

## Conferencia inaugural

en el VI Congreso Internacional de Psicoterapia Integrativa en Londres, impartida por Mario Salvador en Julio de 2013.

## Publicada en

la Revista electrónica Bonding nº 141, Noviembre 2013, Año IX, ISSN 1989-2101

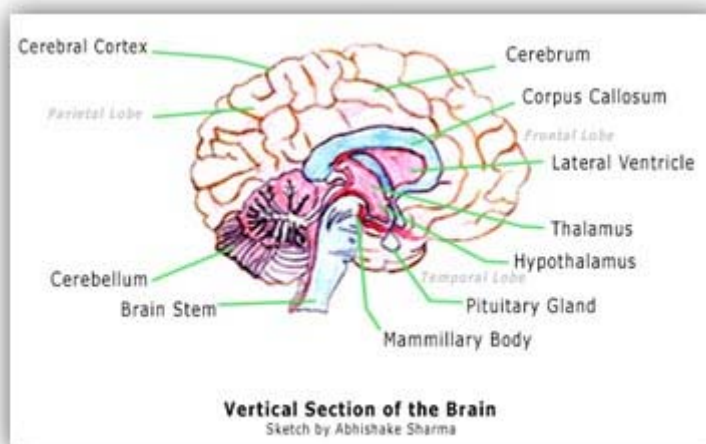
# La sabiduría del cerebro profundo



Elegí el título de esta conferencia con la intención de sensibilizar a los asistentes en cuanto a la relevancia de los procesos primarios y más primitivos en nuestro funcionamiento psicológico y en los fenómenos que son objeto de nuestra observación e intervención en el ámbito de la psicoterapia. A lo largo de mi exposición pretendo extraer conclusiones y extrapolaciones valiosas para la práctica de la psicoterapia.

Para este propósito voy a ir enlazando mi hilo argumental recorriendo un camino que transcurre por:

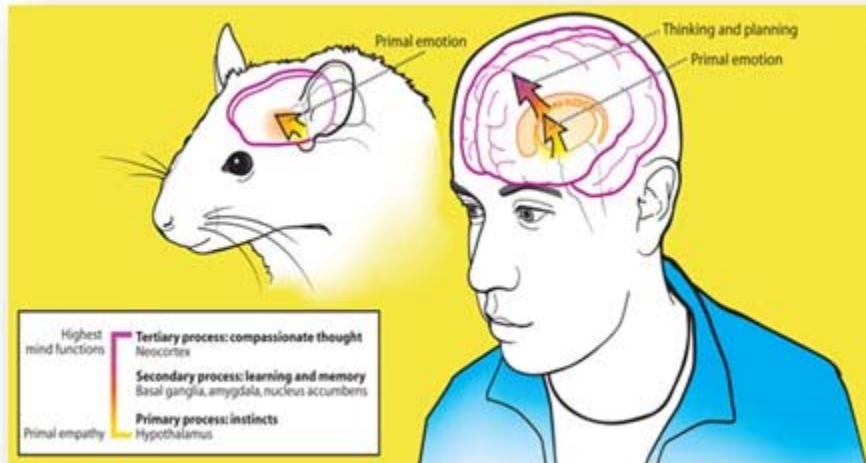
- la arquitectura y maduración jerárquica del cerebro
- la construcción de los esquemas relacionales y el aprendizaje de la regulación emocional y su repercusión en la conformación posterior de la experiencia
- y el impacto de la teoría polivagal en la psicoterapia y sus implicaciones en la relación terapéutica.



Nuestro cerebro es el único órgano de nuestro cuerpo que todavía refleja en sus capas estratificadas el desarrollo filogenético como especie. En una visión ya superada, Paul MacLean hablaba del cerebro triuno (triune brain) para reflejar esta realidad. En la base tenemos el cerebro reptiliano, que se encarga de la gestión de nuestras funciones vitales principales (sueño-vigilia, temperatura, metabolismo, respiración, ...); podemos decir que éste es la *'parte del yo'* en la que reside "la fuerza vital". Por encima tenemos el cerebro límbico –o cerebro mamífero- porque apareció en los mamíferos inferiores, en esencia se ocupa de los fenómenos emocionales, la transformación de las experiencias de vividas a narradas y la regulación del mundo interpersonal; aquí tenemos la amígdala –detector de humo de las amenazas para activar nuestro organismo hacia la defensa-, el hipocampo, gestor de las memorias narrativas y encargado de asignar nuestra experiencia a un contexto, y el córtex orbitofrontal, la gran central de **integración de información** procedente del mundo externo y el mundo interno, de lo que pasa en el mundo social de nuestras relaciones y de nuestra capacidad de meta-reflexión: la capacidad de la mente de observarse a sí misma (mindfulness). Por último, en la capa superior tenemos el neocórtex o cerebro neo-mamífero, en el que se realizan las funciones superiores del pensamiento, lenguaje, toma de decisiones, ...

A los efectos de esta conferencia, nos importa saber que nuestro cerebro madura jerárquicamente y dependiendo de las experiencias que tiene. Y sabemos que atraviesa 'períodos críticos' en los que ha de aprender las habilidades propias que corresponden a ese período evolutivo. Las destrezas de nivel superior en la jerarquía se asientan sobre lo construido en las capas subcorticales inferiores; y éstas moldean continuamente nuestra experiencia consciente.

El neuropsicólogo Jaak Panksepp, en su libro *Affective Neuroscience*, habla de '**sistemas de acción**' para la vida imbricados en circuitos neurobiológicos específicos que controlan la ejecución de emociones particulares. Estos circuitos neurobiológicos básicos están genéticamente predeterminados y diseñados para responder de forma incondicionada a los estímulos que poseen alguna significación importante para el organismo. Tienen como objetivo producir secuencias conductuales bien organizadas. Los sistemas emocionales son muy "sensatos" ya que proporcionan un sustrato neural para varios tipos de coherencia orgánica. También hacen de los animales "agentes activos" en el mundo, por oposición a simplemente "procesadores de información" conductistas.



1Illustration by Elisabeth Roen Kelly

El “sentido” evolutivo de tener sentimientos afectivos brutos (que Panksepp denomina *de proceso-primario*) es que identifican “incondicionadamente” amenazas primarias específicas a la supervivencia, y estos estados cerebrales pueden también usarse como elementos de información para procesos mentales superiores de aprendizaje. En las personas sometidas a una historia de trauma acumulativo crónico y amenazador de la vida, estos sistemas pueden no llegar a integrarse en una respuesta organizada y secuenciada de supervivencia y pueden quedar fragmentados como ‘partes’ disociadas que se activan ante la amenaza con un sentido propio del yo; así podemos encontrarnos con una parte que contiene la vivencia del miedo, la parálisis, la rabia de ataque, el llanto de apego, ...

Uno de los primeros sistemas de acción es el implicado en la búsqueda de relación para obtener cuidados. El período crítico para la consolidación de este ‘sistema de acción’ se da entre 0 y 1,5 años (Schoore, 1994) e implica el aprendizaje de la regulación emocional y de los estados internos a través del vínculo interpersonal. Estos esquemas relacionales quedan grabados en los estratos inferiores de nuestro cerebro (área orbitofrontal y hemisferio derecho) como memorias procedimentales, aquellas formas de recordar de las que no somos conscientes y registradas en nuestra corporalidad. En otras palabras, en este período crítico se consolidan los ‘esquemas de estar en relación’ (“modelos internos de trabajo” de Bowlby) y la capacidad para regularse emocionalmente: calmarse. Estos aprendizajes básicos quedan como huellas experienciales somatosensoriales que impregnarán y condicionarán nuestros modos de estar en el mundo en adelante; y lo harán **de una manera automática, sin nuestra participación consciente en la decisión.**

Soon, Braas, and Haynes (2008) en su investigación ponen en evidencia como nuestra realidad inconsciente y visceral responde a la realidad milisegundos antes que nuestro proceso consciente, e impregna nuestra vivencia de la realidad. En su investigación demuestra como las decisiones que creemos tomadas conscientemente han sido ya decididas 7 segundos antes en nuestras capas profundas del inconsciente.

El niño pequeño, como criatura subcortical, no tiene capacidad para regular sus estados internos. Es la '**madre suficientemente buena**', en términos de Winnicott (1964), la que regula los estados internos del niño, lo hace interviniendo en sus sensaciones físicas y en la calidad del contacto interpersonal. La regulación emocional se aprende a través del apego. Entonces, la madre funciona inicialmente como un "Cortex auxiliar" que identifica y responde a las necesidades del niño, calmándolas e interviniendo en su bienestar (homeostasis). Así que, como afirma Schore (1994), la regulación de los estados internos comienza como una '*Regulación Biológica Interactiva*' para llegar a convertirse en una '*Autorregulación Biológica Autónoma*'. En otras palabras, cuando el niño ha sido bien cuidado y respondido en una relación de contacto pleno y sintonía con su mundo interno, aprende a 'cuidarse a sí mismo', porque ha internalizado al otro como un objeto constante y proveedor de buenos cuidados. Cuando no ha sido así, la persona mostrará el legado en su dificultad para calmarse o experimentándose sobrepasado por sus emociones. La regulación emocional es una de las capacidades más directamente correlacionadas con el funcionamiento adaptativo y la salud de un ser humano.

Los pacientes con los que trabajamos se caracterizan porque han tenido crianzas deficitarias que han infringido a veces graves daños y/o carencias en las estructuras neurobiológicas necesarias para nuestra maduración en estos períodos críticos del desarrollo, dejando lesiones persistentes en su manera de manejar la experiencia. El trauma grave temprano deja un legado y una huella que afecta a la maduración del organismo. Estas personas han tenido que desconectar o ignorar sus señales internas informadoras y reguladoras de sus necesidades. Y esto causa un **daño en el concepto nuclear y corporal del sí mismo. No han podido consolidar un 'sentido sentido de merecer amor'**.

Es objetivo de una psicoterapia integrativa-relacional profunda restaurar el sentido dañado del self y ayudar al paciente a recuperar un sentido digno y propio de su ser. Para ello hemos de mirar el sustrato experiencial que reside en estas capas subcorticales: sus recuerdos somatosensoriales.

Autores del ámbito de la neurociencia tales como Antonio Damasio, Jaak Panksepp, Louis Cozzolino, Daniel Siegel, Allan Schore y Stephen Porges, entre otros, resaltan la importancia de la maduración jerárquica de nuestro cerebro y de cómo los fenómenos psicológicos se fundamentan en estructuras neurobiológicas más antiguas que vienen programadas en nuestro nacimiento –reflejos e instintos– y que representan una '**sabiduría inconsciente pero indispensable para gobernar la vida**'. Es esta sabiduría inconsciente la que siempre está en la base de todo nuestro funcionamiento y la que sustenta el 'sentido sentido' del yo, que Damasio llama el 'proto-sí-mismo' y Stern 'yo nuclear'.

Citando a Damasio:

*"... el conocimiento oculto de la gestión de la vida precede a la experiencia de ser consciente de cualquier conocimiento de esta índole. Asimismo afirmo que el conocimiento oculto es bastante sofisticado y no debería ser considerado*

*primitivo. La complejidad de este conocimiento es enorme y su aparente inteligencia notable”*

*“Si bien al hacer este planteamiento no degrado la posición que ocupa la consciencia, en cambio, sí que doy un mayor valor a la gestión no consciente de la vida, al tiempo que sugiero que constituye el plano de organización que estructura las actitudes e intenciones que hallamos en la mente consciente” (p 69)*

*Antonio Damasio. El cerebro creó al hombre (2010)*

En conclusión, el funcionamiento de lo superior depende de la buena consolidación de lo inferior.

Las huellas profundas y tempranas de nuestra historia todavía son visibles a los ojos del terapeuta en la manifestación de las conductas procedimentales (por ejemplo, los esquemas de estar en relación con el otro, las reacciones de supervivencia ante la percepción de una amenaza: el paciente que evita el contacto visual con el terapeuta porque teme ver el juicio en sus ojos, ...) y las memorias implícitas.

Empleando palabras de Panksepp, *“aún existen mentes antiguas dentro de nuestras mentes humanas modernas, y no entenderemos nuestros procesos mentales superiores a menos que encaremos seriamente las soluciones neurales más tempranas que aún influyen en el complejo aparato mental de los mamíferos altamente encefalizados”*.

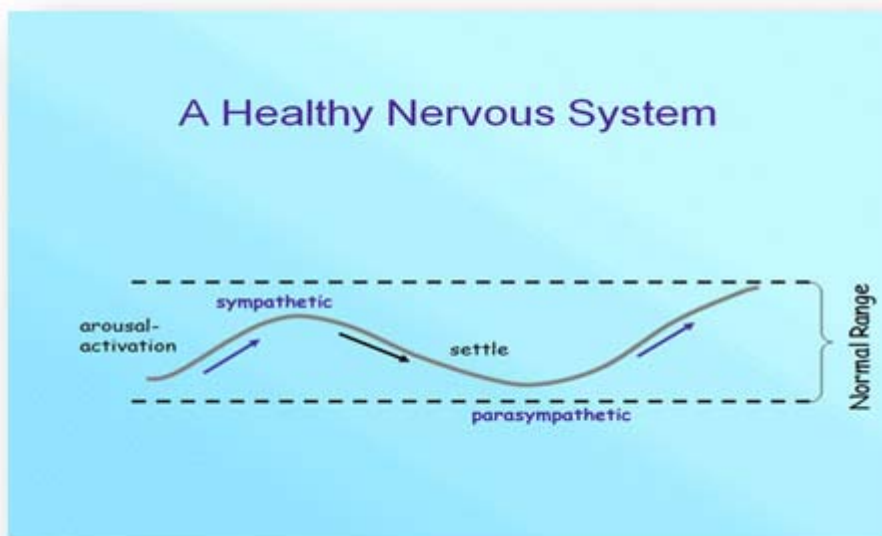
El mismo Jaak Panksepp afirma que las capacidades cognitivas superiores no tienen “vida propia”. Todo lo que está en el piso de arriba sigue ligado a las muchas redes emocionales de las regiones inferiores del ‘CerebroMente’. **Estos sistemas subcorticales pueden tener “vida propia”**, es decir, nuestros afectos ancestrales pueden controlar y regular nuestros procesos cognitivos superiores.

Sostengo que toda la historia de cada individuo humano está esencialmente grabada en su corporalidad, y por ende en las regiones cerebrales que realizan los mapas del estado del cuerpo. El cuerpo es la ‘**caja negra**’ que emplean los aviones que lleva la cuenta de nuestra historia.

Las capas ocultas de nuestro procesamiento neuronal pre-digieren y organizan nuestra experiencia antes de que emerja a nuestra consciencia. Y la mayor parte de la **psicoterapia** se dedica a detectar, comprender y corregir el contenido y la organización de estas capas ocultas, nuestros esquemas implícitos y procedimentales de estar en relación con otro ser humano. Tenemos ventanas para acceder al contenido dañado de estas capas profundas a través de la observación de la manifestaciones fisiológicas de supervivencia, las reacciones físicas sutiles, las conclusiones y decisiones de guión y la manera de estar en contacto interpersonal e intrapersonal del paciente.

Es prestando atención a nuestra narrativa y experiencia corporal que accederemos a nuestra historia procedimental e implícita. Y esto implica ayudar al paciente a acceder a un profundo contacto interno con su corporalidad.

El cerebro es un órgano sofisticado de integración de nuestra experiencia y esta capacidad de integración es posible cuando nos vamos enfrentando a retos y tareas de aprendizaje evolutivas adecuadas a nuestras capacidades y nivel de maduración, lo que Winnicot llamó '*desilusión óptima*'. Cuando crecemos en ambientes estables y seguros nuestro sistema psicobiológico madura, se restaura y se sana. **El sistema tiene capacidad para la autocuración** y el cerebro es el encargado de su gestión; el sistema inmune es sólo un ejemplo de nuestra capacidad para curarnos.



2 Adaptado de Ogden & Minton, 2000

El terapeuta hace en el setting terapéutico el papel de regulador biológico interactivo, usando los términos de Schore, a través de la relación terapéutica en sintonía. Hace el papel de córtex auxiliar externo ayudando a identificar, sostener y regular el mundo interno del paciente a través de la implicación interpersonal. De esta manera, el cerebro puede enfrentarse a los nuevos retos de aprendizaje y asimilar lo nuevo acomodándolo en sus esquemas previos, esto es madurando y haciéndose resiliente.

Un modelo neurobiológico muy útil para la psicoterapia es **la teoría polivagal** de Stephen Porges. Su investigación sobre el nervio vago demuestra como éste fue también evolucionando jerárquicamente a lo largo de nuestra evolución filogenética.

El vago nace del tronco del encéfalo y transcurre fuera de la columna vertebral; está implicado en la regulación de nuestro sistema nervioso autónomo (SNA): en la regulación de nuestros estados emocionales y las respuestas de supervivencia y la salud.

Tradicionalmente se manejó el concepto de que nuestro SNA se componía de una rama de activación simpática: aquella que dispara nuestro sistema de supervivencia (lucha-huida ante la amenaza) y un sistema de activación parasimpática, aquel implicado en los procesos de restauración de la energía, la curación y el crecimiento. Estas dos ramas se alternan y se inhiben una a la otra, es decir, cuando una está activa,

la otra se inactiva. Pero en casos extremos de amenaza para la vida, en situaciones en las que el organismo no puede escapar y luchar, la defensa activa se convierte en sí misma en un peligro debido a que el agresor hará más daño; entonces sobrevivimos activando nuestro sistema de defensa pasivo: la rendición y la congelación. Este sistema está biológicamente determinado para evitar que el depredador siga atacando y para evitar el dolor, lo observamos en todos los mamíferos y también en los invertebrados.

En la congelación, el organismo entra en un estado de inmovilidad tónica y 'muerte fingida' que implica la disociación como mecanismo de supervivencia extraordinario. **Cuando el cuerpo no puede escapar, la mente busca como no estar en la realidad**, funcionando como si no hubiese ocurrido, no sintiendo o 'no estando'. Los niños en sus primeros dos años de desarrollo tienden a emplear este mecanismo disociativo cuando viven entre cuidadores negligentes, agresores y violentos; condicionando en el futuro su sistema neurológico a reaccionar ante la amenaza 'desconectándose', así pueden paralizar su biología y 'tratar de pasar desapercibidos.

En el abuso traumático, el individuo se disocia no sólo del mundo externo, del procesamiento de los estímulos externos asociados con el terror, sino también del mundo interior, de los estímulos dolorosos originados dentro del cuerpo. Aquí conectamos con los mecanismos de interrupción del contacto que observaremos en la relación terapéutica y a los que hemos de dar reconocimiento, validación y normalización a través de nuestra implicación y observación atenta.

En su investigación Porges afirma que el sistema de congelación-disociación –que él denomina parasimpático de inmovilización- es un sistema primitivo de supervivencia heredado de los reptiles y que se activa en estas situaciones de amenaza para la vida en las que han fracasado los otros dos sistemas (el de protección social y el de la defensa de movilización: lucha-huida). La congelación implica la activación de la rama dorso-vagal del vago.

Este estado es altamente efectivo en los reptiles, que pueden estar largo tiempo inmovilizados, pero no en los mamíferos, cuyo cerebro requiere grandes aportes de oxígeno para seguir vivo y funcionando; así, la prolongación en este estado implica graves riesgos para la vida y la salud en los humanos.

Las personas que han estado expuestas a trauma crónico amenazador para sus vidas desde temprano en su existencia han aprendido a sobrevivir muchas veces paralizándose, congelándose y disociándose. En estas, **el 'trauma queda encapsulado en el cuerpo en forma de desregulación corporal y memorias somáticas'**. Por ello, son propensas a padecer enfermedades psicosomáticas tales como las enfermedades autoinmunes, las que afectan al funcionamiento del sistema visceral y digestivo, enfermedades cardiocirculatorias, etc.

Siguiendo el modelo jerárquico de activación, primero nos regulamos a través del contacto social (rama ventral del vago, desarrollada en los mamíferos), esto es, buscamos la protección y la seguridad que nos ofrece la figura de dependencia. Si esto falla, tratamos de protegernos a través de la activación del sistema nervioso simpático

–basado en la lucha-huida. Si todo lo anterior es inefectivo, activamos el sistema más antiguo y primitivo –la respuesta de congelación-. Ayudar a los pacientes a subir esta escalera es de capital importancia en la terapia. Implica traerlos a la relación para experimentar al otro como presente y reasegurador; esto impulsa la conexión e interés con el entorno.

La valiosa investigación de Porges demuestra como a medida que los mamíferos evolucionaron, ocurrió algo especial en el vago. Los mamíferos desarrollaron un nuevo vago (que él denomina parasimpático movilizado o social) que atenúa o calma el simpático y los circuitos adrenales para hacerlos capaces de involucrarse socialmente y optimizar los recursos metabólicos que les permiten emplear capacidades cerebrales más sofisticadas. Así que los mamíferos calmamos nuestros estados de alerta en la interacción social.

En la implicación social se reducen las demandas metabólicas y se facilita la salud, el crecimiento y la curación. Lo relevante para la vida y la intervención en la psicoterapia es que los mamíferos requerimos oportunidades de interactuar recíprocamente para regular los estados fisiológicos de cada uno de los implicados. En esencia, **creamos relaciones para sentirnos seguros y mantener la salud facilitando la regulación de nuestra energía**. Esta es la necesidad relacional más importante y siempre presente. En la relación terapéutica hemos de construir continuamente esta seguridad para que el paciente vuelva a la relación interpersonal para re-formar su mundo interno.

Otra curiosidad es que el área del tallo cerebral que regula las fibras del nuevo vago (rama ventral) está unida a las áreas del cerebro que controlan los músculos estriados de la cara. Esta área del tallo cerebral controla nuestra habilidad para escuchar a través de los músculos del oído medio, nuestra habilidad para articular a través de los músculos laríngeos-faríngeos, y nuestra habilidad de expresión facial. Si se nos habla con una entonación calmante (aspectos prosódicos de la voz) o si mostramos expresiones faciales calmantes, esta información va al nervio vago. Por eso las madres tienen ese modo especial de hablar a los bebés denominado ‘motherese’.

**Cuando escuchamos la entonación estamos leyendo el estado fisiológico de la otra persona.**

Si el estado fisiológico es de calma, nos calmamos. En los mamíferos, mucho antes de tener sintaxis o lenguaje, había vocalizaciones y estas son importantes componentes de las interacciones sociales. Las vocalizaciones transmiten a los miembros de la especie si podemos sentirnos seguros cerca de ese individuo.

En contextos no amenazantes el sistema de conexión social regula el sistema nervioso simpático, facilita la implicación e interés hacia el entorno y nos ayuda a formar vínculos afectivos positivos y lazos sociales. Incluso bajo condiciones de amenaza, la persona bien adaptada puede utilizar el sistema de conexión social, por ejemplo, para tratar de razonar con un posible atacante.



**ASÍ, PODEMOS DECIR QUE LAS RESPUESTAS CUERPO-MENTE DURANTE LAS INTERACCIONES RECÍPROCAS NO SON CORRELACIONES, SON LO MISMO VISTO DESDE DIFERENTES PERSPECTIVAS.**

La conclusión es que hemos de proveer y crear seguridad en el setting y la relación terapéutica para que las respuestas defensivas de supervivencia puedan aflojarse e involucrar el sistema de interacción social en la regulación de los estados internos.

***NO ES SOLO QUE NO PODAMOS SER CREATIVOS O AMOROSOS CUANDO ESTAMOS ASUSTADOS, NO PODEMOS CURARNOS.***

La Teoría Polivagal enfatiza los aspectos fisiológicos de la interacción recíproca, y documenta que los caminos neuronales del apoyo social y la conducta social son compartidos con **los caminos neuronales que apoyan la salud, el crecimiento y la curación.**

El mensaje principal es que necesitamos comprender que el sistema nervioso humano, al igual que el de otras especies mamíferas, está orientado a la búsqueda de seguridad, y empleamos a los otros para sentirnos seguros.

Otro asunto importante es comprender que **los estados o circuitos fisiológicos no se seleccionan voluntariamente.** Nuestro sistema nervioso está evaluando esto a un nivel inconsciente. Stephen Porges emplea el término **neurocepción** *para reconocer que nuestro sistema nervioso, sin consciencia, está evaluando las características de riesgo del ambiente.* Es una percepción neural. Nuestro cuerpo funciona como un polígrafo, está respondiendo y evaluando continuamente a personas y lugares.

Así que el vago no es sólo un nervio motor que va del cerebro a las vísceras, es también un nervio sensorial que va de las vísceras al cerebro. **Aquí tenemos la conexión cuerpo-mente.**

En la seguridad se activa el sistema de involucración social. El terapeuta al responder con una expresión facial y entonación positiva, está estimulando el sistema de implicación social. Pensemos pues en la importancia que tiene para nuestros pacientes nuestro propio estado de bienestar. No podremos generar seguridad si nuestro propio sistema está preocupado.

Otra conclusión relevante, la cara no es únicamente una máscara, en realidad es la manifestación de un sistema neurofisiológico en extremo complejo que evoluciona y que por cierto se conecta de forma directa con la regulación neurológica de nuestras vísceras.

En la **psicoterapia integrativa-relacional** buscamos el crear una relación de contacto pleno continuo en sintonía con los procesos intrapsíquicos del paciente. Es de esta manera que a través de la indagación respetuosa y ofreciendo una presencia terapéutica de profunda implicación ayudamos al paciente a volver a la relación, creamos un contexto seguro y, de esta manera, facilitamos la disolución de las defensas de forma que el sistema ya no necesita estar alerta hacia el daño que anticipa procedente del entorno. De esta manera, el paciente puede acceder a explorar su

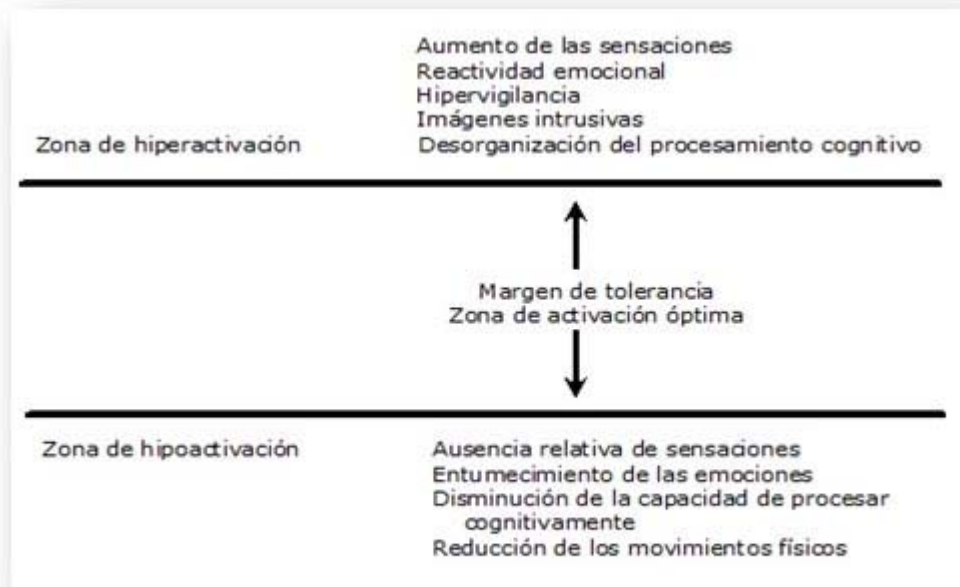
mundo interno antes evitado o negado. En otras palabras, a través del contacto interpersonal seguro y sintonizado facilitamos el acceso al contacto interno, **facilitamos que el sistema de auto-curación y la integración de la experiencia puedan tener lugar.**

Con una actitud presente el terapeuta se coloca como apoyo y sostén de la experiencia del paciente, mostrando interés, compasión amorosa y ausencia de planes ocultos – otros que un interés genuino en la experiencia del paciente en sí misma- o preconcepciones sobre lo que es la experiencia del paciente. Observando la experiencia tal cual es, permitimos que ésta aflore y que lo que estaba retenido o disociado pueda emerger para ser asociado e integrado. Así la terapia se convierte en un proceso de ayuda a que el paciente autodefina su experiencia de una manera nueva, esto conlleva una **'reconsolidación'** de los esquemas procedimentales e implícitos: que se 'asienten' de una manera nueva y adaptativa.

Yo digo a mis alumnos y supervisados **'No queráis nada de vuestros pacientes'**. Con este principio pretendo conformar la actitud de presenciar lo que es el otro tal como es. Así podemos 'llamar y despertar' la experiencia del paciente, asistirle y apoyarle en su camino de reconexión.

### **EL PROPIO PACIENTE ESTÁ PRESENTE EN SU PROPIA EXPERIENCIA PARA REASIGNAR Y RECONSOLIDAR UN NUEVO SIGNIFICADO.**

Los pacientes con trastornos de estrés postraumático complejo (trauma acumulativo) mantienen sus estados neurobiológicos en un estado crónico de hiperalerta (correspondiente a la activación simpática) o viven en períodos de disociación prolongados (parasimpático inmovilizado). Como he dicho, esto conlleva el que viven en un estado de desorganización psicobiológica crónica y se ven expuestos a la intrusión de síntomas que les llevan a sentir una falta de control en sus vidas y estados internos. Cuando se vive la experiencia de un fracaso crónico del sistema de conexión social de cara a gestionar la seguridad y la protección, como suele ser el caso de los traumas infantiles crónicos, el sistema habitualmente "se apaga". Sin la modulación que suponen los "frenos" que proporciona el sistema de conexión social, el sistema nervioso simpático o el sistema vagal dorsal permanecen altamente activados, provocando que la activación fisiológica exceda el margen de tolerancia. Con los pacientes que presentan estos estados de desorganización el terapeuta ha de realizar varias tareas importantes para ayudar al sistema psicobiológico desorganizado.



En estos pacientes el sistema de supervivencia vive como si estuviese ante la situación de amenaza vital permanente. Alternan entre estados de **hiperactivación (hiperarousal)**, produciendo síntomas de reactividad emocional, imágenes intrusivas, pensamiento obsesivo, temblor, desenraizamiento; y **después pueden entrar en estados de hipoactivación (hipoarousal: disociación-congelación)**, que se manifestará en síntomas de afecto plano, dificultad para pensar y concentrarse, entumecimiento (numbing), colapso,... Alternan pues entre estados de mucha actividad y desorganización bioquímica y estados de anestesia emocional. Cuando la estimulación interna está fuera del rango de tolerancia del cerebro, éste no puede procesar debido a que el exceso de cortisol inhibe el funcionamiento del hipocampo, que, como antes señalé, es el área del cerebro límbico implicado en la simbolización y contextualización de la experiencia. La conclusión es que en este estado de alteración bioquímica no es posible la integración. El terapeuta aquí ha de:

a) **Ayudar al paciente a mantenerse conectado a la relación terapéutica y, por tanto, al contexto presente:** proporcionar contención, sostén y acompañamiento. El sistema de involucración social favorece estados generales más tranquilos y flexiblemente adaptativos (Porges, 2004, 2005) y en razón de ello contribuye a que la activación fisiológica se mantenga dentro del margen de tolerancia.

b) **Actuar como un 'córtex auxiliar externo'** que ayude a modular y regular la intensidad de la experiencia, ya que estos pacientes carecen de habilidades regulatorias emocionales. Esto es, modular que cantidad de material traumático puede manejar el paciente y ayudar a regular la intensidad del dolor; no ir demasiado rápido. El objetivo es que el paciente mantenga la intensidad de su experiencia dentro de la 'ventana de tolerancia' para que sea posible la integración.

c) Ayudar a reestablecer los mecanismos que facilitan la integración de la experiencia, lo que P. Janet llama '**presentificación**': mantener la consciencia de que hoy en el

presente está recordando algo que ya pasó, y la '**personificación**': sentirse autores y presentes en la propia experiencia.

En este proceso, el terapeuta ayuda al paciente a mantenerse en contacto con su experiencia desde el Adulto o el '**Observador interno**', facilitando la co-construcción de una nueva narrativa, la reasignación de nuevos significados y la reconsolidación de los esquemas de memoria implícitos de una manera adaptativa.

En otras palabras, AYUDAMOS AL PACIENTE A RECONECTARSE CON SU **SABIDURÍA PROFUNDA**, A REENCONTRAR EL SIGNIFICADO NATURAL DE SUS PROCESOS PRIMARIOS (Panksepp) Y MODIFICAR LA CONFORMACION DE SU SISTEMA DE SUPERVIVENCIA.

La presencia y el ofrecimiento de una relación compasiva, apoyadora y segura contribuye pues a crear un "**espacio o burbuja curativa**", en la que ayudamos al sistema del paciente a aflojar las defensas y reacciones de supervivencia hacia la amenaza del mundo exterior para que pueda orientarse hacia sí mismo (contacto interno). **Proveemos las circunstancias para que el cerebro se mantenga en un estado de involucración social. Aquí es donde puede haber curación y crecimiento.**

Desde una perspectiva neurológica, cuando ayudamos al paciente a 'estar y observar' su experiencia, éste activa el área del córtex prefrontal, que es un área de integración de las bias sensoriales, corporales, interpersonales, autorregulatorias y donde reside la capacidad de la mente de observarse a sí misma. Hablamos de **mindfulness (consciencia plena)**, de la meta-reflexión sobre la propia experiencia. En mindfulness creamos la experiencia de '*estar hoy en el presente y observando algo que viene de la historia*'. Un '*Yo Observador*' que observa los procesos internos con aceptación, amor, apertura a lo que venga tal y como venga, y con curiosidad; sin expectativas y sin rechazo al '*Yo Experiencia*'. Implica la "*presencia del paciente*" en su propia experiencia. En este 'estar presente en la propia experiencia' se contraviene la disociación y se promueve la 'asociación'.



En palabras de Siegel:

*"Nuestro 'yo vivido' resuena de un modo directo y claro con nuestro 'yo despierto', por lo que nos sentimos sentidos por nuestra propia mente"* (Siegel, pg. 91).

La finalidad es facilitar que el paciente abrace y acoja sus experiencias internas **tal y como son** para "escuchar sin juicio" el mensaje largamente retenido. Con ello facilitamos lo que defino como **'neuroprocesamiento'**: observar y conocer la experiencia que fue interrumpida y organizada para sobrevivir de manera que ahora pueda expresar su significado pleno, pueda completarse para acabarse y reconsolidarse con un nuevo significado. Esto es **confiar en la sabiduría de nuestro cerebro profundo y subcortical**.

Como conclusión final quiero resaltar que el cerebro humano está programado para integrar las experiencias y curarse a sí mismo, solamente necesita un ambiente que module y dosifique qué tipo de vivencias está maduro para ir manejando y digiriendo, y, al mismo tiempo, facilite los elementos nutrientes requeridos del entorno (un vínculo seguro, apoyador y estimulante, a veces nuevas informaciones,...). Adoptando a Winnicott, hablaríamos de un *'terapeuta suficientemente bueno'* que ayude a modular y a conformar la experiencia para re-coonstruir la historia.

Acabo con lo que para mí es la aspiración como psicoterapeuta empleando un párrafo del Tao Te Ching. En él condenso la actitud de la presencia que crea 'la burbuja curativa' y de como haciendo menos podemos ayudar más.

*"El sabio controla sin autoridad,*

*Y enseña sin palabras;*

*Él deja que todas las cosas asciendan y caigan,*

*Nutre, pero no interfiere,*

*Da sin pedirle,*

*Y está satisfecho.*

*Alcanza un estado de inacción*

*Tal que sin hacer nada, nada queda sin hacer”.*

## **Tao Te Ching**

MUCHAS GRACIAS!

### **Bibliography**

Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Pantheon

Ogden, P & Minton, K (2001) Sensorimotor Processing for Trauma Recovery. *Psychotherapy in Australia*, Vol 7, No 3: 42-46

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.

Porges S. W. (2001) The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology* 42, 123-146

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Schore, A. N. (2000). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.

SOON, CH. S. – BRAAS, M. – HAYNES, J-D., «Unconscious determinants of free decisions in the human brain»: *Nature Neuroscience* 11 (2008) 543-545.

Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: an infant communicating. In U. Neisser (Ed.), *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* ( pp. 121-173). New York: Cambridge University Press.

Winnicott, D. W. (1964) *The Child the Family and the Outside World* (London: Pelican Books