatos de comportamiento frente a amenazas en el ser humano. En las personas con ansiedad va a estar constantemente

como forma de soportar el malestar. Se convierte en patológico cuando no podemos hacer nada si no es en compañía de personas que consideramos seguras.

- **Altruismo:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo dedicándose a satisfacer las necesidades de los demás. A diferencia del autosacrificio, a veces característico de la formación reactiva, el individuo obtiene una gratificación bien de tipo vicariante, bien por las repuestas de los demás. En su parte patológica la persona no puede dedicar nada de atención ni cuidado a sí mismo y solo puede pensar en el bienestar de los demás. Es una defensa infantil del tipo “cuando mi madre esté bien yo podré estar bien”. Como hemos visto en capítulos anteriores genera mucha rabia que al no poder expresarse de forma sana provocará ansiedad y/o ataques de pánico.

- **Anticipación:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo experimentando reacciones emocionales antes de que ambos se produzcan o bien anticipando sus consecuencias, posibles acontecimientos futuros, y considerando de forma realista respuestas o soluciones alternativas. Es otra defensa universal en todos los seres humanos, que permite aprender del pasado para poder planificar en el futuro, pero en una vertiente patológica hace que anticipen una y otra vez diferentes escenarios de futuro (muchas veces catastrofistas), que hacen que la amígdala perciba un peligro donde no lo hay, provocando una reacción mayor de ansiedad que provoca más anticipación. El círculo vicioso es evidente.

- **Sentido del humor:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo haciendo hincapié en los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes. Vamos a encontrarlo en muchos pacientes que utilizan el humor como forma de disminuir el conflicto. En muchos casos pueden hacerlo como una forma de parecer felices escondiendo dentro su sufrimiento.

- **Sublimación:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo canalizando sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos en comportamientos socialmente aceptables (p. ej., deportes de contacto para canalizar impulsos agresivos). Este mecanismo lo veremos muy a menudo en las patologías asociadas a trastornos emocionales, sobre todo en relación a la emoción de la ira (rabia, frustración, sensación de impotencia). Al no poderle expresarla de forma abierta buscará mecanismos alternativos para poder atenuarla.

- **Supresión:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de

origen interno o externo evitando intencionadamente pensar en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que le producen malestar. Esta defensa es vital en el proceso terapéutico porque muchísimas veces nos encontraremos fobias a los recuerdos traumáticos que obstaculizarán el tratamiento. Debemos ser especialmente cuidadosos con esta defensa porque nos va a ayudar a conocer al ritmo que podemos trabajar y cuáles son las creencias nucleares que sustentan el conflicto.

## 2. Nivel de inhibiciones mentales (formación de compromisos)

El mecanismo de defensa, en este nivel, permite que ideas, sentimientos, recuerdos, deseos o temores potencialmente peligrosos se mantengan fuera de la conciencia del individuo. Ejemplos son:

- **Aislamiento afectivo:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo separando las ideas de los sentimientos originalmente asociados a ellas. El individuo se aparta del componente afectivo asociado a una idea determinada (p. ej., acontecimiento traumático), pero se mantiene apegado a sus elementos cognoscitivos (p. ej., detalles descriptivos). Lo encontraremos a menudo en pacientes que nos revelan algo muy doloroso (o que debería serlo) sin emociones, si bien es normal y adaptativo poco después de ocurrido el trauma resulta muy patológico cuando pasa el tiempo. Sería un subtipo de negación o supresión.
- **Disociación:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante una alteración temporal de las funciones de integración de la conciencia, memoria, percepción de uno mismo o del entorno, o comportamiento sensorial/motor. Dedicaremos un capítulo completo a este mecanismo que por su importancia y complejidad requiere un apartado especial.
- **Formación reactiva:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo sustituyendo los comportamientos, los pensamientos o los sentimientos que le resultan inaceptables por otros diametralmente opuestos (este mecanismo de defensa suele actuar en simultaneidad con la represión). Lo vamos a ver constantemente en los trastornos que conlleven pensamientos o acciones de tipo autopunitivas. La agresividad que no puede mostrarse hacia fuera se vuelve hacia el propio individuo.
- **Intelectualización:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas

de origen interno o externo generalizando o implicándose en pensamientos excesivamente abstractos para controlar o minimizar sentimientos que le causan malestar. Sería darle prioridad a las áreas corticales por miedo a las emociones que subyacen en el interior del individuo. Sería cambiar el sentir por el pensar.

- **Represión:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expulsando de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas. Es un tipo de disociación en la que se esconden cosas involuntariamente por miedo a los efectos que podrían tener. Los pacientes gastan muchísima energía en contenerlas, la mayoría de las veces con escaso éxito.

### 3. Nivel menor de distorsión de las imágenes

Este nivel se caracteriza por distorsiones de la imagen de uno mismo o de los demás que pueden ser utilizadas para regular la autoestima. Ejemplos son:

- **Devaluación:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente negativas a sí mismo o a los demás. Es el núcleo del trastorno de las fobias sociales, trastornos de pánico y trastornos de ansiedad. Los individuos que se han sentido rechazados en su infancia por sus seres queridos internalizarán un miedo al rechazo que les hará devaluarse para evitar ser evaluados y por lo tanto rechazados de nuevo.

- **Idealización:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás. Esto lo encontraremos en muchos pacientes con infancias que han sido complicadas, la idealización permite seguir en contacto con los seres queridos aunque estos sean la fuente de conflicto. El problema de este mecanismo es que provocará en muchos casos la idealización de los demás y la devaluación de uno mismo. Como forma de poder superar la incongruencia. Es un mecanismo muy complejo de tratar y debe hacerse con sumo cuidado puesto que eliminarlo puede hacer sentir a los pacientes una fortísima sensación de soledad. En los trastornos narcisistas encontraremos una idealización del *self* que permita no conectar con la falta de recursos o de autoestima.

### 4. Nivel de acción

Este nivel se caracteriza por mecanismos de defensa que se enfrentan a amenazas de origen interno o externo mediante una acción o una retirada. Ejemplos son:

- **Pasivo agresivo:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mostrando agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva. Existe una máscara externa de abierta sumisión a los demás, detrás de la que en realidad se esconde resistencia, resentimiento y hostilidad encubiertos. Las personas que utilizan esta defensa o bien sabotean las relaciones con los demás o bien estallan sin relación con lo acontecido, porque guardan memoria de cada uno de los ultrajes que han sufrido.
- **Comportamiento impulsivo (*acting out*).** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo a través de la acción más que a través de reflexiones o sentimientos. El concepto de *acting-out* defensivo no es sinónimo de mal comportamiento, ya que puede probarse que se relaciona con conflictos emocionales. Sería comúnmente como lo que conocemos “escapar de uno mismo”, o sea realizar actos o actividades de forma compulsiva para no tener que sentir ninguna emoción. Un ejemplo serían las personas adictas al trabajo o deportistas extremos.
- **Quejas y rechazo de ayuda:** El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante quejas o demandas de ayuda que esconden sentimientos encubiertos de hostilidad o resentimiento hacia los demás y que luego se expresan en forma de rechazo a cualquier sugerencia, consejo u ofrecimiento de ayuda. Las quejas o demandas pueden hacer referencia a síntomas físicos o psicológicos o a problemas de la vida diaria. Es una defensa muy parecida al pasivo-agresivo. Necesito y utilizo a los demás pidiéndoles ayuda o utilizándolos, lo cual me provoca malestar, pero por miedo a perderlos esconden su rabia mostrándola indirectamente.

## **TRABAJAR CON LAS DEFENSAS**

Las defensas, como su nombre indica, han surgido por alguna razón aunque en la actualidad no sabemos por qué surgieron y se hayan convertido con el tiempo en algo patológico; debemos ser muy cuidadosos al trabajar con ellas porque podríamos dejar al cliente “indefenso”. En todos los casos debemos utilizar unas máximas que nos obliguen a ser muy respetuosos con el paciente (McCullough, 1997):

- Mantener la alianza terapéutica.

- Enseñar al paciente a reconocer qué defensas utiliza y si estas son egosintónicas o egodistónicas.
- Regular la ansiedad enseñando a no ser crítico consigo mismo. Fomentar la autocompasión. Identificar los conflictos: Ansiedad, culpa vergüenza o rabia, que hacen necesaria la defensa.
- Trabajar puntos fuertes (recursos) mientras se trabaja con las defensas.
- Identificar las emociones, fobias y los esquemas que se esconden detrás de la defensa.
- Generar una hipótesis de trabajo acerca de los patrones del paciente y confrontarlos.

### **MANTENER LA ALIANZA TERAPÉUTICA**

No podemos olvidar nunca que la defensa cumple una función de protección y que fue creada desde el dolor, así que el terapeuta debe trabajar en todo momento con cuidado para que el paciente no se sienta intimidado u obligado a hacer un trabajo que no quiere o que no puede hacer. Las defensas aunque puedan ser un motivo de sufrimiento cumplen una función y el paciente solo va a poder eliminarlas si siente que nosotros no vamos a juzgarlo ni hacerle daño.

En estos momentos más que en ningún otro de la terapia debemos ser muy cuidadosos con la transferencia y la contratransferencia en el proceso terapéutico. Observar si el paciente está preparado para poder trabajar con el material nuclear que provocó el trauma es fundamental. Muchas veces el terapeuta puede tener miedo de eliminar la defensa, bien por no saber si va a poder manejar la reacción del paciente, o porque él mismo reconozca esa defensa en su interior. En estos últimos casos debe buscar supervisión para poder trabajar sobre este tema.

A la hora de cuestionar las defensas debemos emplear un lenguaje socrático que evite que el cliente se sienta intimidado o juzgado. Para eso podemos:

- Utilizar expresiones como: “corrígeme si me equivoco pero...” de este modo daremos la oportunidad de dejar al paciente si está preparado para enfrentarse a la defensa. Si nos niega el problema sabremos que el paciente no está preparado.
- Preguntar con duda. “No lo entiendo... me estás diciendo que una niña de 5 años puede provocar....” o “Quieres decir que de aquello que ocurrió tú fuiste el único responsable...” o “Quizás en aquel momento hiciste lo que pudiste con las

herramientas que tenías...”.

### **Enseñar al paciente qué defensas utiliza**

Las defensas que el paciente utiliza pueden ser (Mccullough et al. 2003).

**Egosintónicas:** Son aquellas defensas con las que el paciente está de acuerdo. Forman parte de su *self* y no quiere cambiarlas. A este grupo pertenecen todas las defensas de evitación o idealización. Son conductas o pensamientos que el paciente percibe como algo positivo de sí mismo pero que obstaculiza el trabajo terapéutico e impide la resolución del trauma.

Un ejemplo sería una persona aquejada de un colon irritable y al hacer la conceptualización observamos que el paciente está siempre anticipándose a los problemas, preocupándose de hacerlo todo perfecto, etc. Es decir constantemente en tensión. Este comportamiento como hemos visto pueden ser estrategias de control para no sentir las emociones, pero si se lo hacemos ver al paciente este nos dirá que le gusta ser una persona “responsable”.

**Egodistónicas:** Estas son las defensas que el paciente no quiere mantener. Muchas veces van a ser síntomas que han venido a mejorar a la terapia. La mayoría de las veces los pacientes no las ven como una defensa sino como la fuente de sus problemas. Este sería por ejemplo el caso de las adicciones o las obsesiones que cumplen una función de evasión o de distracción del trauma. Los pacientes pueden venir por ejemplo con una demanda de poder salir a la calle sin tener miedo de irse de vientre, pero nosotros sabemos que esta es la defensa que le protege de relacionarse con los demás y ser rechazado.

En estos casos hay que ser muy pedagógicos y tener muy consolidada la relación terapéutica antes de poder explicarlo y trabajarlo. Obviamente este tipo de defensas se desmontarán a medida que la terapia vaya finalizando. Primero trabajaremos el trauma y después la defensa. Mientras más egosintónicas sean las defensas más difícil será cambiarlas y trabajar con ellas. Para poder trabajar con las defensas los pacientes deben verlas como algo que deben cambiar. Debemos ir desde defensas egosintónicas (yo soy así) a egodistónicas (yo no quiero seguir haciendo esto) (Mccullough et al. 2003).

**Regular la ansiedad. Enseñar a no ser crítico consigo mismo. Fomentar la autocompasión. Identificar los conflictos: Ansiedad, culpa vergüenza o rabia, que hacen necesaria la defensa**

Cuando las defensas son egodistónicas (o cuando empiecen a dejar de ser

egosintónicas), el paciente sentirá mucha culpa y vergüenza. Es muy importante ser muy pedagógicos y explicar la función que cumplen las defensas, y cómo tienen una ganancia secundaria. Puede haber partes que provoquen el síntoma para defenderse del dolor pero esto puede provocar rechazo por otras partes del paciente que están por la vida normal (Van der Hart & col, 2011).

Es muy importante enseñar técnicas de relajación y aceptación (Ver capítulo 13) para manejar la ansiedad asociada a esas conductas, pensamientos o emociones que se viven de forma intrusiva.

Otro punto muy importante es trabajar el duelo cuando las defensas empiecen a cambiar, puede haber mucha culpa por haberlas mantenido durante mucho tiempo (o por no haber hecho nada para cambiarlas antes).

Es fundamental que si la defensa es de tipo impulsiva, como por ejemplo tomar drogas o pelearse para descargar la agresividad, debemos ir instalando estrategias de autocontrol mientras trabajamos el origen de la defensa. En casos en los que la defensa esté causando muchos problemas en el presente (autolesiones, conductas suicidas, abuso de drogas, violencia) debemos trabajar para reducirla porque si no, se hace imposible el trabajo con lo que se esconde detrás.

#### **Trabajar puntos fuertes (recursos) mientras se trabaja con las defensas**

Tenemos que ir balanceando en todo momento entre el trabajo de ir eliminando la defensa y trabajando lo que se esconde detrás y la instalación de recursos que permitan al paciente estar en control en todo momento. La defensa cumple una función de protección y no podemos dejar al paciente desprotegido.

Puede que en algunos casos no encontremos nosotros ni el paciente ningún recurso, pero podemos utilizar expresiones de validación como “debes ser muy valiente para someterte a este proceso, muchas personas no se atreverían” o “hay que ser muy valiente para sincerarse tanto con una persona que apenas conoces” o “me admira cómo has sido capaz de enfrentarte a tus miedos, la mayoría de las personas no se atreverían”.

Si encontramos en el paciente recursos más complejos los utilizaremos, por ejemplo: “Dices que eres incapaz de verte como alguien útil pero parece que tus hijos no te ven así”. “¿Cómo crees que te sentirías si el problema no existiera? ¿Qué sería diferente?”. “¿Si tuvieras que darle un consejo a un amigo que pasara por esto qué le dirías? ¿Qué te impide decírtelo a ti mismo?”.

Obviamente, a medida que haya más recursos menos necesaria se hace la defensa, lo

ideal es que estos recursos sean expresados espontáneamente por los pacientes pero si vemos que hay miedo o incertidumbre nosotros debemos instalar los recursos.

Un punto importante es que en muchos casos durante el proceso terapéutico los pacientes dudarán si están haciéndolo bien, planteándose incluso ser malos pacientes que no son capaces de hacer la terapia. En estos casos debemos valorar si vamos demasiado deprisa y no están preparados para eliminar la defensa y debemos forzar la alianza o debemos validarlos e instalar más recursos.

### **Identificar las emociones, fobias y los esquemas que se esconden detrás de la defensa**

Las emociones más frecuentes que encontraremos detrás de las defensas serán el miedo (rabia, impotencia), la culpa y la vergüenza. Vamos a ver cómo trabajar con ellas en detalle.

Es importante tener en cuenta que en personalidades narcisistas estas defensas están escondidas detrás de un ego que las oculta para no sentir el dolor del fracaso o la humillación. En estos casos debemos trabajar primero en la validación de las acciones (pensamientos, emociones) del sujeto para ir poco a poco trabajando con lo que se esconde detrás.

**Miedo:** Podemos utilizar muchos sinónimos a la hora de validar la emoción de miedo. Los términos que pueden servir son: rabia, impotencia, frustración, ira... La forma de defenderse del miedo es evitar lo que se conoce como una “fobia”. Encontraremos muchas fobias intangibles en el trabajo que hacemos.

Podemos utilizar diferentes preguntas para trabajar con esta defensa:

- ¿Qué sería lo que te da más miedo de decir lo que piensas?
- ¿Qué sería lo peor que podría pasar si...?
- ¿Cómo reaccionaría tu madre (o padre o hermano...) si le dijeras cómo te sientes?
- ¿Qué sería lo peor de hacer lo que realmente quieres hacer?

**Culpa:** Una defensa muy frecuente es la culpa, porque evita la confrontación y por lo tanto volver a sentir la sensación de rechazo o fracaso. Suele tener la forma de

pensamientos rumiativos que agotan al paciente.

Podemos utilizar las siguientes preguntas para trabajar con esta defensa:

- ¿Parece que eres tu peor enemigo? Me pregunto si cuando te hablas así te recuerdas a alguien conocido de tu familia.
- Si esa sensación (pensamiento, impulso) quisiera ayudarte, sé que cuesta creerlo, ¿cómo lo estaría intentando hacer?
- Me pregunto cuándo sentirás que has pagado la condena de aquello que pasó.
- ¿Dónde aprendiste a sentirte así? (pensar, comportarte) Seguro que en aquel momento fue necesario pero parece que ahora no ayuda ¿No?
- ¿Tú crees que esa sensación (pensamiento, acción) te está ayudando o perjudicando? ¿Qué te impide cambiarlo ahora?

**Vergüenza:** Si la defensa anterior es el dolor frente a uno mismo, la vergüenza se expresa frente a los demás. Es una forma de alarma para no sentir el rechazo. La vergüenza nos inhibe frente a los demás.

Podemos utilizar diferentes preguntas para trabajar con esta defensa:

- ¿Cómo crees que me siento o pienso yo cuando te miro?
- ¿Qué es lo que verías si te miraras en un espejo? ¿Qué crees que ven los demás?
- ¿Qué vería (pensaría, sentiría) tu madre (padre, hermano, pareja) si estuviera aquí delante de ti, mirándote ahora?
- ¿Crees que evitar esa conducta te está ayudando o perjudicando?
- ¿Qué sería lo peor si los demás supieran cuál es tu problema?
- El rechazo es muy duro pero parece que la soledad se te está

haciendo insoportable, ¿no?

El número de preguntas que podemos hacer rozan el infinito y cada terapeuta puede crear las suyas para poder ir desmontando poco a poco la defensa que sostiene el problema. Siempre que el paciente se resista a trabajar con una defensa debemos pensar que no se encuentra preparado. Para estos casos podemos utilizar frases como: “no pasa nada, yendo muy despacio llegaremos mucho antes...”. “Este es tu espacio y aquí puedes y debes expresar cualquier cosa que necesites”. “Te agradezco mucho tu sinceridad porque sé que para ti es duro decirme eso y te prometo que lo voy a tener muy en cuenta...”.

#### **Generar una hipótesis de trabajo acerca de los patrones del paciente y confrontarlos**

Finalmente, una vez que la defensa es egodistónica y el paciente se encuentra preparado para desmontarla podemos ir hacia el punto donde la aprendió y qué función ha cumplido todo ese tiempo. Podemos explicar cómo a medida que ha pasado el tiempo ese comportamiento (emoción, pensamiento) se ha ido haciendo más fuerte y por lo tanto más difícil de evitar.

Explicar cuál es nuestra hipótesis de cuál es la función de la defensa puede ayudar al paciente a aumentar la conexión entre las diferentes partes de su personalidad y fomentar la mentalización.

Una vez más si el paciente no comparte la hipótesis o le provoca ansiedad lo que decimos debemos pensar que no está preparado y deberemos revisar a qué punto debemos volver hasta que sea capaz de aceptarla.

Las hipótesis de trabajo no son más que inferencias que hacemos y que también pueden ser erróneas, nunca debemos tratar de imponer nuestro criterio al paciente porque muchas veces encontraremos que nuestra hipótesis no era correcta y podemos hacer un daño que sea irreversible.

El cerebro como cualquier otro órgano de nuestro cuerpo, tiene una capacidad de autosanación y una vez que la defensa deje de ser útil será el propio paciente el que encuentre la mejor manera de encontrar otra conducta (pensamiento, emoción) que sea más adaptativa, podemos actuar como compañeros de viaje del paciente pero si imponemos nuestro criterio podemos producir más daño del que pretendemos evitar. Por supuesto, no podemos dejar que el paciente se sienta desatendido.

C: Me pregunto qué debería hacer. ¿Crees que debo contarle a mi madre lo que pasó?

T: Me encantaría decirte qué es lo que haría yo. Pero entonces estarías viviendo mi vida en vez de la tuya. ¿Qué es lo que más te apetece hacer?

C: Ahora mismo no me encuentro preparada para hacerlo.

T: Estoy seguro que cuando llegue tu momento lo sabrás y harás lo que sea mejor.

Para terminar el trabajo con una defensa podemos validarla como necesaria durante todo ese tiempo pero innecesaria ahora. Es importante resaltar la posibilidad de recaídas. Los patrones que están muy arraigados pueden tratar de volver, hay que explicar que enfadarse consigo mismo le provocará volver a caer en un círculo vicioso del que será muy difícil salir, es mucho mejor explorar qué función trata de cumplir esa defensa y desde la calma buscar estrategias más adaptativas.

T: Ahora entiendo por qué has necesitado durante tiempo pensar eso, (sentirlo, actuar así). Está claro que ha resultado útil para permitirte seguir adelante en la vida, pero parece que ayudándote te estaba perjudicando ¿No crees?

C: Sí. Es verdad que no podía dejar de hacerlo, era superior a mis fuerzas. Lo curioso es que ahora lo pienso y no entiendo por qué no podía cambiarlo.

T: Claro, ahora lo ves como si le hubiera ocurrido a otra persona. Pero quería comentarte que si esa defensa ha estado contigo mucho tiempo hay ocasiones en las que puede tratar de volver.

C: ¡Ufff! no me digas eso. No quiero volver a eso.

T: Claro, pero esa defensa trata de ayudarte y es muy útil para indicarte que te estás saliendo del camino correcto. Puedes utilizarla como un indicador de que hay cosas que debes cambiar en tu vida.

C: Claro, es verdad, ¿y qué hago si vuelve?

T: Puedes darle las gracias por avisarte y cambiar eso que te hace daño y si lo necesitas puedes venir a verme y lo trabajamos juntos. ¿Qué te parece?

C: Perfecto.

La desaparición de una defensa puede hacer que aparezca otra, por lo que deberemos continuar el trabajo terapéutico hasta poder llegar al núcleo del trauma; mientras más profunda y antigua sea la defensa mayor serán las precauciones que deberemos tomar. Una forma muy útil de trabajar también las defensas es desde el abordaje del EMDR, especialmente cuando estas estén relacionadas con traumas.

### **TRABAJAR DEFENSAS DESDE EL MODELO DEL EMDR**

Dentro del modelo del EMDR se han propuesto varias formas de trabajar y poder ayudar a los pacientes a reducir las defensas para poder reducir los conflictos que subyacen a estas. Estas mismas propuestas se pueden realizar sin necesidad de hacer ninguna estimulación bilateral pero creo que el resultado está muy lejos de ser tan eficaz. (Insisto que esta técnica no puede utilizarse sin la formación apropiada).

Knipe (2014) ha creado dos modelos para poder trabajar cuando hay bloqueos a la hora de poder realizar el trabajo terapéutico debido a la existencia de defensas:

**Qué tiene de bueno:** Esta técnica se usa cuando el paciente tiene alguna conducta, pensamiento o emoción que considera que le está perjudicando y no puede cambiarla. El paciente ya sabe de forma consciente todos los inconvenientes de hacerla pero hay motivaciones inconscientes que la mantienen. Al preguntarle “qué tiene de bueno seguir haciendo, o pensando... o sintiendo...” y procesar con estimulación bilateral, obligamos a la persona a ver el problema desde un punto de vista distinto y tendrá que resolver la incertidumbre. Como hemos visto, el cerebro tiene una capacidad de autosanación por lo que la respuesta le ayudará a poder entender mejor el problema e irá casi con total seguridad hacia algo más adaptativo de lo que ocurría en el pasado. Un ejemplo sería algo que hago mucho en mis sesiones para ayudar a las personas a dejar de fumar.

T: ¿Qué tiene de bueno seguir fumando? Piensa en la respuesta (estimulación bilateral).

C: En realidad no tiene nada bueno.

T: Algo bueno debe tener, cuando llevas fumando 20 años. ¿No? Piensa sobre eso (estimulación bilateral).

C: Me ayuda a relajarme. Cuando fumo dejo lo que hago y me relajo.

En muchos casos, si continuamos con la estimulación la persona acabará diciendo que tiene que cambiarla o que ha pasado demasiado tiempo haciéndola.

**Otra técnica del mismo autor** (Knipe, 2014) es para las resistencias a la hora de seguir profundizando con el tratamiento. Se trata claramente de defensas a volver a revivir el trauma (fobia a los recuerdos traumáticos) o a ser crítico con personas queridas (idealización), o cualquier otro momento en el que el paciente se resista a seguir trabajando sobre un tema doloroso. Es muy importante tener en cuenta que esta técnica solo podemos usarla si sentimos que el paciente está preparado para quitar la defensa; si lo hacemos antes de tiempo lo único que lograremos es retraumatizarlo.

La técnica consiste en decir al paciente: “Siendo 0 no tengo ningún problema en seguir trabajando con este tema y 10 no quiero hablar de esto de ningún modo ¿en qué número estarías ahora? Y procesamos con estimulación bilateral:

C: No quiero seguir con este tema, no quiero darle más vueltas al tema del abuso.

T: “Siendo 0 no tengo ningún problema en seguir trabajando con este tema y 10 no quiero hablar de esto de ningún modo. ¿En qué número estarías ahora?”

C: No sé. Quizás un 5. Estoy cansada de darle la vuelta al mismo tema una y otra vez.

T: Por favor piensa en eso (estimulación bilateral).

C: Es que es más de lo mismo. Es como vivirlo de nuevo otra vez

T: Por favor piensa en eso (estimulación bilateral).

C: También me doy cuenta de que llevo esto demasiado tiempo auestas. Tengo que enfrentarme a mis miedos y acabar con esto ya.

T: Por favor piensa en eso (estimulación bilateral).

C: Tengo que enfrentarme a mis miedos y acabar con ellos definitivamente. No puedo seguir viviendo así. Creo que estoy preparada para trabajarlo.

Seguimos haciendo estimulación bilateral hasta que el malestar sea 0, lo que significaría que la defensa ha desaparecido. Es una forma muy elegante y sencilla de ayudar a los pacientes a poder vencer sus miedos.

Shapiro (2005) utiliza la técnica «*The two hand interweave*» que podríamos traducir como “el entrelazamiento de las dos manos” es muy útil cuando hay un bloqueo a la hora de tomar decisiones entre dos aspectos y el paciente nos pide ayuda para decidir. Obviamente nosotros no podemos decidir por ellos sino que debemos ayudarles a decidir por sí mismos. En estos casos se esconden defensas para respaldar su decisión en el criterio de otros, miedo a enfrentarse al futuro, etc.

Para utilizar esta técnica debemos decir que ponga una de las decisiones en una mano y que ponga la otra decisión en la otra. Una vez hecho esto comenzamos a hacer estimulación bilateral hasta que la persona tenga clara qué decisión es la mejor.

Un ejemplo sería:

T: Me pides que te ayude a decidir si seguir con tu novia o dejarla. Pero creo que es una decisión que debes tomar tú.

C: Ya. Pero me estoy volviendo loco con la ansiedad de tomar la decisión correcta. No duermo nada más que pensando en esto.

T: Me gustaría que pusieras en una mano la decisión de dejarla y en la otra mano la decisión de seguir con ella (estimulación bilateral).

C: La verdad es que estoy muy molesto por lo que me ha hecho, me ha dolido mucho. No me lo esperaba.

T: Por favor piensa en eso (estimulación bilateral).

C: No quiero dejarla porque en el fondo la quiero pero es que me ha hecho mucho daño.

T: Por favor piensa en eso (estimulación bilateral).

C: Ella me ha explicado por qué lo hizo y no he querido escucharla, creo que el dolor me ha cegado. Quizás deba darle una oportunidad. Yo tampoco me he portado bien con ella.

Continuamos con la estimulación hasta que la persona llegue a una decisión que le resulte satisfactoria. Debemos tener en cuenta que la mayoría de los pacientes vienen a la consulta con la decisión tomada y lo que necesitan la mayoría de las veces es que les ayudemos a defender su decisión. De este modo ellos pueden llegar a sus propias conclusiones sin que nosotros los condicionemos.

## CONCLUSIONES

Las defensas psicológicas como cualquier otro sistema de protección de nuestro organismo cumplen una función, pero a veces como en las enfermedades autoinmunes, el sistema defensivo se puede volver el peor enemigo. Estas pueden ser de dos tipos:

- Egodistónicas, el paciente las percibe como intrusivas y negativas.
- Egosintónicas, en este caso las percibe como un rasgo de su personalidad incluso como algo positivo.

Existen muchos tipos de defensas, estas van a ir variando en complejidad a medida que sea mayor la edad del paciente y la intensidad del dolor que sufrió. Identificarlas es necesario para poder ir trabajando con ellas de una forma secuencial y terapéutica.

Lo principal es tener en cuenta que si eliminamos una defensa dejaremos al paciente «indefenso» y haremos más daño del que trataremos de curar. Aquellas relacionadas con la vergüenza van a necesitar una alianza con el terapeuta muy fuerte como objeto de transición respecto a las figuras de apego que no cumplieron su función.

A medida que vayamos desmontando defensas debemos ir instalando recursos que refuercen la seguridad del paciente, hasta lograr que estas dejen de ser necesarias. Nunca

debemos tratar de imponer nuestro criterio porque podemos precipitar acontecimientos para los que el paciente no se encuentra preparado, o peor aún, provocar un empeoramiento de la patología.

Un abordaje muy útil a la hora de trabajar con las defensas es desde el EMDR, aunque solo pueden y deben hacerlo terapeutas cualificados. La estimulación bilateral actúa como una enzima que acelera los procesos de conexión y recuperación emocional ayudando al cerebro a encontrar conductas (afectos, emociones, pensamientos) mucho más adaptativos.

El trabajo con defensas es continuo a lo largo de todo el proceso terapéutico porque en muchas ocasiones debajo de una defensa se esconderán otras más primitivas y complejas que requerirán un nuevo trabajo de análisis y desmontaje.

# Exposición a situaciones y sensaciones temidas

## 16

Vimos en el capítulo dos cómo cuando había un peligro nuestro cerebro activaba diferentes mecanismos de alarma y se producía un estado de lucha/huida que nos preparaba para la defensa o el ataque. Si ninguna de las dos situaciones era posible se producirá la inmovilización con la consiguiente disociación mental y somática.

Cuando vivimos una situación emocionalmente intensa, amenazante o traumática, ciertas redes neuronales guardarán memoria del evento para poder evitarlo en el futuro. De la misma manera nuestro cuerpo guardará memoria somática del trauma (Scaer, 2014). Tanto mi mente como mi cuerpo guardarán recuerdos de malestar.

Nuestra mente activará los circuitos del miedo, ante el elemento que nos produzca el miedo, que como hemos visto puede ser real (=tangible) o imaginario (=intangible). El cerebro enviará una señal de alarma al cuerpo que es lo que conocemos como ansiedad. En muchos casos estas sensaciones serán incapacitantes, llegando a bloquear a la persona completamente hasta el punto de poder llegar a incapacitarla.

En todos los casos el nexo común será la ansiedad (malestar), el miedo que a veces será a algo conocido y otras a algo desconocido y la necesidad de evitar pensamientos o situaciones que estén asociadas al malestar. Podemos encontrar varios tipos de evitaciones.

**Confrontación patológica:** Intentos de solucionar la situación mediante acciones que son agresivas o potencialmente arriesgadas.

Aquí podemos incluir dos grupos de conductas:

**Conductas de riesgo o potencialmente nocivas:** Incluye actividades como deportes extremos o peligrosos en los cuales se lleva al cuerpo y a la mente a extremos con tal de no sentir. Suelen ser característicos de personas muy cerebrales y muy preocupadas con tener el control. Se obsesionan con logros exigiéndose cada vez más, poniendo en peligro su salud y a veces la vida.

Un subtipo de este tipo son aquellas personas obsesionadas con su cuerpo y su musculatura, en estos casos suele estar asociado a un complejo de inferioridad y verse débiles, el tener un cuerpo musculado les hace sentirse fuertes y no tener miedo los

demás.

**Conductas agresivas:** Son aquellos individuos que usan la agresividad como forma de poder liberar la rabia que sienten. Buscan la confrontación constantemente, lo que les pone en muchas situaciones de riesgo.

Andrés viene a la consulta porque está teniendo cada vez más problemas en el trabajo ya que suele tener ataques de ira, que se vuelven incontrolados y que asustan mucho a sus compañeros. Ya le han advertido que si sigue actuando así tendrán que prescindir de él en el trabajo. Cuando exploramos el motivo están relacionados con una enorme frustración cada vez que se siente ignorado, algo que ya le pasaba de pequeño.

**Autocontrol:** Esfuerzos para controlar las emociones y sensaciones asociadas al malestar. Puede ser un intento por controlar las sensaciones o los pensamientos. En ambos casos se produce el efecto paradójico que mientras más se intentan controlar más fuerte se hacen.

**Observar sensaciones y provocarlas más.** Es lo que conocemos como profecía autocumplida. Cuando en el pasado he tenido una sensación desagradable podré tener miedo de que se repita y trataré de evitarla a toda costa observando mi cuerpo constantemente. En este caso puede dar lugar a una hipocondría en la que tendría miedo de contraer una enfermedad o simplemente a que esa sensación me provoque mucha ansiedad o un ataque de pánico.

En muchos casos las personas se pueden medicar para evitar las sensaciones con el agravante de que pasado un tiempo las pastillas provocan tolerancia y se necesitan dosis cada vez mayores para poder soportar el malestar, con el peligro de crear una dependencia farmacológica.

Antonio es un paciente de 30 años que sufría ataques de pánico y ha mejorado mucho en los últimos meses. Acude a la sesión

preocupado porque ha tenido un nuevo ataque, lo que hace tener miedo de recaer. Cuando evaluamos eventos estresantes que hayan podido ocurrir en la última semana no encontramos ninguno. Al preguntarle qué hacía cuando ocurrió el ataque me refirió que había ido con unos amigos a un pueblo y decidieron subir a una ermita que estaba en lo alto con una cuesta pronunciada. Al subir empezó a notar que le faltaba el aire y empezó a tener miedo de tener un ataque hasta que le dio...”.

En este caso no había ningún factor estresante que pudiera provocar el ataque, las sensaciones físicas de sudor, asfixia, taquicardia, los que activaron las alarmas. Lo que en cualquier persona se viviría como una experiencia de cansancio a su cuerpo/mente lo confundía con un ataque de pánico, el miedo a tenerlo de nuevo fue lo que provocó que lo tuviera. Lo paradójico es que la necesidad de evitar esas sensaciones le llevó a pensar una y otra vez en ellas.

**Escape-evitación:** Empleo de pensamientos o sensaciones con acciones improductivas o incluso patológicas como forma de evitar las emociones y sensaciones que provocan malestar. Estas pueden ser:

- Búsqueda de elementos externos que atenúen el malestar.
- Evitación de situaciones u objetos asociados al malestar.
- Evitar el juicio o la valoración de los demás.
- Pensamientos obsesivos distintos al verdadero problema.

**Búsqueda de elementos externos que atenúen el malestar:** Este sería el caso de todo lo relacionado con elementos que ayuden a evitar sensaciones de malestar, pueden ser la comida, el juego, las drogas...

Las sensaciones de ansiedad se vuelven intolerables y se buscan formas de regulación emocional mediante objetos o actividades que puedan provocar algo de bienestar aunque sea momentánea o anestesia e incluso sensación de trance.

Pepe, un paciente de 25 años viene a consulta porque abusa de la cocaína. Me cuenta que en ciertos momentos salta algo dentro de

él que le impulsa a consumir droga y a buscar prostitutas. Estos ataques pueden ser hasta de dos o tres días. Cuando acaban se jura que no lo va a volver a hacer porque su madre se preocupa mucho por él y la está matando a disgustos. Cuenta que vive con su madre, que es viuda desde que era pequeño y que él es hijo único. Cuando en la entrevista se evalúa qué ocurriría antes de irse a consumir droga y con prostitutas siempre hay una pelea con la madre porque esta le trata como un niño pequeño, lo cual le frustra muchísimo y le provoca mucha rabia a su madre. Cuando vuelve de esos “ataques” no puede más que darle la razón.

En este caso podemos ver cómo la rabia que le provoca la actitud de su madre y su impotencia para poder expresarlo o conseguir que cambie le lleva a perder el control sintiéndose importante durante esos días y volviendo después con una actitud sumisa y de culpa que perpetúa el problema.

### **EVITAR OBJETOS O SITUACIONES CONCRETAS QUE SE ASOCIEN A ANSIEDAD**

Otra forma de evitación muy frecuente es evitar elementos neutros que estén asociados a algún elemento traumático. Sabemos por el condicionamiento operante que cuando hay un estímulo aversivo junto a un estímulo neutro este queda también contaminado por la sensación de miedo asociada al estímulo negativo.

En muchos casos la fobia será por algo relacionado con algo que me causó el trauma, por ejemplo miedo a conducir después de un accidente de tráfico o bien será una asociación supersticiosa, por ejemplo miedo a conducir por haber tenido un ataque de ansiedad mientras conducía.

Esto lo encontramos constantemente en personas con ataques de pánico mediante la evitación de lugares donde tengan miedo de sufrir un ataque y estar solos o hacer el ridículo.

Manolo viene a consulta por un miedo incontrolable a conducir el coche por la autovía. Cuando se le pregunta desde cuando lo

tiene me cuenta que empezó una noche que le dio un ataque de ansiedad conduciendo por la autovía y tuvo que parar el coche. El coche se lo llevó la grúa y a él una ambulancia al hospital. Cuando le pregunté si estaba ocurriendo algo traumático en su vida en esas fechas me dijo que se estaba divorciando por una infidelidad de su pareja.

### **EVITAR SITUACIONES EN LAS QUE EXISTA MIEDO A UNA VALORACIÓN O JUICIO POR PARTE DE LOS DEMÁS**

Aquí se incluirían las fobias sociales en las que existe miedo a ser juzgado o examinado. Las sensaciones están relacionadas con una sensación de vergüenza y poca valía que pudiera ser descubierta al verse expuesto a la mirada de otra persona o varias. Tiene relación con todo lo que sea relacionarse con los demás, hablar en público o tocar instrumentos en público. En algunos casos puede ser confundida con un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) porque la evitación se hace mediante miedos irracionales que evitan relacionarse con los demás. Como por ejemplo tener que ir al baño y que los demás se den cuenta, miedo a sudar y que se den cuenta o miedo a sonrojarme.

Marina es una paciente de 22 años que tiene miedo de salir a la calle y tener que ir al baño urgentemente y no poder encontrar uno a tiempo, el miedo a hacerse sus necesidades encima le aterroriza. Ha hecho rituales como no comer, vomitar o tomar laxantes antes de salir de casa. Cuando se le dice que puede ir a un bar comenta que no estaría tranquila porque necesita que estén muy limpios. Cuando se explora más cuenta que en realidad tiene miedo a una amiga que cuando era joven se rio de ella porque hizo el ridículo. Al vivir en un pueblo donde vive la amiga tiene miedo de encontrársela. El miedo a no poder controlar los esfínteres desaparece cuando viene a Málaga donde nadie la conoce.

## **PENSAMIENTOS OBSESIVOS DISTINTOS AL VERDADERO PROBLEMA**

Otra manera de no sentir respecto a algo que nos perturba es la obsesión. Esta cumple una función de evitar pensar en algo que nos preocupa y nos afecta. Las personas obsesivas prefieren evitar el sufrimiento antes que hacerles frente. (Pinillos & Fuster, 2011). El miedo a las sensaciones de ansiedad llevará a tener pensamientos obsesivos que a su vez paradójicamente provocarán más ansiedad.

Lola es una paciente que no puede dejar de pensar en algo que su marido le dijo hace 20 años respecto a una antigua relación suya. Desde hace tres meses desde que descubrió que no le dijo toda la verdad no puede dejar de obsesionarse con lo que ocurrió realmente. No para de interrogarlo para que le cuente todos los detalles. Cuando le pregunté si había habido algún acontecimiento reciente traumático en su vida me comentó que su padre había muerto en el hospital porque al decirle que estaba malo ella no le había dado importancia y al llevarlo cuando estaba peor fue demasiado tarde. Ante mi comentario que es mejor obsesionarse con algo que ocurrió hace más de 20 años que pensar que tengo la culpa de la muerte de mi padre... ella comenzó a llorar desconsoladamente.

En este caso para evitar los pensamientos de culpa con las consiguientes emociones y sensaciones, la mente elige pensar de forma obsesiva en algo inocuo que obviamente no permite pensar en otra cosa.

Todos estos ejemplos tienen en común la necesidad de evitar las sensaciones de malestar o ansiedad. El problema es que al evitar las sensaciones sin enfrentarse realmente a ellas se provoca un círculo vicioso de ansiedad-evitación-ansiedad. Esto es debido a que cuando evitamos alguna situación la amígdala que es la causante de la ansiedad refuerza la relación entre el elemento fóbico y el miedo. (Cozolino, 2015). Usando una metáfora, es como si la amígdala dijera: “hemos evitado eso y no ha pasado nada, luego en el futuro lo más seguro es volver a evitarlo” reforzando las redes neuronales que asocian el estímulo y el miedo.

## ¿CUÁNDO ENFRENTARSE A LAS SITUACIONES TEMIDAS?

Mi experiencia me dice que la persona se enfrenta a sus miedos cuando está preparada, en la mayoría de los casos son las personas las que deciden hacerlo al ritmo que pueden. No olvidemos que el cerebro como cualquier otro órgano tiene un mecanismo innato de sanación que se ve interrumpido debido al trauma. Una vez que este empieza a resolverse la persona tiende a recuperar de forma natural el equilibrio psicológico con todo lo que esto conlleva de superación de miedos. En otros casos necesitaremos marcarnos objetivos con los pacientes para que puedan enfrentarse a estos. Sea cual sea el modelo terapéutico que apliquemos finalmente tendremos que enfrentarnos a las situaciones, personas o sensaciones que nos provocan el miedo.

Hay dos tipos de traumas (Shapiro, 2010) los traumas que son debidos a situaciones en la edad adulta que coinciden con el TEPT y traumas relacionados con el apego que vienen de la infancia. En función de eso hay dos tipos de actuaciones:

En casos de trastorno por estrés postraumático el EMDR resulta una terapia tremendamente eficaz y eficiente. En pocas sesiones podremos eliminar la memoria asociada al trauma y la persona no tendrá ningún miedo a enfrentarse a sus miedos. Aquí se incluiría todo lo relacionado con TEPT y fobias simples.

En los casos en los que la evitación provenga de un miedo que venga desde la infancia o tenga relación en algún aspecto con algo vivido con los cuidadores estaríamos hablando de trauma complejo y la solución es más complicada, debiendo recurrir a los contenidos descritos en el libro. Estas serían las situaciones de trauma complejo como ataques de pánico, obsesiones, fobias sociales, etc.

En palabras de Barlow & col. (2011)

Es importante para los pacientes que entiendan que el uso de la evitación puede contribuir al mantenimiento de los patrones actuales de respuesta emocional. Aunque los pacientes pueden encontrar las estrategias de evitación útiles en algunas ocasiones, ya que tienden a inhibir a corto plazo la experiencia de las emociones intensas, rara vez funcionan bien a largo plazo. En primer lugar la evitación impide la habituación, o la reducción de la intensidad de respuesta a través de la presentación repetida del estímulo temido. Segundo y más importante, la evitación interfiere con el proceso de extinción o disminución de respuesta... Por último, enfrentarse a lo temido hace que los pacientes sientan sensación de control frente a aquello que temen (pág 119-120).

Queda claro que el fin de cualquier terapia va a ser enfrentarse de nuevo a las situaciones temidas para así poder habituarse a lo que se tenía miedo y recuperar sensación de control. Al no existir miedo ni alerta no va a haber ansiedad. El riesgo que se corre es que si el paciente no está preparado bien porque la red neuronal asociada al recuerdo traumático sigue muy activa o porque el ritmo de afrontamiento del paciente no coincida con el que intentamos imponerle es muy probable que lo único que consigamos sea retraumatizarlo. Insisto en que en la inmensa mayoría de los casos será suficiente con el trabajo con la situación que provocó el miedo para que el paciente lo haga de forma espontánea al ritmo que él mismo decida que pueda asumir.

En muchos casos el recuerdo del trauma será conocido y en otros muchos casos no. En ambos casos el trabajo consistirá en una relación terapéutica que fortalezca los recursos del paciente ayudándole a enfrentarse a sus miedos.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser reales o imaginarias. Podemos destacar:

### Exposiciones situacionales

En este apartado nos referimos al miedo a elementos externos al propio paciente. Pueden ser como hemos visto lugares, personas o situaciones. El miedo a las sensaciones que acompañan a estos estímulos hace que se eviten a toda costa. Con el paso del tiempo se desarrolla una ansiedad anticipatoria que hace que solo la imaginación de que se pudiera producir la situación ya provoca el miedo. Es lo que conocemos como “miedo al miedo”.

La idea sería hacer enfrentarse al paciente a los estímulos de una forma prolongada y controlada hasta lograr que el miedo asociado disminuya de forma significativa o desaparezca del todo (Moreno & Martin, 2007). En todos los casos subyace un temor a sentir emociones asociadas a volverse loco, a hacer el ridículo o a incluso morir, en todos los casos el paciente tiene miedo a perder el control. Para llegar a enfrentarse con las situaciones temidas se pueden seguir los siguientes pasos (Barlow, 1988):

- Identificar y hacer un listado de los lugares o situaciones que provocan el malestar. Se hará una jerarquía de miedos y el afrontamiento se empezará con las situaciones que provoquen menos malestar.
- Pactar con el paciente un método de aproximación y exposición. También hay que pactar posibilidades para poder salir de la situación momentáneamente para recuperarse y poder volver a enfrentarse a ella. La aproximación puede ser gradual o intensa (técnica de inundación).

Se anima a los pacientes a hacer las actividades de manera que ellos mismos se puedan hacer totalmente responsables del éxito de la situación. Si el paciente no se encuentra preparado se puede hacer la aproximación con una persona de confianza pero dejando claro que más adelante deberá hacerlo solo.

Se hace un *feedback* de lo acontecido y se evalúan las sensaciones que se han tenido, si el éxito ha sido parcial o total. Si ha habido un fracaso se evalúa qué ocurrió y se busca la manera de volver a hacerlo para asegurar el éxito.

### Exposición de las sensaciones temidas

Muchas veces los pacientes no son conscientes de que el verdadero miedo no es a la situación o al objeto sino la sensación asociada a este. En otros casos sí son conscientes y el miedo es directamente a las sensaciones. Como vimos en el apartado anterior, el miedo a las sensaciones es tan grande que el propio individuo puede llegar a provocárselas.

La tendencia de los pacientes cuando sienten esas sensaciones es a evitarlas, que como hemos visto es una forma de volverlas más peligrosas, así que el trabajo consistirá en ayudar al paciente a poder sentir las y tolerarlas.

Esto se podrá empezar haciendo de una forma gradual en la consulta y que el paciente lo pueda ir haciendo poco a poco en su vida diaria. También es importante explicarles que las sensaciones son señales de alarma que tiene su cuerpo y que podemos usarlas como forma de sanar con las técnicas que vimos en el capítulo de trabajo con el cuerpo.

### **TÉCNICA DEL PEOR MIEDO**

Esta técnica tiene una intención paradójica (Nardone, 2012). La tendencia de los pacientes ante el miedo es evitar cualquier situación o pensamiento relacionado con este. Lo que se pide a los pacientes es que se obliguen a pensar todos los días durante un tiempo en eso que les provoca el miedo. La intención es que dejen de evitar los estímulos fóbicos y se produzca una habituación que permita poder enfrentarse a ellos. La instrucción de la tarea podría ser:

Esta técnica puede resultar muy útil en fases avanzadas de la terapia, si se hace de forma prematura cuando el paciente no está preparado se le puede retraumatizar.

Te voy a pedir que todos los días a una hora parecida tomes cinco

minutos de reloj (puedes poner un cronómetro) ni un segundo más ni uno menos y pienses en esa situación u objeto que te provoca tanto miedo. Puede que tu mente se resista o que se vaya a otros asuntos pero tú te obligas a pensar en eso. Cuando acaben los cinco minutos sigues con tu vida normal hasta el día siguiente que vuelves a hacerlo.

## HIPNOSIS

No vamos a hacer una descripción exhaustiva del proceso de hipnosis para lo que ya existen manuales que detallan cómo trabajar con esta técnica (Pérez et al. 2012). Pero sí afirmar que constituye una herramienta muy eficaz para trabajar con situaciones temidas pudiendo hacer el hipnoterapeuta que sean imaginadas de forma que se superen con éxito.

La personalidad de la persona que tengamos como paciente va a determinar el tipo de hipnosis que debemos hacer. Podemos encontrarnos con dos situaciones principalmente:

Clientes que estén muy necesitados de tener el control: A estos clientes les va a costar relajarse y dejarse llevar por las sugerencias hipnóticas. En estos caso recomiendo utilizar sugerencias de tipo naturalista o Ericksoniana. Aunque estas técnicas suelen provocar un trance más superficial resultan muy útiles a la hora de poder sortear las resistencias de los clientes.

Se pueden utilizar sugerencias como metáforas que estén relacionadas con la problemática del paciente dejando que sea este el que cree sus propias interpretaciones.

Hace tiempo viajando por un país exótico me dijeron que había un hombre sabio que hablaba mi lengua y que sabía encontrar la solución a los problemas de los demás seres humanos, tardé mucho en encontrarlo... Cuando me vi frente a él me di cuenta de que conocía la solución a mis problemas, me miró fijamente a los ojos y me dijo: “Busca en tu interior y nota cómo tus miedos no te pertenecen son de otra persona”.

Al marcharme sentí una tranquilidad como no había sentido antes y no podía dejar de pensar en esa frase. Me pregunto cómo la

usarías tú cuando te encuentres ante una situación que te provoque miedo.

Cientes que sean muy sugestionables: Las personas con un perfil más emocional o con trastornos disociativos van a ser muy sugestionables y por tanto muy buenos sujetos hipnóticos.

En estos casos es aconsejable usar inducciones clásicas (por ejemplo la inducción de Elman, ver capítulo 13) que posibilitarán una relajación profunda. En estos casos las sugerencias pueden ser directas y relacionadas con la problemática del paciente.

Ahora que estás totalmente tranquilo y relajado vas a imaginar que estás totalmente tranquilo y decides enfrentarte a una situación que te provoca mucho miedo... te sorprende lo tranquilo que te encuentras y te ves capaz de hacerlo. Te acercas lentamente, totalmente tranquilo y cuando te quieres dar cuenta estás delante de todas esas personas hablando muy despacio, todos te observan pero no te preocupa en absoluto porque estás totalmente en calma.

**Exposición a los recuerdos traumáticos:** En muchas ocasiones vamos a encontrar trastornos de ansiedad, obsesiones u otro tipo de trastornos asociados a un evento traumático como la pérdida de un ser querido, un accidente, una enfermedad grave, etc. Se trata normalmente de duelos o pérdidas traumáticas como la pérdida de una persona, de un trabajo, de una pareja o de la salud.

Como he explicado a lo largo del libro, el individuo al tratar de regularse puede adquirir hábitos que resulten patológicos. En estos casos es necesario afrontar el trauma para que una vez superado este, la persona pueda elaborar un duelo normal. Al trabajar con el recuerdo traumático la persona comenzará a regularse de una forma sana, aunque en algunos casos puede ser necesaria una ayuda adicional.

## **TRABAJO DE FOBIA ENTRE PARTES**

Como vimos en el capítulo dedicado a la disociación estructural de la personalidad (ver capítulo 12) también puede haber fobias en el sistema interno entre diferentes partes de la personalidad. Es decir puede haber aspectos de la personalidad del individuo que están siendo evitados y que provocan ansiedad.

Estos son aspectos del “yo” que no están integrados como parte de la personalidad y se gasta mucha energía en mantenerlos apartados de la consciencia. Es una fobia a diferentes partes de la personalidad, como me gusta decirle a mis pacientes “si hay una lucha dentro de ti, gane quien gane siempre pierdes tú”.

Para trabajar la exposición a las partes del sistema interno se usa la mentalización, es decir una exposición a esas partes de uno mismo que son rechazadas para que poco a poco puedan ser aceptadas y finalmente integradas.

Para hacer ese trabajo podemos hacer preguntas que obliguen al paciente a enfrentarse a ellas. Como en todos los casos este trabajo se debe hacer de forma gradual y solo cuando el paciente esté preparado.

Las preguntas pueden ser:

Imagínate que está delante de ti esa parte de ti que no te gusta  
¿Qué le dirías? ¿Cómo podría ayudarte?

Si tu padre (o tu madre o tu pareja) estuviera aquí delante de ti  
¿Qué vería?

Si te miraras en un espejo ¿Qué verías?

¿Qué le dirías a esa parte tuya que sientes tan débil?

Sé que te sientes muy culpable por eso que pasó. ¿Pero no entiendo cómo puede tener la culpa una niña de 8 años de algo que yo veo como algo de niños? ¿Qué te parece a ti como adulto ahora?

## CONCLUSIONES

El miedo es una emoción primordial para la supervivencia pero cuando este se vuelve excesivo puede convertir la vida de una persona en un verdadero infierno. Hay multitud de miedos y fobias pero todos tienen en común que la persona que los sufre trata de

evitar la situación o el objeto temido. Lo cual no hace más que agravar el problema creando un círculo vicioso de miedo y evitación que se retroalimentan mutuamente.

Los miedos pueden ser a objetos o situaciones reales o miedos imaginarios, los dos comparten una fisiología común y las reacciones de miedo y ansiedad son idénticas. Una parte fundamental del tratamiento independientemente del enfoque terapéutico es enfrentarse al miedo.

Este puede ser a otras personas, objetos, a las propias sensaciones a recuerdos traumáticos e incluso a diferentes partes de la personalidad. Para poder vencerlo y enfrentarse a él se pueden utilizar técnicas “in vivo” en la consulta o en la vida diaria o imaginarias como la hipnosis o el peor miedo que permiten un acercamiento progresivo a la habituación al estímulo aversivo.

Solo podemos dar un miedo por desaparecido cuando al vivirlo “in situ” o en la imaginación nuestro cuerpo no recoge ningún malestar.

# Tratamientos y patologías según el apego

## 17

Fausto dedicó toda su vida al estudio y el conocimiento, pero cuando se acercaba el final de su vida descubrió que nunca había sido completamente feliz, le faltaba algo fundamental para sentirse pleno... el amor. El diablo (Mefistófeles) que había estudiado al ser humano desde su origen conocía que era débil y que necesitaba la relación con los demás para ser feliz. Mefistófeles sabía que Fausto pagaría cualquier precio por tener la sensación de amar y de ser amado. El diablo no tenía ninguna duda que aceptaría vender su alma eterna con tal de conseguir conocer el amor... el precio que pagó Fausto por ser feliz hizo morir a Margarita y su propio hijo de dolor, lo que le sumió en una profunda sensación de culpa y vergüenza, descubrió que la felicidad tenía un precio más alto del que había creído.

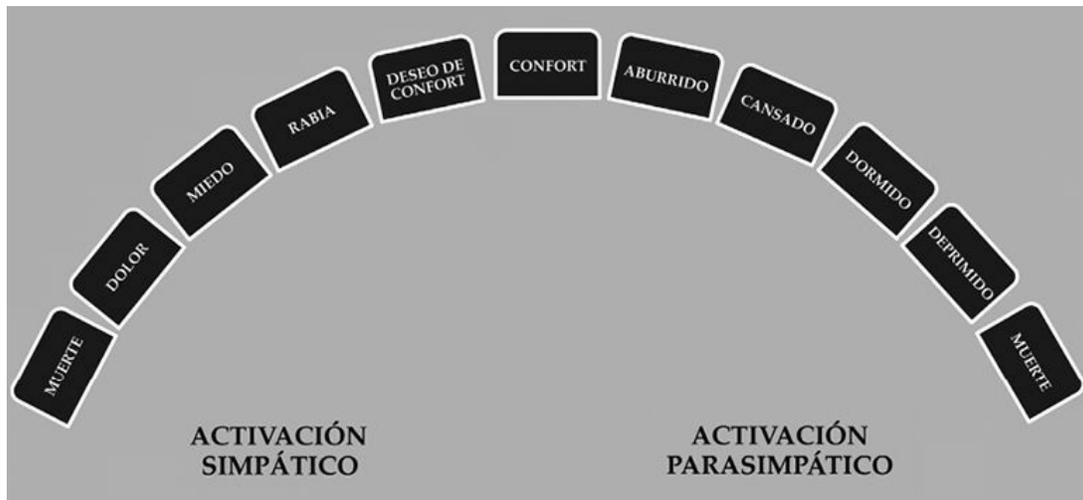
Cuando estudié biología en los años 90 del siglo pasado me enseñaron que la expresión génica era directa, es decir los genes se expresaban y no se veían influidos por el medio ambiente. Estamos todavía muy lejos todavía de conocer la influencia de la herencia genética en la base de los trastornos psicológicos que describimos en este libro, si bien todo lo que ocurre en el cerebro y afecta a la mente tiene una base orgánica, también es cierto que hoy sabemos que existe una influencia constante entre el medio ambiente y la expresión génica en lo que se conoce como epigenética. La expresión génica está regulada por lo que ocurre en el ambiente que rodea a la persona y la forma de actuar está condicionada por nuestro acervo genético. No podemos entender al ser humano sin esa relación entre lo orgánico y lo ambiental, de cara al desarrollo de las patologías que describo en este capítulo no quiero que parezca que no tengo en cuenta los múltiples factores hereditarios que influyen en las enfermedades psicológicas, sino que los doy por obvios y también entiendo que pueden verse modificados a menudo

cuando cambian las condiciones ambientales.

La neurobiología nos enseña que los niños que en su infancia no han podido regularse emocionalmente con sus cuidadores y no han tenido un apego seguro, han tenido que buscar mecanismos alternativos que les den sensación de confort adaptando su comportamiento al de sus cuidadores. Esto ocurrirá a veces mediante una activación del sistema parasimpático inhibiendo el contacto con los demás y actuando de una forma que los demás esperan, lo que dará un apego evitativo. O bien, mediante la activación del simpático, haciendo esfuerzos constantes por conectar emocionalmente con los cuidadores mediante la queja o conductas que hagan destacar y ser vistos, es lo que conocemos como apego ansioso. Si las figuras de apego que debían cuidar y proteger al niño son las mismas que son fuente de alerta y miedo, el niño tenderá a la congelación por la activación la rama dorsovagal de la rama parasimpática conduciendo a lo que conocemos como apego desorganizado. En estos casos tanto la rama simpática como parasimpática resultarán ineficaces para lograr un equilibrio que permita la regulación consigo mismo y con los demás (Kathakis, 2016; Hill, 2015; Schore, 2001). En cualquier caso son muchas las interacciones que hay entre genética, sistemas sociales y familias a la hora de poder explicar la aparición de una patología, por lo que el trabajo que desarrollo en este capítulo trata de ser una guía para poder orientarse a la hora de enfocar el tratamiento.

La desregulación emocional de los primeros años llevará a que tanto el SNC como el SNA tengan que regularse de una forma alternativa a la que sería sana, lo hace de una forma adaptativa. Buscarán de forma inconsciente, elementos ajenos a los cuidadores que produzcan sensación de seguridad y control. Como se puede ver en la figura 1.1 se puede dar un arco de posibilidades en función de la predominancia de la activación del sistema simpático o del parasimpático. Es en el equilibrio entre los dos donde se tiene la sensación de confort.

Las rupturas en el apego sin que vayan acompañadas de una reparación sana, llevarán a una sensación de miedo y rabia que conducirán a sensaciones de culpa y vergüenza. Si esta rabia se ve inhibida (=rabia fría) provocará un predominio de la rama parasimpática mientras que si la rabia es expresada dará lugar a una activación de la rama simpática. Si ninguna de las dos posibilidades puede darse se producirá la activación del nervio dorsovagal con la consiguiente congelación.



**Figura 1.1.** La activación extrema del sistema simpático o del parasimpático conducen a la muerte, pero entre ambos extremos existe un gradiente de posibilidades que van desde una hiperactivación extrema hasta una hipoactivación excesiva, pasando por un equilibrio donde existe sensación de confort. Adaptado de Crittenden (2015).

## SECUENCIACIÓN DEL TRATAMIENTO

Sabemos que las personas que en la infancia en busca de un equilibrio emocional y cognitivo, que no lo logran regulándose de forma sana con sus cuidadores tienden a tener «estrategias secundarias» de regulación. Bien hiperactivando las expresiones de estrés (apego ansioso) ante situaciones en las que se pueda intuir una falta de cercanía o abandono, y tratan de establecer relaciones muy estrechas de cercanía física y emocional. Por el contrario, los individuos que desactivan su sistema de búsqueda de cercanía (apego evitativo) gastan su energía en encontrar elementos (pensamientos, acciones o sustancias) que les permitan no sentir las sensaciones de malestar asociadas a las rupturas en el vínculo, evitan la intimidad emocional (Mikulincer & Shaver, 2007). En el apego desorganizado se darán las dos estrategias de forma incorrecta.

Como vimos en el capítulo 7 en lo concerniente a la alianza terapéutica, las relaciones de apego de la infancia condicionarán la forma de relacionarse de los pacientes con el terapeuta, y consecuentemente la forma en que se desarrollará el proceso terapéutico. A la hora de enfocar las diferentes fases del tratamiento hay que tener en cuenta las estrategias de regulación que el paciente ha desarrollado para poder vivir con sus sensaciones de malestar. No podemos hacer el mismo formato de tratamiento a todos los pacientes sin tener en cuenta su idiosincrasia. Podemos establecer unos rasgos generales de cómo debe enfocarse el tratamiento en base al tipo de apego que subyace a la

patología.

Para poder conocer con seguridad el tipo de apego, y por tanto las estrategias usadas para regularse, se pueden usar herramientas, como por ejemplo, entre otras, la entrevista de apego adulto de Mary Main, que escapan al alcance de este libro. Recomiendo que se usen estas indicaciones como una guía flexible basada en la intuición del terapeuta.

### **1. Apego evitativo**

Estos individuos tienen un predominio de las áreas corticales y dudan de todo y de todos. Van a tener desconfianza hacia el terapeuta, necesitan sentir que este domina con soltura su problema y demostrarán muy poco acceso a memorias traumáticas que serán negadas o incluso amnésicas. En este tipo de pacientes se debe usar durante las primeras sesiones mucha psico-educación antes de poder entrar a analizar detalladamente sus problemas como forma de fomentar la alianza terapéutica. Los individuos evitativos son muy reticentes a comentar situaciones personales, ya que pueden sospechar que el terapeuta les juzgará y desaprobará.

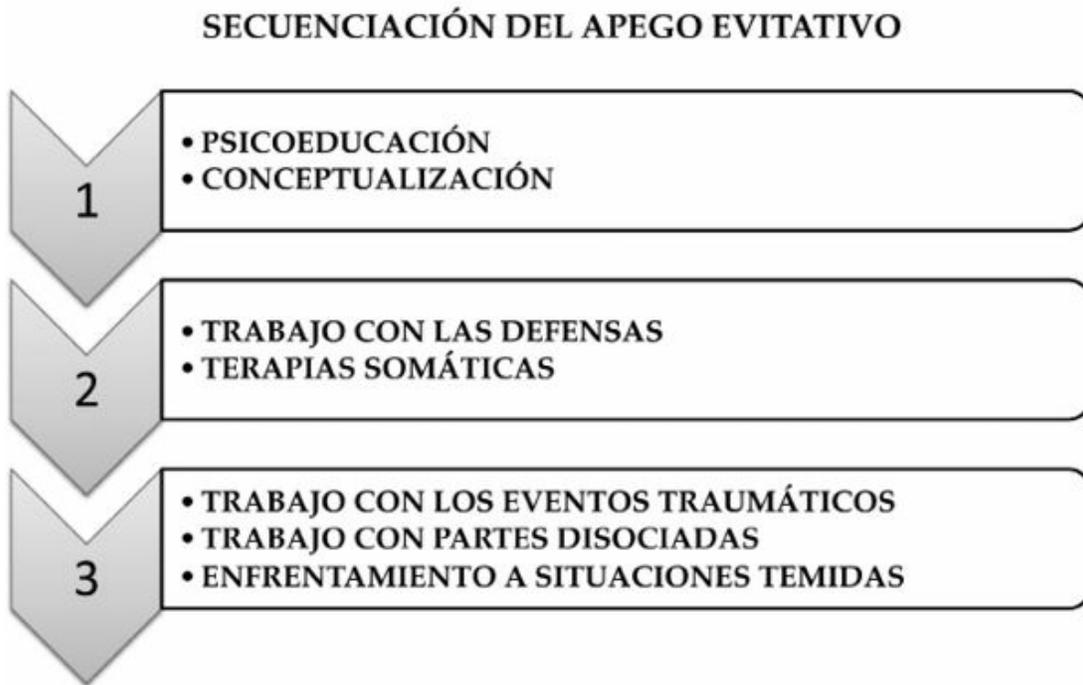
Establecer una relación terapéutica de confianza será el principal objetivo y el mayor desafío del terapeuta durante las primeras sesiones. Los individuos con apego evitativo presentan muchos problemas para poder identificar sus sensaciones corporales, y suelen tener una rabia no manifestada y reprimida (inhibida), por lo que el trabajo somático será de gran ayuda una vez que sean capaces de empezar a reconocer sus sensaciones corporales.

Predominarán defensas de tipo cognitivo como tratar de controlar la terapia o discutir el enfoque u opiniones del terapeuta siendo muy sensibles a cualquier tipo de malentendido, costándole mucho poder expresar su malestar. En muchos casos pueden abandonar la terapia sin previo aviso por cualquier malentendido que no son capaces de aclarar, prefieren evitar la confrontación. No manifestar ningún malestar, acomodarse a lo que creían que preferían los cuidadores y esconder sus verdaderas necesidades fue la forma en la que aprendieron a regularse en la infancia.

Respecto a la secuencia de las diferentes etapas, se puede ver en la figura 2.17 que en las primeras etapas hay que dar mucha importancia a la psico-educación. A estos pacientes les gusta mucho tener datos e información tanto de lo que les ocurre como del desarrollo de la terapia. Esta parte del tratamiento puede ser aprovechado para recoger información relevante de la historia del paciente. Siempre con preguntas de tipo abierto como:

- No sé si alguna vez te has sentido como en el ejemplo.
- ¿Has notado alguna vez que tu cuerpo reaccionara de esa forma?

Que vengan a colación de lo que se esté tratando durante el proceso de psicoeducación.



**Figura 2.17.** Secuencia del proceso con pacientes con apego evitativo. El trabajo se podrá realizar intercambiando etapas o dedicando más tiempo a unas que otras en función de la intensidad de la alianza terapéutica. Los pacientes de apego evitativo necesitan admirar al terapeuta, puesto que trabajan a un nivel cortical.

El trabajo con el cuerpo va a ser muy complicado y va a estar asociado a muchas defensas, la forma en la que aprendió a sobrevivir fue evitando las sensaciones y las emociones y tenemos que ayudarlo a que vuelva a conectar con ellas de forma muy sutil y despacio. Solo cuando el paciente sienta que podemos ayudarlo y confíe en nosotros podremos empezar a trabajar con los eventos traumáticos y las partes asociadas a estos.

El afrontamiento de poder tener intimidad con otras personas y saber regularse y empatizar con las emociones propias y ajenas será la última parte del tratamiento, corrigiendo la estrategia inicial de regulación por otra mucho más sana y adaptativa.

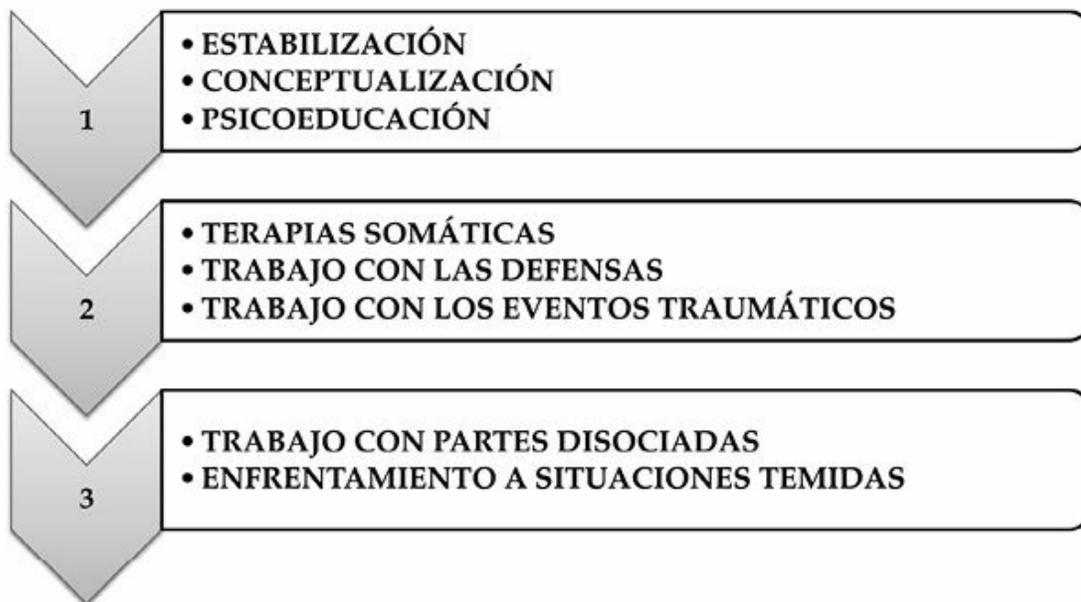
## **2. Apego ansioso o coercitivo**

En estos individuos predominan las áreas subcorticales y buscan alguien que les salve de su malestar. Estos pacientes sobreestiman al terapeuta como alguien que tiene la solución para todos sus problemas. Durante las primeras sesiones se debe trabajar mucho con las sensaciones corporales enseñándoles a poder manejarlas y técnicas de estabilización para aprender a contener el torrente emocional y reflexionar. Suelen ser excesivos a la hora de valorar sus experiencias traumáticas, lo cual no significa que no haya algunas amnésicas, tratarán de exponer y que se solucionen todos sus traumas y complejos con excesivo ímpetu.

Los pacientes con apego ansioso desean mayor contacto emocional con el terapeuta y desean continuar la relación fuera de los límites del tratamiento. Establecer límites en la relación terapéutica es muy importante para que los pacientes puedan aprender a regularse en ausencia del terapeuta y puedan aprender a valerse por sí mismos. Modular la rabia (frustración o impotencia) y aprender a encauzarla va a ser muy importante para dotarles de estrategias de contención y asertividad para relacionarse con los demás.

Predominarán defensas de tipo emocional, del tipo «nadie me entiende», «los demás no entienden mi sufrimiento» «sé que nunca voy a estar bien», es decir defensas que no están basadas en argumentos lógicos y con características que no suelen coincidir con la realidad. Magnificar el malestar y quejarse fue la manera en la que aprendieron a regularse en la infancia con sus cuidadores.

## SECUENCIACIÓN DEL TRABAJO CON APEGO ANSIOSO



**Figura 3.17.** Secuencia del proceso con pacientes con apego ansioso. Las etapas pueden ser más o menos flexibles en función del grado de tolerancia al malestar del paciente. Los individuos de apego ansioso necesitan sentirse protegidos por el terapeuta pues la sensación de no ser vistos provocó el tipo de regulación ansiosa.

En la figura 3.17 se puede ver una secuencia de etapas que se debe seguir con las personas con apego ansioso, se puede actuar simultáneamente haciendo la recogida de datos del paciente y empezando a dar técnicas de regulación y psico-educación sobre su trastorno. Las sensaciones serán muy intensas y pueden resultar muy útiles para poder acceder a los recuerdos traumáticos y las posibles defensas. Es en esta etapa donde pueden aparecer partes disociadas de la personalidad que pueden ser integradas mediante diferentes técnicas como explico en el capítulo 12. Una vez realizado este trabajo y con el paciente capaz de mentalizar será capaz de poder enfrentarse al miedo a la soledad o al alejamiento de las personas que actúan como figuras de apego.

### 3. Apego desorganizado

Estos individuos suelen tener un diagnóstico asociado al trastorno límite de personalidad (Mosquera & González, 2014) y requieren unos protocolos específicos para poder realizar el trabajo terapéutico con ellos. En su infancia no existió regulación emocional y no aprendieron a regularse ni consigo mismos ni con los demás. No hay un

predominio sano de unas áreas sobre otras, sino que estas se activan en circunstancias que son totalmente inadaptativas. A la hora de relacionarse con los demás o con el terapeuta tienen miedo tanto a una cercanía emocional que puede resultarles peligrosa como a un posible abandono real o imaginario.

Estos pacientes desconfían del terapeuta al mismo tiempo que lo consideran su última esperanza de sanar; la contención y el establecimiento de una firme alianza terapéutica van a ser los principales objetivos durante las primeras sesiones. En muchos casos encontraremos autolesiones, abusos de sustancias, relaciones de pareja y familiares tormentosas, etc., estos aspectos deben ser tratados con delicadeza intentando que se vayan regulando de forma sana antes de empezar a trabajar con otros aspectos de la enfermedad.

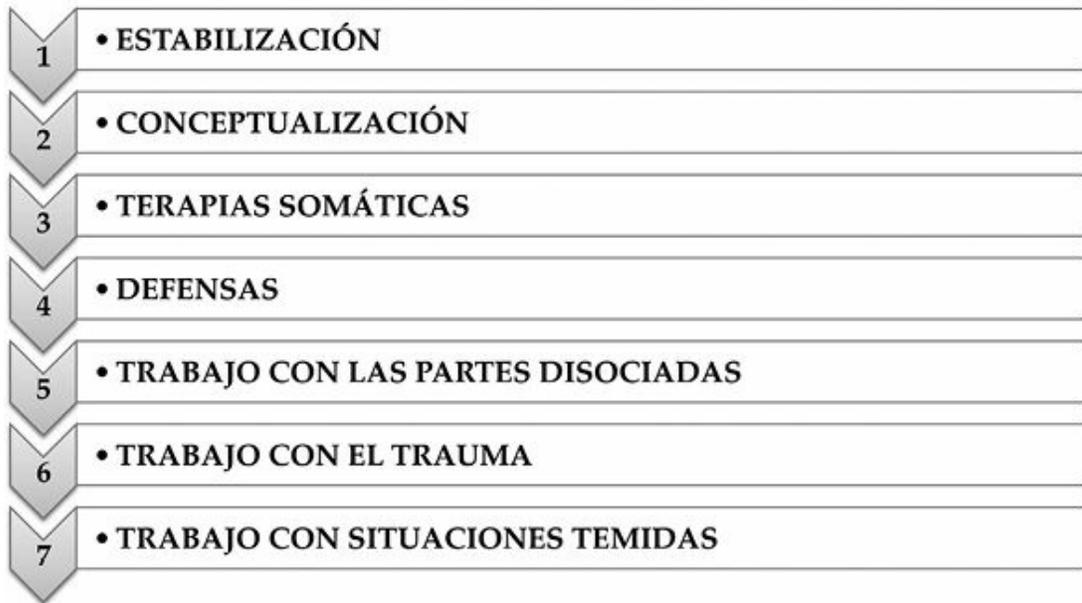
El terapeuta debe establecer unos límites claros en cuanto a la posibilidad de contacto fuera del horario de la consulta, bien sea de llamadas telefónicas, mensajes o visitas no programadas y de la política de cancelación de citas y el pago de estas. Poner límites claros y concisos ayuda mucho a estos pacientes a poder regularse y poder confiar en el terapeuta. Por supuesto, nunca se debe hacer esto de forma agresiva ni coercitiva.

La disociación y existencia de partes será muy importante por lo que habrá defensas de todo tipo que deben sortearse con mucho cuidado, mientras mejor sea la relación terapéutica mucho más sencillo será el trabajo con el paciente.

Como podemos ver en la figura 4. 17, el primer paso será la estabilización del paciente y el establecimiento de una buena alianza terapéutica que cree una base segura desde la que se pueda comenzar el trabajo posterior. La recogida de datos se puede realizar simultáneamente, si es posible, a las fases anteriores teniendo en cuenta que habrá muchas situaciones que estarán disociadas y que pueden ir apareciendo de forma sorpresiva durante el tratamiento.

Solo cuando el paciente está estabilizado y con recursos adecuados de contención se puede comenzar a realizar un trabajo progresivo con las sensaciones corporales y posibles defensas que vayan surgiendo. El trabajo con partes asociadas a estas sensaciones corporales y con algunos momentos traumáticos puede permitir un alivio importante de los síntomas y una sensación de control del paciente sobre su enfermedad. Este trabajo debe tener la duración que sea necesaria hasta lograr la mayor integración posible de las partes disociadas.

## SECUENCIACIÓN DEL TRABAJO CON APEGO DESORGANIZADO



**Figura 4.17.** Secuencia del proceso con pacientes con apego desorganizado. Las etapas van a necesitar ser muy definidas debido a la fragilidad del sistema interno del paciente. Se puede desbordar con mucha facilidad la capacidad del paciente para tolerar el trabajo terapéutico y sacarlo de su ventana de tolerancia, lo que podría ser retraumatizante.

Solo cuando el proceso de partes esté muy avanzado se puede empezar a trabajar con los recuerdos traumáticos, siempre en orden inverso a la edad a la que ocurrieron estos. Hay que trabajar primero con los eventos traumáticos más recientes cronológicamente y solo al final se puede trabajar con traumas de la infancia y de apego.

El final del trabajo terapéutico llegará cuando el paciente sea capaz de mentalizar consigo mismo y con los demás y pueda enfrentarse a sus miedos y a las situaciones que antes le desregulaban.

Se sabe con bastante certeza que el trastorno límite de personalidad está relacionado con el apego desorganizado (Liotti, 2004), y si bien es verdad que existe una fuerte correlación entre la existencia de un apego inseguro y la existencia de diferentes patologías no hay estudios que confirmen una relación directa entre el apego ansioso y evitativo con ninguna patología en concreto. Por ejemplo, individuos con mucha ansiedad o ataques de pánico se asocian a un apego ansioso, pero si existe abuso de alcohol o sustancias o cualquier tipo de adicción se asocian a un apego evitativo (Lorenzini & Fonagy, 2013).

En palabras de Mikulincer & Shaver (2007) «... Bajo nuestro punto de vista los trastornos mentales se producen por múltiples procesos, como problemas de apego o situaciones traumáticas que se dan en la vida u otras situaciones patógenas que reducen los recursos psicológicos y sociales de las personas y debilitan su capacidad de resiliencia... Aunque las inseguridades en el apego pueden contribuir a problemas psicológicos, los problemas mentales pueden también exacerbar los problemas en las relaciones de apego lo que llevan a un sistema de relaciones disfuncional...» pág 373.

En los siguientes apartados describo cómo en función de cómo se haya activado el SNC y el SNA habrá diferentes formas de patologías, bien asociadas a síntomas (eje I del DSM 5) o a trastornos de personalidad (eje II del DSM 5). En ningún caso planteo que haya una relación exacta entre tipo de apego y enfermedad. Creo que las experiencias de la infancia y los modos de regulación que se usaron para poder obtener una sensación de confort y control nos dan indicios importantes para poder explicar parte de muchos factores que han conducido a la enfermedad, pero obviamente no todos.

### **TRASTORNOS DEL EJE I (SÍNTOMAS)**

Las descripciones de este apartado van a estar relacionadas con diferentes aspectos de mecanismos de regulación emocional, bien externos o internos del paciente que les resulten o han resultado útiles en el pasado para obtener una sensación de confort. Estos elementos pueden dar lugar a síntomas que provocan un fuerte malestar en el individuo pero que en la mayoría de los casos siente que no puede evitar o controlar. Las emociones de miedo, rabia, culpa y vergüenza serán transversales a todos los trastornos que detallo a continuación (ver capítulo 6 de este libro). Es importante resaltar que tener una enfermedad no excluye a otras siendo muy frecuente la comorbilidad. Hay muchos trastornos pero aquí quiero resaltar los más comunes en nuestras consultas.

**Trastornos obsesivos:** Se usa el pensamiento de forma obsesiva y puede ir acompañado de acciones (compulsiones) que traten de aliviar el malestar asociado a ese pensamiento. Las obsesiones sirven como forma de evitar pensamientos de otro tipo que resultan muy dolorosos. La mayoría de las veces la creencia que subyace es «no valgo» y todo el ritual obsesivo irá destinado a poder evitar cualquier pensamiento relacionado con esta creencia. Las obsesiones pueden ser celotipias, hipocondrías, miedo a hacer daño a los demás o a sí mismos o relacionados con la limpieza o el orden.

Los individuos con este trastorno son claramente de apego evitativo y se refugian en lo cognitivo como forma de regulación emocional. Son aquellas personas que

denominamos «controladoras» pues su obsesión es tener el control de todo. El pensamiento obsesivo les ayuda a no contactar con sus emociones y sensaciones que en el pasado resultaron dolorosas y así obtener una sensación de control.

La mayoría de los trastornos obsesivos están relacionados con algún incidente que ha hecho sentirse al individuo culpable, hay que explorar si hubo algún evento traumático simultáneo a la aparición del trastorno, estos pueden ser:

La muerte de alguien cercano con quien el paciente siente que está en deuda. Por ejemplo, la muerte de un progenitor o un aborto.

Sensación de culpa por haber sido malo o no suficientemente bueno a la hora de ayudar a los seres queridos. Padres, madres o hermanos con enfermedades o trastornos y en los que el individuo siente que es responsable.

Sensaciones de culpa y vergüenza por situaciones familiares que el individuo no pudo controlar y se refugia en su pensamiento como forma de evitación. Por ejemplo, discusiones de los padres o un divorcio de estos.

**Trastornos alimenticios:** Se usa la comida como forma de conseguir una regulación emocional, bien comiendo en exceso (atracones), comiendo y vomitando (bulimia) o no comiendo (anorexia). En el caso de las ingestas compulsivas, aunque la base del trastorno está relacionada con la comida sería más adecuado tratarla como un trastorno de adicción (Katehakis, 2016).

Respecto a las otras dos patologías:

- **Anorexia:** Esta enfermedad está relacionada con la falta de ingesta y la obsesión con tener una delgadez extrema. Las personas que sufren esta patología tienen un perfil evitativo y están obsesionadas con el control. Sienten que son controladas y que no pueden controlar nada en su vida excepto su cuerpo. La sensación de euforia asociada al primer momento que consiguieron el peso que consideraban ideal queda fijada a un gran placer, como vimos en el capítulo 3, asociado al incremento de dopamina. La rabia en estas pacientes va dirigida hacia ellas mismas, poseen una rabia sorda asociada al parasimpático. La enfermedad consiste en volver a obtener esa misma sensación de poder, placer y control. Esta enfermedad puede ir acompañada de vómitos y en ese caso hablaríamos de una «anorexia purgativa».
- **Bulimia:** Este trastorno consiste en ingestas compulsivas, que inducen a un estado de trance y posteriormente vómitos que llevan a una profunda sensación de culpa y vergüenza. El comienzo suele estar asociado a dietas que no son capaces de

mantener a las que siguen atracones y vómitos para compensar la comida. Suelen ser personas impulsivas de tipo de apego ansioso y con fuerte activación del sistema simpático. La rabia que no puede expresarse se vomita con la comida. En algunos casos puede haber «vómito psicógeno», en este caso el paciente vomita pero lo hace de forma involuntaria y espontánea, estos vómitos son usados de forma inconsciente como reguladores emocionales.

**Adicciones:** Se buscan sustancias, personas o acciones que suponen un peligro para la salud, la economía o la integridad física de la persona. Pueden ser muy variadas e ir desde la adicción a las drogas, al juego, a otras personas, a la comida o al sexo.

El síntoma es el tipo de sustancia, conducta o persona que se use como forma de evitar las sensaciones de vacío que acompañan a estas personas. Los adictos buscan elementos externos que hagan tener sensaciones de bienestar y/o euforia y ausencia de cualquier tipo de sensación asociada con el dolor y la ansiedad.

En adicciones no relacionadas con sustancias, la búsqueda de la recompensa asociada al incremento de la dopamina en el SNC es a menudo más importante que consumir la satisfacción del impulso, esta suele estar asociada a algún momento del pasado en el que gracias a la persona o la sustancia se obtuvo sensación de placer, control o poder.

Los individuos que sufren adicciones son en su mayoría de apego evitativo y escapan constantemente de emociones y sensaciones que perciben como molestas e intrusivas. Las adicciones son casi omnipresentes en pacientes que en su infancia sufrieron apego desorganizado.

La rabia puede mostrarse en algunas personas hacia dentro (rabia fría) y en otras hacia fuera y ser personas muy agresivas (rabia caliente). En muchos casos cuando una adicción desaparece es reemplazada por otra, por eso es de especial importancia actuar sobre la sensación de culpa y/o vergüenza asociada al trastorno y no incidir solo sobre el síntoma.

**Somatizaciones:** Son trastornos que ocurren a nivel físico pero que no tienen una explicación orgánica que pueda explicarlos. Pueden ser dolores, contracturas, problemas gastrointestinales, alergias, problemas con el sueño o sexuales, entre otros. Existen claros indicios de que los traumas de apego son claros predictores de enfermedades somáticas en los adultos (Brown & Elliott, 2016). Estos autores reflejan que los síntomas conversivos de tipo negativo, como pérdida de sensibilidad o problemas motores están relacionados con un tipo de apego más evitativo mientras los síntomas de tipo positivo,

como exageración de síntomas como astasia-abasia (coincidiendo con lo que antes se conocía como histeria) están relacionados con un apego ansioso. Mientras que trastornos como la fibromialgia están muy relacionados con un apego desorganizado.

Los trastornos relacionados con situaciones de mucho estrés como problemas respiratorios, intestinales, contracturas, inmunitarios, etc. (Salposky, 2008) pueden darse en todos los tipos de apego, siendo en todos los casos una mala gestión de la rabia (impotencia). En algunos casos por frustración al no lograr nunca los objetivos tan elevados que se proponen (apego evitativo) y en otros por no alcanzar el contacto emocional que se demanda (apego ansioso) o por sentir ambas cosas (apego desorganizado).

**Deterioro emocional:** Son aquellos trastornos que vienen dados por una desregulación de las emociones que lleva a situaciones de mucho malestar, estrés o pánico sin que haya ningún motivo que ponga en riesgo la integridad física del individuo. Puede ir desde una ansiedad moderada hasta ataques de pánico y depresión. Esta ansiedad puede ir acompañada por síntomas de los grupos anteriores. Aquí quiero resaltar la depresión, los trastornos de ansiedad generalizada y los ataques de pánico.

**Depresión:** Bolwby (1983) describió que hay tres situaciones en la infancia que pueden ser predictores de depresión en la edad adulta:

1. Cuando uno o de los padres o los dos mueren y el niño percibe que no tiene control.
2. Cuando el niño (después de muchos intentos) es incapaz de crear un vínculo afectivo sano con sus cuidadores.
3. Cuando el niño recibe el mensaje de que no merece amor ni es válido e interioriza estos esquemas como parte de su personalidad.

La depresión puede ser reactiva, es decir posterior a la aparición de algún evento traumático y supone una etapa normal dentro del periodo de adaptación posterior o secuela de una sensación de agotamiento al percibir una falta de control sobre los acontecimientos, en la línea del concepto de «indefensión aprendida» (Dozier et al. 2008).

Estos autores resaltan que hay muchísimas evidencias sobre la relación entre sufrir depresión en la edad adulta y haber tenido un apego inseguro en la infancia. En todos los casos la rabia es una sensación de impotencia y frustración de la que el propio sujeto se culpa, es una rabia dirigida hacia sí mismo.

***Trastorno de ansiedad generalizada.*** Según Bowlby (1983) todas las formas de ansiedad (con la excepción de las fobias a animales) están relacionadas con la falta de disponibilidad de figuras de apego en la infancia. La ansiedad consiste en una sensación de alerta y miedo que resulta lo opuesto a una sensación de calma y seguridad. Se produce por una activación de la amígdala en el SNC y del simpático en el SNA y es común a todos los tipos de apego inseguros.

En muchos casos este sistema de alerta se hipersensibiliza y requiere tratamientos específicos (medicación, *neurofeedback*, *mindfulness*) para disminuir la alerta ante eventos que ocurrieron hace mucho tiempo antes de poder iniciar el tratamiento terapéutico y trabajar con las causas del trastorno. En la mayoría de los casos encontraremos que no hay ningún motivo reciente de suficiente importancia que pueda explicar el malestar, sino que el motivo han sido experiencias de la infancia o rupturas en las relaciones de apego en la adolescencia y edad adulta.

***Ataques de pánico:*** Cuando el circuito del pánico/separación se activa con mucha frecuencia durante la infancia se vuelve muy sensible y puede activarse con facilidad en la edad adulta (Panksepp & Biven, 2014) dando lugar a lo que conocemos como ataques de pánico.

Los individuos que los sufren tienen ataques de ansiedad agudos que les provocan miedo a morir, volverse locos o ambas cosas. En muchos casos se desarrollan fobias secundarias a espacios abiertos, lugares cerrados, sitios lejos de su casa y a las sensaciones corporales, es decir miedo a cualquier sensación, situación o lugar en el que perciban que no tienen el control.

Los sujetos que sufren esta patología son cuidadores compulsivos (evitativos según la clasificación de apego adulto de Crittenden, 2015) que están siempre más preocupados de las necesidades de los demás que de las suyas propias. En muchos casos ha habido parentificación de la infancia y se les ha dado mucha más responsabilidades de las que podían asumir. La rabia está muy contenida y dirigida hacia dentro y estalla en forma de ataques de pánico de un forma virulenta cuando sienten sensación de no tener el control, por lo que el principal objetivo de la terapia será que puedan expresar su malestar sin temor a ser malos o que el terapeuta los juzgue a ellos o a sus familiares (Milrod & col, 1997).

## **TRASTORNOS DEL EJE 2 (PERSONALIDAD)**

Probablemente muy influidos por la genética, como forma de regulación se pueden dar

rasgos de la personalidad que sirvan para poder tener sensación de control en relación con los cuidadores, estos pueden variar en la adolescencia cuando comienzan las relaciones de apego con iguales o consolidarse, dependiendo de las experiencias que se tengan.

Los trastornos de personalidad se definen como patrones de comportamiento permanentes que incluyen un componente intrapersonal (descontrol de impulsos, afectividad y estrés), uno interpersonal (patrones de relaciones disfuncionales) y uno social (que crea conflictos con los demás y con las instituciones sociales) (APA, 2016). Hay muchas categorías de trastornos relativos a la personalidad pero en este capítulo quiero resaltar los que hemos ido destacando en relación al modelo PARCUVE (Ver capítulo 6).

### **Trastorno de personalidad narcisista**

Las personas con rasgos de esta personalidad sienten que están por encima de todo y de todos y sus necesidades tienen que ser cubiertas a cualquier precio. Suelen tener problemas familiares especialmente con sus hijos porque no pueden aceptar que nadie dependa de ellos sin que eso suponga un reconocimiento constante a su personalidad. En la familia tienden a dividir y enfrentar a unos contra otros para poder seguir siendo el centro de atención y percibir que tienen el control en todo momento.

Son incapaces de reconocer que puedan tener ningún problema o equivocarse, caracterizando a los demás como incapaces, ingratos o inútiles. El origen puede ir desde niños que en la infancia han sido sobreprotegidos (Millon, 2014) a individuos que cuando niños han sentido una profunda sensación de vergüenza y tratan de protegerse de ella con fantasías de omnipotencia y grandiosidad (Hart, 2011).

Según el DSM 5 (2015) los rasgos son:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es “especial” y único y que solo puede ser comprendido por, o relacionarse con otras personas (o

instituciones) que son especiales o de alto status.

4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. Presenta comportamientos soberbios o actitudes arrogantes.

#### **Trastorno de personalidad cuidadora**

Los adultos con una personalidad cuidadora se caracterizan por dar siempre prioridad a las necesidades de los demás dejando de lado las propias. El origen suele ser un proceso de parentificación. Cuando niños aprenden a asumir tareas y actitudes que no son acordes a su edad. Por ejemplo, cuidar de hermanos más pequeños, lavar la casa, tratar de forma patológica no ser una carga para los padres, etc.

Se esfuerzan constantemente porque sus padres estén bien, sacrificando su bienestar, un ejemplo puede ser el niño que consuela a su madre por sus problemas pero no puede hablar de los suyos con sus amigos o en el colegio.

Este tipo de personalidades suelen darse en situaciones en las que los padres tienen problemas de pareja o divorcios, en los que el niño siente que tiene que ponerse de parte de uno de los dos. O madres (a veces padres) que son depresivos o están enfermos o muy atareados y el niño quiere aliviar la carga para que posteriormente puedan ser una familia «normal».

Los que son cuidadores compulsivos (Crittenden, 2015) sufren muchas rupturas en el vínculo del apego ya que se produce una inversión de los roles padres-hijo que lleva a una rabia profunda que no se puede ni se sabe expresar. El niño se agota en esfuerzo por conseguir una normalidad que cuando adulto conduce a ansiedad, depresión y a veces ataques de pánico.

Para Bourassa (2010):

Los datos indican una relación significativa entre la parentificación emocional de los niños con sus madres y padres y un estilo de cuidado patológico en las relaciones de pareja. Los niños que vivieron un proceso de parentificación en su infancia tienen evaluaciones de apego inseguro con sus parejas, así como altos niveles de síntomas depresivos y alta insatisfacción respecto a sus relaciones de pareja. Los resultados indican que las conductas aprendidas en la infancia en la relaciones padres-hijos se suelen transferir de forma muy parecida a la forma de relacionarse con las parejas en la adolescencia y la edad adulta. (pág. 4)

#### **Trastorno de personalidad indolente o esquizoide**

Los individuos con tendencias a tener rasgos de esta personalidad se encuentran perdidos sin las personas que normalmente se encuentran a su alrededor porque necesitan de una sensación de seguridad y estabilidad. Sin embargo, cuando el espacio personal vital es invadido, se encuentran ahogados y sienten la necesidad de liberarse y ser independientes. Son más felices cuando se encuentran en relaciones en las que el compañero demanda pocas exigencias emocionales o íntimas. Usan actividades o sustancias para poder evitar sentir el vacío que sienten dentro pero siempre tratan de depender de alguien que satisfaga sus necesidades básicas de cercanía e intimidad.

Sus características personales son muy parecidas a la de los depresivos, puesto que no realizan actividades laborales ni escolares. Pero a diferencia de estos culpan de todos sus fracasos a los demás no asumiendo ninguna responsabilidad de sus actos, en lo que se parecen a las personas con rasgos narcisistas.

Según el DSM 5 (2015) los rasgos son:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a los halagos o críticas de los demás.

## 7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

El origen de este trastorno está en relaciones de apego en las que los padres se han mostrado a veces ansiosos y otras evitativos y ellos representan este mismo patrón en las relaciones adultas; muy evitativos, pero al mismo tiempo no quieren estar solos. El sujeto abandona en la adolescencia todo esfuerzo por tratar de tener algún tipo de control sobre los acontecimientos. Culpa a los demás de sus fracasos y evita hacer nada que pueda ayudarle a salir de la situación en la que se encuentra.

### **Trastorno de personalidad perfeccionista**

Los individuos con este rasgo de personalidad, suelen tener características obsesivas. En su vertiente sana son personas que logran lo que se proponen pues son muy constantes y no cejan hasta hacer las cosas bien. En su vertiente patológica su obsesión por el perfeccionismo les lleva a no hacer nada de lo que se proponen y procrastinan. Lo que les lleva a un círculo vicioso de propósitos (a veces grandiosos e imposibles) y de fracasos. Cuando acuden a terapia suelen hacerlo porque tienen problemas de adicciones que ya no pueden controlar o trastornos somáticos a los que no pueden encontrar un origen orgánico.

Para Mallinger & De Wize, (2010) las características de las personas con este tipo de personalidad son:

1. Miedo a cometer errores.
2. Miedo a tomar una decisión o a hacer una elección equivocada.
3. Gran devoción por el trabajo.
4. Necesidad de orden y de una rutina firmemente establecida.
5. Necesidad de conocer y respetar las normas.
6. Circunspección emocional.
7. Tendencia a la obstinación y a discrepar de los demás.
8. Inclinação a preocuparse, cavilar o dudar.
9. Necesidad de estar por encima de toda crítica: moral, profesional o personal.

**10. Cautela.**

**11. Una presión interna constante para utilizar cada minuto productivamente.**

El origen del trastorno suele venir de unos padres con apego evitativo (a veces desorganizado) que exigen mucho al niño que se considera valorado exclusivamente por su rendimiento (principalmente escolar). El individuo se siente cómodo realizando tareas que le eviten las sensaciones de malestar y soledad (en ocasiones puede soñar con logros grandiosos cuando sea adulto). Sueñan con deslumbrar a los demás con sus logros y así poder ser queridos y aceptados. En todos los casos subyace una baja autoestima que tratan de suplir realizando grandes actos que debido a su miedo a fracasar no son capaces de terminar.

#### **Trastorno de personalidad límite**

Las personas que poseen estos rasgos de personalidad han tenido en su infancia un apego desorganizado y/o han sufrido traumas graves que no han podido superar. Esto provoca una incapacidad de regulación emocional tanto del SNC como del SNA, tanto consigo mismos como en relación con los demás.

La patología está acompañada de conductas, pensamientos y emociones que resultan nocivas para sí mismos y para los demás. Suele ir acompañado de multitud de síntomas patológicos como autolesiones, abuso de sustancias, relaciones tóxicas, intentos de suicidio, etc. El objetivo de la terapia es lograr la estabilidad emocional que no pudieron tener en su infancia y dotarlos de recursos para poder aprender a regularse emocionalmente (González & Mosquera, 2014).

Según el DSM 5 (2015) los rasgos son:

**1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.**

Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.

**2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.**

3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

## CONCLUSIONES

La genética y las experiencias en relación con los cuidadores condicionan los rasgos de carácter que van a condicionar cómo se van a relacionar las personas consigo mismos y con los demás. Cuando el apego es inseguro en la infancia va a haber muchas más probabilidades de que se desarrollen síntomas patológicos y trastornos de personalidad en la edad adulta.

Teniendo en cuenta que el origen del malestar ha tenido en cada persona un origen diferente, el tratamiento también debe adaptarse a las características de los individuos que vienen en busca de tratamiento psicológico. En este capítulo planteo diferentes abordajes en la secuencia del tratamiento en función del apego predominante en la persona, esta guía es orientativa y puede modificarse en función de las características y necesidades de la terapia.

El modelo PARCUVE plantea algunos síntomas y rasgos de personalidad que se darán en los individuos para poder regularse en relación a los cuidadores en la infancia y personas afines en la adolescencia y edad adulta. Conocer el origen de los problemas con

los que nuestros pacientes acuden a terapia es un elemento primordial para poder ayudarles superarlos de forma definitiva.

Conocer a la persona con sus miedos, sus inquietudes y qué ocurrió para que tuviera que regularse de una forma que actualmente resulta patológica, permite hacer un camino inverso al que se ha vivido. Así el paciente puede volver a vivir todas las situaciones en las que tuvo miedo o se sintió solo pero con los ojos de la persona que es en la actualidad. Si el terapeuta se convierte durante una etapa en una figura de apego transitoria, el paciente se convierte en la figura de apego que faltó cuando era un niño.

# Bibliografía

- Abramson, L.; Seligman, M.; & Teasdale, J. (1978). "Learned helplessness in humans: Critique and reformulation". *Journal of abnormal psychology*, 87, 49-74.
- L. (2010) *Emoción, afecto y motivación*. Ed. Alianza.
- Allen, J. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Ed. Karnac.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Ed. Masson.
- American Psychiatric Association. (2015) *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson.
- Ammaniti, M.; Gallese, V. (2014). *The birth of intersubjectivity*. Ed. Norton.
- Balbi, J. (2004). *La mente narrativa*. Ed. Paidós.
- Balbi, J. (2008) *El síndrome agorafóbico desde la perspectiva postracionalista*. Ed. CETEPO. Centro de terapia cognitiva postracionalista.
- Barg, G. (2010). Bases neurobiológicas del apego. Revisión temática. *Ciencias Psicológicas* V(1): 69-81.
- Barlow D.H. (1988). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*: Ed. Guilford.
- Barlow, D.H.; Farchione, T.J.; Fairholme, C.P.; Ellard, K.K.; Boisseau C.L.; Allen, L.B.; Ehrenreich-May, J. (2011). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta y manual del paciente*. Ed. Alianza.
- Bartholomew, K. (1990). "Avoidance of intimacy: An attachment perspective". *Journal of Social and personal relationships*, 7 147-178.
- Botella, L. (2005). "Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente". *Revista de psico-terapia* Vol. XVI nº 61 Pag. 77-103.
- Bowlby, J. (1977). "The making and breaking of affectional bonds". *British Journal of Psychiatry*, 130: 201-10.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida. Vol. I El apego*. Ed. Paidós.
- Bowlby, J. (1985). *El apego y la pérdida. Vol. II La separación*. Ed. Paidós.
- Bowlby, J. (1983). *El apego y la pérdida Vol. III La pérdida*. Ed. Paidós.
- Beck, J. *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Ed. Gedisa (1995).
- Bourassa, K. (2010). *Compulsive Caregiving: Emotional Parentification in Childhood*

*and Its Association With Romantic Relationships in Late Adolescence and Early Adulthood*. University of Arizona.

Bretherton, R. (1985). "Attachment theory: Retrospect and prospect". *Monographs of the Society for Research in Child development* 50 (1&2) 3-35.

Brizendine, L. (2007). *El cerebro femenino*. Ed. Destino.

Brizendine, L. (2010). *El cerebro masculino*. Ed. Destino.

Busch, F.; Milrod, B. (2004). "Nature and treatment of panic disorder". Pág. 345-366. *Textbook of biological psychiatry*. Editor J. Panksepp. Ed. Wiley.

Busch, F.; Milrod, B.D.; Singer, M.; Aronson, A. (2012). *A Manual of panic focused psychodynamic psychotherapy extended range*. Ed. Routledge.

Boon, S.; Steele, K.; Van der Hart, O. (2014). *Vivir con disociación traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y para terapeutas*. Ed. Desclée De Brouwer.

Bradley, Susan J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Ed. The Guilford Press.

Balluerka, N.; Lacasa, F.; Gorostiaga, A.; Muela, A.; Pierrehumbert, B. (2011). "Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego". *Psicothema*, 23(3), 486-494.

Brown, D.P.; Elliott, D.S. (2016). *Attachment Disturbances in Adults. Treatments for comprehensive repairs*. Ed. Norton.

Cassidy, J. (2000). "The complexity of the caregiving system: A perspective from attachment theory". *Psychological inquiry*, 11(2), 86-91.

Charney, D.; Drevets, W. (2002). *Neurobiological basis of anxiety disorders. Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. American College of Neuropsychopharmacology.

Coan, J. (2008). "Toward a Neuroscience of Attachment". Pág 249-261. En J. Cassidy; P. Shaver (Ed.) *Handbook of attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. Ed. Guilford Press.

Colodrón, M. (2010). *Muñecos, metáforas y soluciones: Constelaciones familiares en sesión individual y otros usos terapéuticos* Ed. Desclée De Brouwer.

Courtois, C.; Ford, M.; Cloitre, M. (2009). "Best practices in psychotherapy for adults". Pág 59-81. *Treating complex traumatic stress disorders. A evidenced based-guided*. Ed. Guilford Press.

Courtois, Christine A. (1988). *Healing the incest wound*. Ed. Norton.

Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the*

- human brain*. Ed. Norton.
- Cozolino, L. (2010). *The neuroscience of Psychotherapy. Healing the social brain*. Ed. Norton.
- Cozolino, L. (2016). *Why therapy works. Using our minds to change our brains*. Ed. Norton.
- Cramer, P. (2009). *Seven Pillars of defense mechanism theory*. Annual Meeting of the Rapaport-Klein Study Group (<http://www.psychomedia.it/rapaport-klein>).
- Crittenden, P.; Dillala, D.L. (1988). "Compulsive compliance: the development of an inhibitory coping strategy in infancy". *J Abnorm Child Psychol*. Oct; 16(5):585-99.
- Crittenden, P. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Ed. Promolibro.
- Crittenden, P. (2002). "Transformaciones en relaciones de apego en la adolescencia". *Revista de psicoterapia* 12 33-62.
- Crittenden, P. (2005). "Attachment Theory, Psychopathology, and Psychotherapy: The Dynamic-Maturational Approach. Teoria dell'attaccamento, psicopatologia e psicoterapia: L'approccio dinamico maturativo". *Psicoterapia*, 30, 171-182.
- Crittenden, P.M.; Dallos, R.; Landini, A.; Kozłowska, K. (2012). *Attachment and family systems therapy*. Ed. Open University Press.
- Crittenden, P. (2015) *Raising Parents: Attachment, Representation, and Treatment*. Ed. Routledge.
- Csikszentmihaly, M. (1987). *Fluir (flow) Una psicología de la felicidad*. Ed. Kairos.
- Damasio, A. (2011). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Ed. Destino.
- Damasio, A. (2012). *En busca de Spinoza*. Ed. Destino.
- Dattilio, F.; Salas-Auvert, J. (2000). *Panic disorder Assesment and treatment trough a wide-angle lens*. Ed. Zeig Tucker.
- DeYoung, P. (2015). *Understanding and treating cronic shame. A relational Neurobiological Approach*. Ed. Routledge.
- Dennis, S.C.; Wayne, C. (2002). *Neurobiological basis of anxiety disorders. Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. Edited by American College of Neuropsychopharmacology.
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Ed. Desclée De Brouwer.
- Dozier, M.; Stovall-McClough, K.C.; Albus, K.E. (2008). *Attachment and Psychopathology in Adulthood*. En Cassidy, J.; Shaver, P. (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*, Ed. Guilford, pp. 718–744.

- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative. The therapeutic relationship in EMDR treatment*. Ed. Routledge.
- Earley, J. (2012). *Working with anger in Internal Family Systems Therapy*. Ed. Pattern System Books.
- Earley, J. (2014). *The professionals guide to sel-therapy Journey: Enhance your clients psychological healing and personal growth with this web program*. Ed. Self Therapy Journey.
- Ebrahim, D. (2015). *A brief psychotherapy for personality disorder*. Ed. Austin Macauley.
- Eimer, B. (2002). *Autohipnosis contra el dolor. Programa para el alivio inmediato del dolor*. Ed. Arkano Books.
- Etxebarria, I. (2003). *Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo*. En Fernández-Abascal, E.G.; Jiménez, M.P. y Martín, M.D. (Coord.) *Motivación y emoción. La adaptación humana* (pp. 369-393). Ed. Centro de Estudios Ramón Areces.
- Feeney, J.; Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Ed. Desclée De Brouwer.
- Fonagy, P.; Luyten, P. (2014). "Mentalizing in attachment context". En *The routledge handbbok of attachment*. Editores P. Holmes & S. Farnfield. Ed. Routledge.
- Fooks, D. (2005). *Panic disorder: exploration of attachment, heterogeneity and the regulation of anger* (Doctoral dissertation, Victoria University). [http://vuir.vu.edu.au/16073/1/FOOKS\\_2006amended.pdf](http://vuir.vu.edu.au/16073/1/FOOKS_2006amended.pdf)
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect. A model of accelerated change*. Ed Basic books.
- Forgash, C.; Copeley, M. (2008). *Healing the heart of trauma and dissociation*. Ed. Springer.
- Friedlander, Myrna L.; Escudero, Valentín; Heatherington, Laurie (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Ed. Paidós.
- Fuchs, T. (2003). "The Phenomenology of Shame, Guilt and the Body. Dysmorphic Disorder and Depression". *Journal of Phenomenological Psychology*, 33 (2):223-243 Koninklijke Brill NV. Leiden.
- Gassner, S. (2004). "The role of traumatic experience in panic disorder and agoraphobia". *Psychoanalytic psychology* Vol 21 N° 2 222-243.
- Gendlin, E.T. (1982). *Focusing. Proceso y técnica de enfoque corporal*. Ed. Mensajero.
- Ginot, E. (2015). *The neuropsychology of the unconscious*. Ed. Norton.

- González, A.; Mosquera, D. (2013). *EMDR y disociación. El abordaje progresivo*. Ed. Pléyades.
- González, A.; Mosquera, D. (2014). *Trastorno límite de personalidad y EMDR* Ed. Pléyades.
- González, A.; Mosquera, D. (2015). *Trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple*. Ed. Síntesis.
- Grawe, K. (2006). *Neuropsychotherapy: How the Neurosciences Inform Effective Psychotherapy*. Ed. Psychology Press.
- Hammond, C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. Ed. Norton.
- Hart, S. (2011). *The impact of attachment*. Ed. Norton.
- Hayes, S.; Strosahl, K.; Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio constante (Mindfulness)*. Ed. Desclée De Brouwer.
- Heinicke, C. y Westhemer, J. (1966). *Brief separations*. International Universities Press.
- Hensley, B. (2010). *Manual básico de EMDR*. Ed. Desclée De Brouwer.
- Herman, J. (2015). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-From Domestic Abuse to Political Terror*. Ed. Basic books.
- Hill, D. (2015). *Affect regulation theory. A clinical model*. Ed. Norton.
- Hilburn-Cobb, C. (2004). "Adolescent Psychopathology in Terms of Multiple Behavioral Systems: The Role of Attachment and Controlling Strategies and Frankly Disorganized Behavior". pag. 95-137 En *Atkinson & Goldberg (Eds) Attachment Issues in Psychopathology and Intervention*. Ed. Routledge.
- Holmes, J. (2005). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Ed. Desclée De Brouwer.
- Janet, P. (2003). *Psicología de los sentimientos*. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Karen, R. (1998). *Become Attached. First relationships and how they shape our capacity for love*. Ed. Oxford University Press.
- Katehakis, A. (2016). *Sex adiction as affect dysregulation. A neurobiologically Informed Holistic Treatment*. Ed. Norton.
- Knipe, J. (2014). *EMDR Toolbox: Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. Ed. Springer.
- Koziol, L.; Budding, D. (2010). *Subcortical structures and cognition. Implications for neuropsychological assesment*. Ed. Springer.
- Kosowsky, J.; Pfaltz, M.C.; Schneider, S.; Taeymans, J.; Locher, C.; Gaab, J. (2013). "The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis".

*American Journal of Psychiatry.*

Lacasa, R. (2005). *Pánico perdido. Cómo curar los ataques de pánico*. Editado por la autora.

Le Doux, J. (1994). *The emotional brain*. Ed. Phoenix (2004).

Le Doux, J. (2003). *Sinaptic self. How our brains become who we are*. Ed. Penguin.

Leeds, A. (2012). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Ed. Desclée De Brouwer.

Levine, P. (2013). *En una voz no hablada. Cómo el cuerpo libera el trauma y restaura el bienestar*. Ed. Alma Lepik.

Ley, R. (1989). "Dyspneic-fear and catastrophic cognitions in hyperventilatory panic attacks". *Behavior research and therapy*, 27(5):549-554.

Lyons-Ruth, K.; Dutra, L.; Schuder, M.R.; Bianchi, I. (2006). "From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences?". *The Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 63–viii. <http://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.011>.

López-Alonso, J.C.; Gómez-Jarabo, G. (2002). *Trastornos de pánico. Un azote de la mente. Manual práctico para su tratamiento*. Ed. Promolibro.

López Soler, C. (2008). "Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada. El trauma complejo". *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* Vol. 13, N.º 3, pp. 159-174.

Luxenberg, T.; Spinazzola, J.; Van der Kolk, B.A. (2001) *Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment*. Directions in Psychiatry Vol. 21. Lessons 25 & 26.

Liotti, G. (2004) *I Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment. Three Strands of a Single Braid Psychotherapy. Theory, research, practice, training* Vol. 41, pp. 472-486.

Lorenzini, N.; Fonagy, P. (2013) "Attachment and Personality Disorders: A Short Review". *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 11 (2) 155 -166.

Manfield, P.; Shapiro, F. (2004). *Application of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) to Personality Disorders (304-331)*. *Handbook of personality disorders*. Magnavita, J. Ed. Willey.

MacLean, P. (1990). *The triune brain in evolution*. Ed. Plenum press.

Mallinger, A.; De Wize, J. (2010) *La obsesión del perfeccionismo: Soluciones para acabar con el control excesivo*. Ed Paidós.

Marrone, M. (2000). *Attachment and interaction*. Ed. Jessica Kingsley Publishers.

- Marrone, M. (2009). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Ed. Prismática.
- Mesa-Gresa, P.; Moya-Albiol, L. (2011). “Neurobiología del maltrato infantil: el ‘ciclo de la violencia’”. *Revista de neurología*, 52(8), 489-503.
- Mccullough, L. (1995). *Changing character*. Ed. Basic books.
- Mccullough, L.; Khun, N.; Stewar, A. (2003). *Treating Affect Phobia: A Manual for Short-Term Dynamic Psychotherapy* Ed. Guilford Press.
- Mikulincer, M. (1998). “Adult attachment style and individual differences in Functional versus dysfunctional experiences of anger”. *Journal of personality and social psychology* Vol. 74 N° 2 513-524.
- Mikulincer, M.; Shaver, P.R. (2007) *Attachment in adulthood. Structures, dynamic and change*. Ed. Guilford Press.
- Mikulincer, M.; Shaver, P.R. (2012). “An attachment perspective on psychopathology”. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Miller, A. (2015) *El drama del niño dotado y la búsqueda del verdadero yo*. Ed. Alianza.
- Minuchin, S.; Fishman, C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Ed. Paidós.
- Millon, T. (2014). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Ed. Elsevier.
- Mollon, P. (1996). *Multiple selves, multiple voices. Working with trauma, violation and dissociation*. Ed. Willey.
- Montgomery, A. (2013). *Neurobiology essentials for clinicians*. Ed. Norton.
- Morrell, F. (1990). *Kindling and Synaptic Plasticity: The Legacy of Graham Goddard*. Ed. Birkhauser.
- Mosquera, D.; Ageitos, L.; Bello, M.J.; Pitarch, S. (2009). *Llenando el vacío, un espacio para la familia*. Ediciones Pléyades.
- Mosquera, D. González, A. (2014). *Trastorno límite de la personalidad y EMDR*. Ediciones Pléyades.
- Nardone, G. (2004). *No hay noche que no vea el día. La terapia breve para los ataques de pánico*. Ed. Herder.
- Nardone, G. (2012). *Miedo, pánico y fobias. La terapia breve estratégica*. Ed. Herder.
- Nathanson, D.L. (1992) *.Shame and pride. Affect, sex, and the birth of the self*. Ed. Norton.
- Neborsky, R. (2001). “Davanloo’s method of intensive short term Psychotherapy”. En Solomon, M.; Neborsky, R.; Mcculloug, L.; Alpert, M.; Shapiro, F.; Malan, D. (Eds.) *Short term therapy for long term change*. Ed. Norton.
- Niyenhuis, E. (2000). “Somatoform Dissociation: Major Symptoms of Dissociative

- disorders”. *Journal of Trauma & Dissociation*, Vol. 1(4).
- Ogden, P.; Minton, K. (2009). *El trauma y el cuerpo: Un modelo sensorio-motriz de psicoterapia*. Ediciones Desclée De Brouwer.
- Ogden, P.; Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Ed. Desclée De Brouwer.
- O’Shea, K. (2009). *The EMDR early trauma protocol. EMDR solutions II. For depression, eating disorders performace and More*. Ed. Robin Shapiro. Ed. Norton.
- Palmero, F. (1996). “Aproximación biológica al estudio de la emoción”. *Anales de psicología*. 12(1), 61-86.
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. Ed. Oxfor University Press.
- Panksepp, J. (2009). “Brain emotional systems and qualities of mental life: from animals models of affect implications for psychoterapeutics”. Págs. 1-26. En Fosha, D.; Siegel, D.J.; Solomon, M. (Eds.) *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*. E. Norton.
- Panksepp, J.; Biven, L. (2012). *The archeology of mind. Neuroevolutionary origins of humans emotions*. Ed. Norton.
- Paulsen, S. (2009). *Looking Through the Eyes of Trauma and Dissociation: An illustrated guide for EMDR therapists and clients*. Booksurge Llc.
- Payas, A. (2012). *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Ed. Paidós.
- Pérez, I.; Cuadros, J.; Nieto, C. (Coord.). (2012). *Hipnosis en la práctica clínica. Vol. I Técnicas generales*. Ed. EOS.
- Pinillos, I. (2010). “Un modelo estructural funcional de los trastornos obsesivo-compulsivos”. *Clínica contemporánea* Vol. I nº 3 .Págs. 183-202.
- Pinillos, I.; Fuster, A. (2011). *Guerreros de la mente*. Ed. Debolsillo.
- Porges, S. (2009). “Reciprocal Influences between body and brain in the perception and expression of affect. A polyvagal perspective”. Pág. 27-55. En Fosha, D.; Siegel, D.J.; Solomon, M.F. (Eds.) *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*. E. Norton.
- Porges, S. (2011). *The polyvagal theory. Neurophysiological foundations of emotions*. Ed. Norton.
- Putnam, F. (1997). *Dissociation in children and adolescents. A developmental perspective*. Ed. The Guilford Press.
- Ramos, V.; Piqueras, J.A.; Martínez, A.; Oblitas, L. (2009). *Terapia psicológica*. Vol.

- 27, N° 2, 227-237. Sociedad chilena de Psicología Clínica.
- Roca, E. (2001). *Cómo superar los ataques de pánico con o sin agorafobia*. Ed. ACDE.
- Rodríguez, B.; Fernández, A.; Bayón, C. (2005). “Trauma, disociación y somatización”. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 1 27-38.
- Rollnick, S. (1990). *La entrevista motivacional*. Ed. Paidós.
- Salposky, R. (2008). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Ed. Alianza editorial.
- Scaer, R. (2014). *The Body Bears the Burden: Trauma, Dissociation, and Disease*. Ed. Routledge.
- Schore, A. (1994). *Affect regulation and the repair of the self*. Ed. Norton.
- Schore, A. (2001). “The effects of a Secure Attachment Relationship on Right brain Development, Affect Regulation & Infant mental Health”. *Infant Mental Health Journal*, 22. Pág. 7-66.
- Schore, A. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*. Ed. Norton.
- Schore, A. (2004). *Una perspectiva psicoanalítica del cerebro/mente/cuerpo en psicoterapia. Subjetividad y procesos cognitivos*. Pág. 144-168. UCES.
- Schore, A. (2009). “El trauma relacional y el cerebro derecho en el desarrollo: Interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias. Self and systems”. *Annual of the new york Academy of Sciences*. 1159, pág. 189-203.
- Schore, A. (2010). *Relational trauma and the developing right brain*. En Tessa Baradon (Ed) *The neurobiology of broken attachment bonds. Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy*. Ed. Routledge.
- Schwartz, Richard (1995). *Internal Family Systems Therapy*. Ed. Guilford Press.
- Seijo, N. (2015). *Máster de Psicoterapia con EMDR. Módulo 6. Tema 2. Defensas Somáticas*. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Seijo, N. (2016). “El Yo Rechazado: Trabajando con la distorsión de la imagen corporal en los Trastornos Alimentarios”, *ESTD Newsletter*, vol. 5 número 4 Diciembre 2016.
- Shapiro, F. (2004). *EMDR. Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular*. Ed. Pax México.
- Shapiro, F. (2013). *Supera tu pasado. Tomar el control de la vida con EMDR*. Ed. Kairos.
- Shapiro, R. (2005). “The two hands interweave”. Pag. 160-167. En Robin Shapiro

- (Ed.) *Emdr Solutions. Pathways to healing*. Ed. Norton.
- Shapiro, R. (2010). *The trauma treatment handbook. Protocols across the spectrum*. Ed. Norton.
- Sharon, G.; Hentschel, U. (2013). “El uso de los mecanismos de defensa como herramientas para el afrontamiento por veteranos israelíes deprimidos y con TEPT”. *Subjetividad y procesos cognitivos*. Vol 17 n 1 pp. 118-133 ISSN: 1666-244X Universidad de Ciencias empresariales y Sociales.
- Shopenhauer, A. (2013). *El mundo como voluntad y representación*. Ed. Alianza.
- Siegel, D. (2009). “Emotion as Integration: A Possible Answer to the Question, What Is Emotion?”. En Fosha, D.; Siegel, D.J.; Solomon, M.F. (Eds.). *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*. E. Norton.
- Siegel, D. (2010). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Ed. Desclée De Brouwer.
- Siegel, D. (2011). *Mindsight: La nueva ciencia de la transformación personal*. Ed. Paidós.
- Solomon, M.; Neborsky, R.; Mccullough, L.; Alpert, M.; Shapiro, F.; Malan, D. (2001) *Short term therapy for long term change*. Ed. Norton.
- Soares, I.; Dias, P. (2007). “Apego y psicopatología en jóvenes y adultos. Contribuciones recientes de la investigación”. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1697-2600 Vol. 7, Nº 1, pp. 177-195.
- Steele, K.; Van der Hart, O.; Nihenjuis, E. (2004). “Tratamiento secuenciado de la disociación estructural de la traumatización compleja: superar las fobias relacionadas con el trauma”. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6 (3), 11-53.
- Steele, K. (2016). *Seminario de formación intensiva para el tratamiento de trastornos disociativos*. Organizado por Intra-TP en La Coruña.
- Steinberg, M.D.; Schnall, M. (2003). *The Strange in the Mirror. Dissociation —The Hidden Epidemic*. Ed. Harper.
- Tangney, J.P.; Dearing, R. (2002). *Shame and Guilt*. Ed. Guilford Press.
- Trevarthen, C: (2009). “The functions of emotion in Infancy: The regulation and communication or Rythm, Sympathy, and meaning in Human development”. Pág 55-86. En Fosha, D.; Siegel, D.J.; Solomon, M.F. (Eds.) *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice*. E. Norton.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. Ed. Norton.
- Troya, M. (2015). *Teoría de la ansiedad: un recuerdo representado del trauma*.

Comunicación personal.

Van der Hart, O.; Nijenhuis, E.; Steele, K. (2005). "Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder". *Journal of Traumatic Stress*, 18, 413-423.

Van der Hart, O.; Nijenhuis, E.; Steele, K. (2011) *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Ediciones Desclée De Brouwer.

Van der Kolk, B. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Ed. Penguin Group.

Vargas, A.; Chaskel, M.D. (2007). "Neurobiología del apego". *Avances en psiquiatría biológica*. Vol. 8 pág. 44-56.

Wallin, David J. (2015). *El apego en psicoterapia*. Ed. Desclée De Brouwer.

Watzlawick, P.; Ceberio, M. (2008). *Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción. Estrategias de la comunicación humana*. Ed. Paidós.

Yanes, J. (2012). *El control del estrés y el mecanismo del miedo*. Ed. Edaf.

Yehuda, R. (2016). *Can the effect of trauma be transmitted intergenerationally? Congress attachment and trauma. Relationships and compassion*. Rome.

Young, J.; Janet, S.; Klosko, M.; Weishaar, E. (2013). *Terapia de esquemas*. Ed. Desclée De Brouwer.



## **¿Por qué la gente a la que quiero me hace daño?**

*Neurobiología, apego y emociones*

Manuel Hernández Pacheco

ISBN: 978-84-330-3074-0

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

¿Por qué las personas a quienes queremos a veces nos hacen daño? ¿Por qué no podemos dejar de estar con personas que sabemos que son tóxicas? ¿Por qué a menudo nos comportamos, o sentimos, o pensamos de un modo que nos hace daño?

Este libro trata de dar respuesta a esas preguntas y a algunas más sobre el origen de muchas de las enfermedades psicológicas que nos aquejan en el mundo actual. Las diferentes etapas vitales, como la infancia, la adolescencia y la entrada a la edad adulta, implican bifurcaciones biológicas que van a determinar grandes cambios, y la adaptación a los mismos puede ser a veces patológica.

Uniendo sus conocimientos sobre neurobiología y apego, el autor describe, de forma amena pero rigurosa, cómo funciona el cerebro y cómo los primeros años de vida modelan nuestra personalidad, ayudándonos a entender a las personas que nos rodean y a nosotros mismos. Todo lo que ocurre en nuestro cerebro es pura física y química, y sin embargo se ve muy influido por el modo en que percibimos nuestra realidad. Es decir, por la unión y relación entre mente y cerebro.

Si estás interesado en profundizar en la naturaleza humana y en el origen de la ansiedad

y de muchas otras patologías, este libro te entusiasmará.

1. *Relatos para el crecimiento personal*. Carlos Alemany (ed.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Olga Castanyer. (41ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. Gimeno-Bayón. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. Esperanza Borús. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* José Luis Trechera. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. Ramiro J. Álvarez. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. Carlos Alemany y Víctor García (eds.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. Loretta Zaira Cornejo Parolini. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. Fernando Jiménez Hernández-Pinzón. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. Jean Sarkisoff. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. Luis López-Yarto Elizalde. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. Maria-Anne Gallen - Hans Neidhardt. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. Luis Zabalegui. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. Bruno Giordani. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. Jiménez Hernández-Pinzón. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. Javier Gafo (ed.). (4ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. Antonio García Rubio. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. Don Richard Riso. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. Thomas Hart.
20. *Treinta palabras para la madurez*. José Antonio García-Monge. (12ª ed.)
21. *Terapia Zen*. David Brazier. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. Gerald May.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. Juan Masiá Clavel.
24. *Pensamientos del caminante*. M. Scott Peck.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. R. J. Álvarez. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. David Richo. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. John A. Sanford.
28. *Vivir la propia muerte*. Stanley Keleman.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. Ascensión Belart - María Ferrer. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. Miguel Ángel Conesa Ferrer.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. Kevin Flanagan.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. Verena Kast.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. David Richo. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. Wilkie Au - Noreen Cannon. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. Iosu Cabodevilla. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. María Prieto Ursúa.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. Teodoro Herranz Castillo.
38. *El comer emocional*. Edward Abramson. (2ª ed.)
39. *Crecer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. John Amodeo - Kris Wentworth. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. Isabel Agüera Espejo-Saavedra.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. Xavier Moreno Lara.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. Ramiro J. Álvarez.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. Charles L. Whitfield.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. José Carlos Bermejo.
45. *Para que la vida te sorprenda*. Matilde de Torres. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*. David Brazier.

47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar.* Jorge Barraca.
48. *Palabras para una vida con sentido.* M<sup>a</sup>. Ángeles Noblejas. (2<sup>a</sup> ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos.* Philip Sheldrake.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo.* Luis Cencillo. (2<sup>a</sup> ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no.* Leslie S. Greenberg. (3<sup>a</sup> ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto.* Amado Ramírez Villafañez.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva.* Juan Antonio Bernad.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico.* Pablo Población Knappe y Elisa López Barberá. (2<sup>a</sup> ed.)
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza.* Loretta Cornejo. (3<sup>a</sup> ed.)
56. *El guión de vida.* José Luis Martorell. (2<sup>a</sup> ed.)
57. *Somos lo mejor que tenemos.* Isabel Agüera Espejo-Saavedra.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* Giuliana Prata, Maria Vignato y Susana Bullrich.
59. *Amor y traición.* John Amodeo.
60. *El amor. Una visión somática.* Stanley Keleman. (2<sup>a</sup> ed.)
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía.* Kevin Flanagan. (2<sup>a</sup> ed.)
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta.* F. Jiménez Hernández-Pinzón.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal.* Iosu Cabodevilla.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* Olga Castanyer y Estela Ortega. (7<sup>a</sup> ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo.* José-Vicente Bonet, S.J. (3<sup>a</sup> ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente.* Juan Masiá.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* Pedro Moreno. (9<sup>a</sup> ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud.* Kathleen R. Fischer y Thomas N. Hart.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir.* Esperanza Borús.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos.* Jean-Pascal Debailleul y Catherine Fourgeau.
71. *Psicoanálisis para educar mejor.* Fernando Jiménez Hernández-Pinzón.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación.* Pedro Miguel Lamet.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser.* Jean Sarkisoff.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones.* Patrice Cudicio y Catherine Cudicio.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares.* Marga Nieto Carrero. (2<sup>a</sup> ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros.* Jesús De La Gándara Martín.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos.* Claude Imbert.
78. *Cuando el silencio habla.* Matilde De Torres Villagrà. (2<sup>a</sup> ed.)
79. *Atajos de sabiduría.* Carlos Díaz.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología.* Ramón Rosal Cortés.
81. *Más allá del individualismo.* Rafael Redondo.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica.* Dave Mearns y Brian Thorne.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico.* Fred Friedberg. Introducción a la edición española por Ramiro J. Álvarez
84. *No seas tu peor enemigo... ¡... Cuando puedes ser tu mejor amigo!* Ann-M. McMahon.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia.* Luz Casasnovas Susanna. (2<sup>a</sup> ed.)
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas.* Ignacio Berciano Pérez. Con la colaboración de Itziar Barrenengoa. (2<sup>a</sup> ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. Pilar Quiroga Méndez.
88. *Crece en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* Tomeu Barceló. (2<sup>a</sup> ed.)
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* Alejandro Bello Gómez, Antonio Crego Díaz.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* Nick Owen.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* José Luis Pio Abreu.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* Agneta Schreurs.
93. *Fluir en la adversidad.* Amado Ramírez Villafañez.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* Juan Antonio Bernad.

95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* John Amodeo (2ª ed.).
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* Benito Peral. (2ª ed.)
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* Luis Raimundo Guerra. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* Mónica Rodríguez-Zafra (Ed.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* Claude Imbert. (2ª ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* Martin M. Antony - Richard P. Swinson. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* Joy Cloug.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* Thom Rutledge.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* Margaret J. Wheatley.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* Pedro Moreno, Julio C. Martín. (10ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* Irene Estrada Ena.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* Manuel Segura Morales. (14ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* Karmelo Bizkarra. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* Marisa Bosqued.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancha. La práctica en psicoterapia gestalt.* Ángeles Martín y Carmen Vázquez.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* Jorge Barraca Mairal. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros.* Richard J. Stenack.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* John P. Schuster.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* Michael L. Emmons, Ph.D. y Janet Emmons, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* P. Kristan.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* A. Cózar.
116. *Crece en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* Alejandro Rocamora. (3ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* Bernard Golden. (2ª ed.)
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* Juan Carlos Vicente Casado.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* Ann Williamson.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* Bala Jaison.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* Luis Raimundo Guerra.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* Rafa Euba. (2ª ed.)
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* Karmelo Bizkarra. (3ª ed.)
124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* Enrique Martínez Lozano. (4ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* Iosu Cabodevilla Eraso. (2ª ed.)
126. *Regreso a la conciencia.* Amado Ramírez.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* Peter Bourquin. (10ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* Thomas Hohensee.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* Olga Castanyer. (3ª ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* Loretta Cornejo. (4ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* Javier Tirapu. (2ª ed.)
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* Amado Ramírez Villafañez.
133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* Pedro Moreno, Julio C. Martín, Juan García y Rosa Viñas. (3ª ed.)
134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* Conxa Trallero Flix y Jordi Oller Vallejo
135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* Tomeu Barceló

136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* Windy Dryden
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* Igor Ledochowski
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* Camille
139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* Arturo Goicoechea
140. *Aprendiendo a morir.* Ignacio Berciano Pérez
141. *La estrategia del oso polar. Cómo llevar adelante tu vida pese a las adversidades.* Hubert Moritz
142. *Mi salud mental: Un camino práctico.* Emilio Garrido Landívar
143. *Camino de liberación en los cuentos. En compañía de los animales.* Ana María Schlüter Rodés
144. *¡Estoy furioso! Aproveche la energía positiva de su ira.* Anita Timpe
145. *Herramientas de Coaching personal.* Francisco Yuste (2ª ed.)
146. *Este libro es cosa de hombres. Una guía psicológica para el hombre de hoy.* Rafa Euba
147. *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal. Guía de autoayuda.* Juan García Sánchez y Pepa Palazón Rodríguez
148. *El consejero pastoral. Manual de "relación de ayuda" para sacerdotes y agentes de pastoral.* Enrique Montalt Alcayde
149. *Tristeza, miedo, cólera. Actuar sobre nuestras emociones.* Dra. Stéphanie Hahusseau
150. *Vida emocionalmente inteligente. Estrategias para incrementar el coeficiente emocional.* Geetu Bharwaney
151. *Cicatrices del corazón. Tras una pérdida significativa.* Rosa Mª Martínez González
152. *Ojos que sí ven. "Soy bipolar" (Diez entrevistas).* Ana González Isasi - Aníbal C. Malvar
153. *Reconcíliate con tu infancia. Cómo curar antiguas heridas.* Ulrike Dahm
154. *Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido.* Janet Treasure - Gráinne Smith - Anna Crane
155. *Bullying entre adultos. Agresores y víctimas.* Peter Randall
156. *Cómo ganarse a las personas. El arte de hacer contactos.* Bernd Görner
157. *Vencer a los enemigos del sueño. Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado.* Charles Morin
158. *Ganar perdiendo. Los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: Muerte - Divorcio - Migración.* Migdyrai Martín Reyes
159. *El arte de la terapia. Reflexiones sobre la sanación para terapeutas principiantes y veteranos.* Peter Bourquin
160. *El viaje al ahora. Una guía sencilla para llevar la atención plena a nuestro día a día.* Jorge Barraca Mairal
161. *Cómo envejecer con dignidad y aprovechamiento.* Ignacio Berciano
162. *Cuando un ser querido es bipolar. Ayuda y apoyo para usted y su pareja.* Cynthia G. Last
163. *Todo lo que sucede importa. Cómo orientar en el laberinto de los sentimientos.* Fernando Alberca de Castro (2ª ed.)
164. *De cuentos y aliados. El cuento terapéutico.* Mariana Fiksler
165. *Soluciones para una vida sexual sana. Maneras sencillas de abordar y resolver los problemas sexuales cotidianos.* Dra. Janet Hall
166. *Encontrar las mejores soluciones mediante Focusing. A la escucha de lo sentido en el cuerpo.* Bernadette Lamboy
167. *Estrésese menos y viva más. Cómo la terapia de aceptación y compromiso puede ayudarle a vivir una vida productiva y equilibrada.* Richard Blonna
168. *Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas.* Miguel del Nogal Tomé
169. *La comunicación humana: una ventana abierta.* Carlos Alemany Briz
170. *Comida para las emociones. Neuroalimentación para que el cerebro se sienta bien.* Sandi Krstinic
171. *Aprender de la ansiedad. La sabiduría de las emociones.* Pedro Moreno
172. *Cuidar al enfermo. Migajas de psicología.* Pedro Moreno
173. *Yo te manejo, tú me manejas. El poder de las relaciones cotidianas.* Pablo Población Knappe
174. *Crisis, crecimiento y despertar. Claves y recursos para crecer en consciencia.* Enrique Martínez Lozano
175. *Cuaderno de trabajo para el tratamiento corpomental del trastorno del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Programa para curar en 10 semanas las secuelas del trauma.* Stanley Block y Carolyn Bryant Block
176. *El joven homosexual. Cómo comprenderle y ayudarle.* José Ignacio Baile Ayensa
177. *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso.* Steven Hayes
178. *Palabras caballo. Fuerza vital para el día a día.* Dr. Juan-Miguel Fernández-Balboa Balaguer
179. *Fibromialgia, el reto se supera. Evidencias, experiencias y medios para el afrontamiento.* Bruno Moioli
180. *Diseña tu vida. Atrévete a cambiar.* Diana Sánchez González y Mar Mejías Gómez

181. *Aprender psicología desde el cine*. José Antonio Molina y Miguel del Nogal
182. *Un día de terapia*. Rafael Romero Rico
183. *No lo dejes para mañana. Guía para superar la postergación*. Pamela S. Wiegartz, Ph.D. y Levin L. y Gyoerkoe, Psy.D
184. *Yo decido. La tecnología con alma*. José Luis Bimbela Pedrola
185. *Aplicaciones de la asertividad*. Olga Castanyer
186. *Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social. Técnicas demostradas para la superación gradual del miedo*. M.M. Antony, PH .D y R.P. Swinson, MD.
187. *A las alfombras felices no les gusta volar. Un libro de (auto) ayuda... a los demás*. Javier Vidal-Quadras.
188. *Gastronomía para aprender a ser feliz. PsiCocina socioafectiva*. A. Rodríguez Hernández
189. *Guía clínica de comunicación en oncología. Estrategias para mantener una buena relación durante la trayectoria de la enfermedad*. Juan José Valverde, Mamen Gómez Colldefors y Agustín Navarrete Montoya
190. *Ponga un psiquiatra en su vida. Manual para mejorar la salud mental en tiempos de crisis*. José Carlos Fuertes Rocañín
191. *La magia de la PNL al descubierto*. Byron Lewis
192. *Tunea tus emociones*. José Manuel Montero
193. *La fuerza que tú llevas dentro. Diálogos clínicos*. Antonio S. Gómez
194. *El origen de la infelicidad*. Reyes Adorna Castro
195. *El sentido de la vida es una vida con sentido. La resiliencia*. Rocío Rivero
196. *Focusing desde el corazón y hacia el corazón. Una guía para la transformación personal*. Edgardo Riveros Aedos
197. *Programa Somne. Terapia psicológica integral para el insomnio: guía para el terapeuta y el paciente.. Ana María González Pinto • Carlos Javier Egea • Sara Barbeito (Coords.)*
198. *Poesía terapéutica. 194 ejercicios para hacer un poema cada día.. Reyes Adorna Castro y Jaime Covarsí Carbonero*
199. *Abre tu consciencia*. José Antonio González Suárez y David González Pujana (2ª ed.)
200. *Ya no tengo el alma en pena*. Rosse Macphpherson
201. *Ahora que he decidido luchar con esperanza. Guía para vencer el apetito.. José Luis López Morales, Enrique Javier Garcés De Los Fayos Ruiz*
202. *El juego de la vida Mediterránea*. Mauro García Toro
203. *16 Ideas para vivir de manera plena. Experiencias y reflexiones de un médico de familia*. Daniel Francisco Serrano Collantes
204. *Transformación emocional. Un viaje a través de la escritura terapéutica*. N. Mendive
205. *Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia*. Manuel Nevado, José González (2ª ed.)
206. *Quiero aprender... a conocerme*. Olga Cañizares, Domingo Delgado
207. *Quiero aprender cómo funciona mi cerebro emocional*. Iván Ballesteros
208. *Remonta tu vuelo. Más allá de la fibromialgia hacia una nueva vida*. Fátima Gallastegui
209. *Vivir con el trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para pacientes*. Álvaro Frías Ibáñez
210. *Quiero aprender a quererme con asertividad.. Olga Castanyer*
211. *Póker a la dieta. El juego para alcanzar tu peso ideal y mantenerlo de una forma natural y sencilla*. Federika Trombetta
211. *Póker a la dieta. El juego para alcanzar tu peso ideal y mantenerlo de una forma natural y sencilla*. Federica Trombetta
212. *Recupera tu autonomía y bienestar personal*. José Antonio González Suárez
213. *¿A qué he venido yo aquí? Guía para comprender y mejorar la memoria*. Laura Vera Patier
214. *Quiero aprender... a ser más eficiente en el trabajo*. Yolanda Cañizares Gil
215. *Vivir con una persona con trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para familiares y allegados*. Álvaro Frías Ibáñez (Editor)
216. *La preocupación inútil*. Laura Vera Patier

## SERIE MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática*. Luciano Sandrin. (9ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal*. Stanley Keleman. (2ª ed.)

3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación*. André Lapierre.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica*. José Agustín Ramírez. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales*. Carlos Alemany (ed.). (13ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética*. José Agustín Ramírez.
7. *Crecer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal*. Carlos Rafael Cabarrús, S.J. (12ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico*. Carolyn J. Braddock.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia*. Juan Masiá Clavel
10. *Vivencias desde el Enneagrama*. Maite Melendo. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa*. Dorothy May.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual*. Carlos Rafael Cabarrús. (5ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente*. Eusebio López. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal*. José María Toro.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones*. Carlos Domínguez Morano. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales*. Ana Gimeno-Bayón y Ramón Rosal.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. Eugene T. Gendlin. (2ª ed.)
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida*. Chris L. Kleinke.
19. *El valor terapéutico del humor*. Ángel Rz. Idígoras (Ed.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días*. Ron Dalrymple, Ph.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto*. José Mª Porta Tovar.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación*. Bruce M. Hyman y Cherry Pedrick.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método*. George De Leon.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas*. Waleed A. Salameh y William F. Fry.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales*. Howard Kassinove y Raymond Chip Tafrate.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica*. José L. Trechera.
27. *Cuerpo, cultura y educación*. Jordi Planella Ribera.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación*. Doni Tamblyn.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. Ángeles Martín. (8ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar*. Nick Owen
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Paul Stallard.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio*. Pablo Rodríguez Correa.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato*. Pepa Horno Goicoechea. (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia*. Sonia Vaccaro - Consuelo Barea Payueta.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia*. Olga Castanyer (Coord.); Pepa Horno, Antonio Escudero e Inés Monjas.
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta*. Miguel del Nogal. (2ª ed.)
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica*. Ángeles Martín.
38. *Medicina y terapia de la risa. Manual*. Ramón Mora Ripoll.
39. *La dependencia del alcohol. Un camino de crecimiento*. Thomas Wallenhorst.
40. *El arte de saber alimentarte. Desde la ciencia de la nutrición al arte de la alimentación*. Karmelo Bizkarra.
41. *Vivir con plena atención. De la aceptación a la presencia*. Vicente Simón. (2ª ed.)
42. *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido*. José Carlos Bermejo.
43. *Más allá de la Empatía. Una Terapia de Contacto-en-la-Relación*. Richard G. Erskine - Janet P. Moursund - Rebecca L. Trautmann.
44. *El oficio que habitamos. Testimonios y reflexiones de terapeutas gestálticas*. Ángeles Martín (Ed.)
45. *El amor vanidoso. Cómo fracasan las relaciones narcisistas*. Bärbel Wardetzki
46. *Diccionario de técnicas mentales. Las mejores técnicas de la A a la Z*. Claudia Bender - Michael Draksal
47. *Humanizar la asistencia sanitaria. Aproximación al concepto*. José Carlos Bermejo
48. *Herramientas de coaching ejecutivo*. Francisco Yuste

49. *La vocación y formación del psicólogo clínico*. Aquilino Polaino-Lorente y Gema Pérez Rojo (Coords.)
50. *Detrás de la pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género*. Sofia Czalbowski (Coord.)
51. *Hazte experto en inteligencia emocional*. Olga Cañizares y Carmen García de Leaniz (Coordinadoras)
52. *Counseling y cuidados paliativos*. Esperanza Santos y José Carlos Bermejo (2ª ed.). Esperanza Santos y José Carlos Bermejo
53. *Eneagrama para terapeutas*. Carmela Ruiz de la Rosa
54. *Habilidades esenciales del counseling. Guía práctica y de aplicación*. S. Magnuson y K. Norem
55. *Río, luego existo. Guía completa para curiosos, talleristas y dinamizadores de grupo*. *Risoterapia integrativa*. M. Rosa Parés y José Manuel Torres
56. *Fuerzas que sanan. Constelaciones sistémicas sobre enfermedad y salud*. P. Bourquin (Ed.)
57. *Herramientas de coaching: una aplicación práctica*. Paco Yuste Pausa
58. *Ilusión positiva. Una herramienta casi mágica para construir tu vida..* Lecina Fernández
59. *Cuando nada tiene sentido. Reflexiones sobre el suicidio desde la logoterapia*. A. Rocamora
60. *Apego y psicopatología: la ansiedad y su origen. Conceptualización y tratamiento de las patologías relacionadas con la ansiedad desde una perspectiva integradora..* Manuel Hernández Pacheco (5ª ed.)
61. *Trauma y presencia*. Peter Bourquin (Ed.)
62. *Personas altamente sensibles. Claves psicológicas y espirituales*. Rafael Pardo (2ª ed.)
63. *El eneagrama, el origen. Libro de consulta*. Macarena Moreno-Torres

# Índice

Portada interior	2
Créditos	3
Prólogo	5
Agradecimientos	7
Introducción	8
Primera parte: Enfoque teórico	12
1. Cerebro, cuerpo y mente	13
Emociones y cognición	13
Homeostasis y patología	18
El miedo y el apego	21
Psicopatología y ansiedad	25
Conclusiones	27
2. Neurobiología del miedo	29
Circuito del miedo	35
Teoría Polivagal de Porges	39
Circuito del pánico	46
Conclusiones	50
3. Neurobiología del apego	52
La importancia del apego	53
El cerebro y el apego	58
Circuitos de memoria implícita	69
Conclusiones	72
4. El apego como forma de regulación emocional	74
¿Qué es el apego?	74
Conclusiones	89
5. Regulación emocional y mentalización	91
Desarrollo de las estrategias de regulación	92
De las estrategias de regulación a la patología	94
Disociación	102
Tipos de memoria	105
Mentalización	110
Conclusiones	115

6. El modelo PARCUVE	116
El miedo	118
La rabia	124
La vergüenza	130
Cuidador	131
Narcisista	133
La culpa	135
Tipos de atribuciones	139
Conclusiones	142
Segunda parte: Tratamiento	144
7. Elementos transversales de la terapia	145
La demanda	146
Emociones subyacentes en la terapia	153
Alianza terapéutica	161
Conclusiones	167
8. Enfoques para el tratamiento de los trastornos emocionales	168
1. Modelos biológicos	168
2. Tratamientos cognitivo-conductuales:	170
3. Enfoques psicodinámicos:	171
5. Terapia estratégica	172
6. Terapia somática	173
7. Terapia familiar o sistémica	174
8. Terapia de aceptación y compromiso	175
9. EMDR	176
Conclusiones	179
9. Trabajo con el trauma. EMDR	180
Conclusiones	192
10. Conceptualización, más allá del diagnóstico	194
La primera entrevista	194
Datos a recoger en la conceptualización	198
Patrones de personalidad	212
Conclusiones	216
11. Psico-educación	217
¿Cómo vamos a trabajar durante el tratamiento?	218
¿Qué son los trastornos emocionales?	219

¿Cómo influye nuestra infancia a lo largo de nuestra vida?	224
¿Qué es la disociación traumática?	228
Conclusiones	232
12. Disociación y trabajo con partes	234
Estabilización y reconocimiento de las partes	238
Partes más frecuentes	245
Partes asociadas al miedo	245
Partes asociadas a la vergüenza	247
Parte asociada al rechazo	248
Partes asociadas a la culpa	250
Parte crítica	252
Reconocimiento de las partes	252
Trabajar con las fobias entre partes	253
Integración de las partes	257
Resumen	261
13. Técnicas de estabilización y relajación	262
Mindfulness	263
Vivir el presente	263
No Juzgar	265
Aceptación	266
Quitar el piloto automático	267
Hipnosis y relajación	268
Recursos de estabilización	273
Conclusiones	275
14. Terapia somática	277
Las emociones y nuestro cuerpo	280
Trabajo con el cuerpo	285
Técnicas para trabajar las sensaciones	287
Conclusiones	292
15. Las defensas psicológicas	294
Tipos de mecanismos de defensa	297
Trabajar con las defensas	301
Mantener la alianza terapéutica	302
Trabajar defensas desde el modelo del EMDR	309
Conclusiones	312

16. Exposición a situaciones y sensaciones temidas	314
Evitar objetos o situaciones concretas que se asocien a ansiedad	317
Evitar situaciones en las que exista miedo a una valoración o juicio por parte de los demás	318
Pensamientos obsesivos distintos al verdadero problema	319
¿Cuándo enfrentarse a las situaciones temidas?	320
Técnica del peor miedo	322
Hipnosis	323
Trabajo de fobia entre partes	324
Conclusiones	325
17. Tratamientos y patologías según el apego	327
Secuenciación del tratamiento	329
Trastornos del eje I (síntomas)	336
Trastornos del eje 2 (personalidad)	340
Conclusiones	346
Bibliografía	348
¿Por qué la gente a la que quiero me hace daño?	359
Serendipity	361