

REFLEXIONES SOBRE LA PSICOTERAPIA COMO “IR DE PESCA”: Una aproximación al neuroprocesamiento

Mario C Salvador¹

*“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

Pesca y psicoterapia

El propósito de este artículo es elaborar una serie de reflexiones sobre mi manera de concebir una psicoterapia profunda y re-estructurante del sentido del yo de nuestros clientes, una psicoterapia que realmente ayude a integrar el yo del paciente desde su raíz más profunda asentada en la corporalidad. Pretendo en él poner en palabras una serie de ideas que he ido madurando en mis últimos años de enseñanza y formación de terapeutas y que condensan una integración de experiencias y aprendizajes a lo largo de mi vida profesional.

He titulado este artículo Reflexiones sobre la Psicoterapia como “Ir de Pesca” porque veo una analogía en la actitud del pescador cuando está pescando y la actitud del terapeuta que facilita el proceso de la curación más profunda. El buen pescador sólo observa la superficie del agua, y no ve ni sabe a ciencia cierta lo que hay debajo, pero mantiene una actitud y presencia atenta, flotante, a cualquier señal o indicio que pueda ser significativo de la existencia de algún movimiento acerca del pez. Mantiene una atención flotante a todo, pero a la vez sostenida y dirigida en relación con la acción de pescar; no ve los peces pero sabe que están debajo y cómo pescarlos. Cuando observa algo, está presto a hacer un pequeño tirón del hilo o de la caña para tratar de pescar su presa; a veces esto tiene éxito y saca un buen pez, otras muchas es simplemente un intento fallido en sí, o simplemente enganchó un pez que durante la salida se suelta y vuelve libre al agua. El buen pescador mantiene su observación atenta con paciencia y quietud, sabe esperar porque sabe que las piezas están debajo y que si espera y emplea su saber técnico tarde o temprano podrá salir. Y los más expertos sacarán más piezas que los noveles porque saben ver y saben cuando dar el tirón de manera más acertada y menos arbitraria que los noveles.

¹ Psicoterapeuta Integrativo Docente y Supervisor por la IIPA, Analista Transaccional Docente y Supervisor (Prov.) por la EATA, Brainspotting Trainer y Supervisor, Clínico y Supervisor en EMDR. Copias a msalvador@aleces.com

Al igual que el buen pescador, el buen terapeuta mantiene una presencia atenta y flotante ante toda la narrativa verbal y no verbal que relata el paciente (la superficie del agua); selecciona sabiamente cuando ha de señalar algo que resulta significativo y cuando dejar seguir la narración. Mantiene su presencia con la actitud de *“la mente del principiante”*; la mente del principiante, tal como es descrita por el maestro Zen Shunru Suzuki Roshi (1970), no es la mente del ignorante sino la de alguien que es capaz de observar más cosas y ver más detalles porque no está limitado a observar la realidad en función sus ideas preconcebidas de lo que tiene que ser la realidad; es por ello que puede ver más aspectos de la realidad, porque es consciente de que sus mapas sobre la realidad no son la realidad misma, y por ello también está dispuesto a aceptar lo que venga tal y como venga, sin influirlo o distorsionarlo por sus preconcepciones o por sus modelos psicológicos teóricos. Actúa aceptando el PRINCIPIO DE INCERTIDUMBRE, sabe que la mente consciente no puede ser conocedora de toda la vasta realidad que está depositada en la mente inconsciente, en las memorias implícitas y procedimentales del cerebro subcortical, en la sabiduría profunda del cuerpo, que funciona como la *“Caja negra”* que registra toda la historia de la persona desde el momento mismo de su concepción. El cuerpo **lleva la cuenta de nuestra historia** personal grabada en su memoria celular, bioquímica y neuronal; es la base de la realidad vivida misma y contiene la esencia nuclear del sentido profundo del yo. A este sentido nuclear del yo Damasio (2010) lo denomina el *“proto sí mismo”*. El mismo dice: *“las estructuras cerebrales del proto sí mismo no tratan meramente del cuerpo, sino que se hallan literal e inextricablemente vinculadas al cuerpo. ... el cuerpo y el cerebro se adhieren. A causa de esta configuración, las estructuras del proto sí mismo tienen una relación directa y privilegiada con el cuerpo. ... a la luz de estos hechos, es mejor imaginar el cuerpo como la roca sobre la que se levanta el proto sí mismo, en tanto que el proto sí mismo es el eje central alrededor del cual gira la mente consciente (pg. 45)”*.

Todo fenómeno psicológico, tal como las emociones, sentimientos, fantasías, pensamientos e incluso acciones e intuiciones, surgen de la vivencia y experiencia corporal; ésta reacciona de manera muy rápida ante situaciones que puedan recordar esquemas o patrones de vivencias pasadas. Podemos decir que nuestras células tienen su propia forma de recordar, refleja e inconsciente: *“los circuitos cerebrales imitan las voluntades celulares veladas”* (Damasio, pg. 73). Así pues, el buen terapeuta *“escucha”* en su observación flotante como las narrativas conscientes e inconscientes activan las memorias y esquemas nucleares que están bajo la superficie de la consciencia, en la base de nuestra identidad corporal (todo lo que está bajo la superficie del agua). Es así, al igual que el pescador, que está esperando con paciencia cuándo es el momento de señalar un gesto (un hombro que se eleva crónica y significativamente), una reacción fisiológica (enrojecimiento de la piel), una reacción emocional (los ojos que empiezan a humedecerse), una frase significativa relativa a un esquema histórico (*“siempre me sentí fuera de lugar”*, *“no sirve de nada llorar”*) o simplemente observar todo un esquema que refleja la experiencia actual (iré a esto más adelante).

Esquemas nucleares y procesos estancados

El terapeuta eficaz y profundo está atento a captar el asunto profundo para ayudar al paciente a acceder al “*núcleo organizador de la experiencia*”: la experiencia o experiencias originales que conformaron el esquema o patrón de la vivencia y que configuró la red neuronal organizadora de la experiencia, que en adelante funciona como filtro activo para percibir realidades similares (Eric Berne lo llamaba “el protocolo”).

El terapeuta ha de ser el pescador de esquemas organizadores primarios, sabe qué ha de observar y cómo ha de hacer para hacer emerger el patrón organizador. El cerebro es el mecanismo por el que circula la información (Siegel, 2007), el órgano escaneador de los estados del cuerpo que realiza los mapas representacionales de la experiencia corporal para tratar de organizarla en sistemas integrados de datos experienciales (sensaciones somáticas, estados bioquímicos, reacciones fisiológicas, acciones reflejas y voluntarias, reacciones asociadas del entorno y, posteriormente en el desarrollo, estados de necesidad, emociones, sensaciones, pensamientos, fantasías). Podemos decir que el cerebro es un órgano de predicción de la realidad, tratando de anticipar qué puede esperar en una situación dada (estado interno y contexto externo). Estas predicciones se basan en la frecuencia con la que se ha vivido una experiencia, o bien, incluso en una experiencia única si ésta ha sido intensa y crítica. Esta es otra forma de hablar de la memoria, se activarán más a menudo aquellas redes neuronales o esquemas que han sido activados con mayor frecuencia. Y claro, como el ser humano es una de las criaturas que ha tenido que vivir durante un tiempo más prolongado en situaciones en las que están implicados los mismos cuidadores, las reacciones esperadas de éstos ocurren con mayor frecuencia y con mayor previsibilidad.

Quizás será más claro ilustrándolo con un ejemplo. Un bebé con padres negligentes llora y llora como manifestación refleja de un estado de malestar. Cuando los padres no responden consistentemente bien (no acuden porque ignoran el significado del llanto, responden con irritación o violencia, etc.), este bebé aprende somáticamente que su llanto “no sirve para nada”, o que incluso es peligroso si los cuidadores acuden con irritación o violencia (es el caso en el que los modos de defensa activa se convierten en más peligrosos que defensivos). Y aprende a inhibir su llanto o bien a entrar en estados de fatiga física y emocional después de llorar hasta el agotamiento, abandonando la llamada activa y retirándose para adormecerse (recuperar energía) o en casos extremos se resigna a morir (defensa pasiva). Michael Blint (1968) acuñó el término “*falta básica*” para describir la experiencia fundamental que tienen muchas personas de que existe alguna carencia o algún error en ellas. Según él, esta falta básica surge de la experiencia de disrupción del estado arcaico de lo que denominó “*relación primaria de objeto*” o “*amor primario*”. La falta básica es, por tanto, la experiencia de confusión o discrepancia entre las necesidades de una persona en particular y la capacidad de las personas del entorno para satisfacerlas. Ante las situaciones de amenaza venimos equipados con tres modos de respuesta básica: luchar, huir o paralizarnos (congelarnos). Pero el bebé sólo puede actuar uno de estos tres, ya que no puede luchar ni huir, así que ante la amenaza reiterada se paraliza, o lo que es lo mismo, inhibe sus sistemas de acción activos para influir en el mundo

externo. Y como he señalado, este ser humano vive con los mismos cuidadores durante un tiempo prolongado, así que este tipo de situación ocurre con más frecuencia convirtiéndose en un patrón experiencial y relacional que se activará repetidamente. Esto conforma una red neuronal que asocia los estímulos internos (sensaciones asociadas a estados de necesidad) con reacciones fisiológicas, acciones, reacciones del entorno, y la experiencia vivida como consecuencia (aumento del malestar e imposibilidad de recuperar la homeostasis del organismo); que además va asociada de un complejo de estímulos de imágenes visuales, sonidos, sensaciones vestibulares, patrones de reacción vegetativos, activación simpática, olores, etc. Todo ello conforma un esquema de experiencia que se activará con mayor propensión ante cualquier estímulo interno (sensaciones) o externo (por ejemplo, la presencia del cuidador con un ánimo o estado emocional parecido). Cabe pensar que a medida que el niño crece va asociando nuevos modos de “conceptualizar” esta experiencia vinculados a la vivencia de “abandono”, “soledad”, “no importo”, “estorbo”, ...

Con esto quiero ilustrar también que dado que en nuestro modo de adaptarnos al mundo hemos tenido que ir inhibiendo nuestros procesos naturales de acción para recuperar la homeostasis, hemos interrumpido el “flujo normal de la experiencia”. Y estos primeros esquemas organizadores conforman en adelante el modo de percibir e interpretar las experiencias futuras que se asocian con los mismos estados de necesidad. Aquí se conforman las reacciones fisiológicas de supervivencia (memorias implícitas, por ejemplo, tensar el diafragma) y las creencias limitadoras del guión (implícitas y/o explícitas, por ej. “hay algo malo en mí”). En este caso, aprendemos a defendernos y autorregularnos en base a los sistemas de supervivencia: reprimir, frenar o interrumpir lo que sería una reacción natural.

La relación terapéutica como marco para la cura

El terapeuta, a través de la sintonía en la relación, crea un espacio y una atmósfera en la que es posible la curación. Provee un contexto seguro para que el paciente pueda relajar sus reacciones defensivas hacia un entorno percibido como amenazante y pueda entrar en contacto más y más profundo con su mundo intrapsíquico, contraviniendo la fobia a conectar con el dolor reprimido y los recuerdos enterrados. En este contexto, el terapeuta provee la relación presente y aceptadora de manera incondicional, a la vez que contenedora e invitadora a aceptar la experiencia interna al objeto de que el paciente pueda acoger y re-apropiarse de los aspectos de su yo que fueron ocultados o “pseudo-enterrados”.

El trauma es una experiencia que ha quedado fijada y enquistada en nuestro sistema neurofisiológico debido a las faltas o carencias relacionales (actos de negligencia, crítica o violencia) vividas en nuestras relaciones significativas, particularmente con nuestros cuidadores principales. Esta experiencia traumática se mantiene como una cápsula que contiene experiencia vivida en formato somato-sensorial y que está contenida en una red neuronal que asocia los estímulos internos y externos que había en el momento de la vivencia dolorosa (las sensaciones informadoras de la necesidad, la acción puesta en marcha, la reacción proveniente del cuidador o entorno y la reacción defensiva con el consecuente

malestar e insatisfacción). En la medida en que esta red neurológica –esquema- se activó en experiencias subsecuentes, también ha ido asociando otros elementos de experiencia que han ido haciendo más compleja y generalizada la vivencia dolorosa (por ejemplo, el bebé no respondido aprendió tempranamente a inhibirse fisiológicamente, pero a medida que fue coleccionando otras vivencias de desatención y desamparo fue consolidando una creencia de “no soy importante”, “molesto”, que se manifestará mostrándose callado ante otras personas y grupos, lo que la llevará a acumular más experiencias relacionales de sentirse ignorado). En otros términos, llamamos a esto también estado del yo o self especializado; estos estados del yo contienen patrones de sentir, pensar, actuar y experiencia fisiológica que se desencadena ante los estímulos externos o internos que recuerdan el trauma original. Quiero destacar aquí cómo es en las experiencias muy tempranas donde se forman los esquemas de “estar en relación” con otros seres humanos (“modelo interno de trabajo” acuñado por Bowlby y las representaciones de interacciones generalizadas –RIGs- de D. Stern). El niño aprende somáticamente si el estar en la proximidad de otro ser humano es una experiencia segura y reconfortante o una experiencia de insatisfacción, confusión o incluso peligrosa. Y este aprendizaje procedimental, que está registrado en las memorias implícitas corporales, se activará una y otra vez en la persona sin la consciencia de que está recordando, pero que impregnará toda experiencia vivida en otras relaciones que requieran intimidad y/o apoyo de o en el otro.

El niño pequeño requiere de la regulación externa de su realidad psicobiológica por parte de un cuidador efectivo. En la “díada materna” (el cuidador que ofrece los cuidados maternantes) “la madre” actúa como córtex auxiliar externo para atender y regular la experiencia sub-cortical del niño (su mundo de sensaciones); es a través de intervenir adecuadamente para calmar y satisfacer las necesidades psico-biológicas que el niño recupera el estado de homeostasis (equilibrio) y la consecuente felicidad. Así pues, *la madre es el regulador del estado bioquímico del bebé*. Así aprende a confiar en la respuesta del otro, a hacerla predecible, a saber que puede ser activo en el mundo y a conformar un sentido corporal del “sí mismo” como alguien digno y valioso (su proto sí mismo). “La madre” ha de actuar en sintonía con el mundo interno del niño para servir de contención y ayudar a dar forma al caos de estímulos y sensaciones de la vida intrapsíquica del niño. En este proceso relacional entre el cerebro del niño y el cerebro de la madre ambos se estimulan el uno al otro. Como postula Daniel Siegel, las relaciones son la forma en la que compartimos información. En este intercambio el ser humano co-construye su narrativa del yo, respondiendo a las cuestiones existenciales “¿quién soy yo?”, “¿quiénes son los otros para mí?”, “¿qué hago aquí?”. La madre suficientemente buena (Winnicott, 1956), ha de facilitar que el niño se enfrente progresivamente a experiencias de “desilusión óptima”; de esta forma el cerebro se ve retado a manejar nuevas experiencias que desafían sus esquemas previos y a integrar la información nueva de manera adaptativa. Este proceso de desilusión se produce dentro del intervalo de tolerancia del niño y, por ello, no es experimentado como traumático. Ello activa los mecanismos denominados por Piaget de *acomodación y asimilación* de los esquemas, de manera que puedan ir integrándose en un todo coherente, funcional y organizado. De esta manera, la madre actúa asimismo como “el contenedor externo” que facilita que la maduración cerebral y psicobiológica ocurra de forma óptima; y lo hace ofreciendo

una comunicación cooperativa en sintonía con las necesidades del niño, que facilita la experiencia de “sentirse comprendido” y la vivencia de estar en una relación de contacto pleno con el otro y con uno mismo. Sin embargo, si el grado de desilusión no es óptimo, entonces el niño vivencia una usurpación de su propio desarrollo y se adapta a las necesidades de la madre, sin aprender gradualmente a desarrollar un sentido del yo, que sintetiza sus propias necesidades percibidas orgánicamente; genera un “falso yo”.

El terapeuta, como el pescador de fondo, sabe que la matriz oculta e inconsciente que configura el sentir de las experiencias actuales se forma en los esquemas relacionales tempranos. Con esto en mente, se centra en observar la emergencia de los esquemas organizadores primarios que sustentan y alimentan el modo de percibir actual. Al igual que la buena madre, regula el estado interno ofreciendo presencia y contención emocional y está presto a “tirar del hilo o de la caña” para señalar un aspecto de información nuclear que ayude a emerger el esquema organizador y/o la experiencia primaria en la que se configuró el esquema. Así pues, el terapeuta aguarda con la paciencia del pescador a que el elemento surja en medio de la narración verbal y no-verbal del paciente. En esencia, la tarea del terapeuta es mantener el “marco relacional” para que el sistema de curación natural de la persona (la capacidad integradora del cerebro) pueda ponerse en marcha de nuevo. Con su presencia en sintonía con las emociones, el proceso cognitivo, el ritmo de funcionamiento, el momento de desarrollo evolutivo en el que está el paciente y las necesidades emergentes en la relación genera una “*burbuja curativa*”, la sensación de ‘hoy estar en el presente y observando algo que viene de la historia’. 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. En otras palabras, facilita que el paciente se mantenga presente y aceptador de su propia experiencia interrumpida de manera que pueda expresar su significado pleno y pueda completarse para acabarse. Así, el terapeuta facilita que el paciente pueda integrar o digerir de un modo constructivo la experiencia enquistada guardada en “la caja negra” que es su organismo completo –lo que conllevará a la aceptación de las propias necesidades y deseos como válidos y legítimos al mismo tiempo que se vive con el dolor producido por saber que nunca serán satisfechos de un modo absoluto.

Presencia terapéutica, cerebro y mindfulness

Abundando en la importancia del marco relacional, el terapeuta mantiene su presencia en dos actitudes de principales:

- a) Manteniéndose *como testigo activo de la historia narrada* en todos los elementos de experiencia del cliente (palabras, reacciones fisiológicas y emocionales, gestos, ...). Así, el terapeuta va permitiéndose conformar una imagen impresionista de la vivencia del paciente, puede comprender compasivamente la historia de dolor o terror del paciente que, por ejemplo, como bebé lloraba hasta el agotamiento simplemente necesitando que alguien acudiese a su lado y lo confortase, y el dolor y la desesperación, y posterior desesperanza, que le llevó a resignarse y abandonar la lucha para retirarse a dormir. Este terapeuta, si está limpio de los elementos

contratransferenciales que despiertan sus propios asuntos inconclusos (contratransferencia reactiva), podrá experimentar su propia contratransferencia responsiva o recíproca a las necesidades legítimas que no fueron satisfechas en el momento del desarrollo en el que ocurrió el trauma (respuesta natural y apropiada a las necesidades del otro); en esta contratransferencia puede sentir el propio impulso a recoger y abrazar al bebé que está recordando el paciente, aún sin actuarlo; y este impulso y sintonía manifestado en su presencia podrá ser captado por los registros inconscientes del paciente, que esta vez mantiene en su consciencia que “ahora no está solo”. Esto es parte de lo que hace que la relación sea terapéutica y ayude a la auto-curación: la consciencia de que hoy estamos recordando algo que ya pasó y esta vez no estamos solos, sino acompañados de alguien que sabe estar y comprender en el modo requerido.

- b) Dejándose *simplemente estar con la mente libre* de preconcepciones acerca de la historia o las necesidades del paciente. Esto implica mantenerse ante el otro con la “mente del principiante”: la mente que está abierta a todo y dispuesta a aceptar todo tal y como simplemente es; en la mente del principiante hay muchas posibilidades mientras que en la mente del experto hay muy pocas (Shunru Suzuki, 1970). Cuando el terapeuta guarda esta actitud, se observa y escucha internamente; yo llamo a esto – continuando la analogía del pescador- “*ir de pesca hacia dentro de uno mismo*”. Entonces, se deja impactar por la experiencia emergente del paciente y escucha qué emerge de su propia biblioteca interna de experiencia personal, vivencia con otros pacientes, su propia terapia personal, lo aprendido en asistencia a seminarios profesionales, cuentos o novelas leídos, ... Y puede emplearlos explícitamente para ayudar al paciente a encuadrar su experiencia o no. Lo haga o no, el paciente sentirá igualmente la experiencia resonante y en sintonía y mantendrá la consciencia de la presencia de otro ser humano que “esta vez le comprende”.

En mi manera de concebir la terapia como un proceso de auto-curación, en todo caso, el terapeuta ha de proporcionar una actitud no-violenta; ésta implica no imponer nada que no pertenezca a los propios procesos del paciente. Y conlleva mantenerse presente, calmo, consciente y tranquilo, simplemente observando y siendo testigo activo del proceso tal y como ocurre, sin anticipar, imponer, ni esperar absolutamente nada del paciente. El cambio así ocurre por sí mismo, porque facilitamos la atmósfera para que lo que fue interrumpido pueda ahora continuar su camino, expresarse de manera plena y acabarse.

El cerebro humano está programado para madurar e integrar las experiencias, solamente necesita un ambiente que module y dosifique qué tipo de vivencias está maduro para manejar y aquellas para las que tenemos la maduración suficiente para digerir, y, al mismo tiempo, facilite los elementos nutrientes requeridos del entorno (un vínculo seguro y estimulante, informaciones, ...).

El terapeuta sabio (ver la cita del Tao Te Ching al principio del artículo) se mantiene simple en las intervenciones pero muy activo en su presencia, como el pescador. Ha de poner extremo cuidado en el lenguaje, de manera que nunca sea percibido como impositor ni restrictivo de la

propia experiencia del paciente, de forma que el paciente pueda seguir experimentando que tiene todo el espacio para que sea su propia experiencia la que emerja en la forma única que tiene para la persona. Estoy introduciendo aquí la idea de *“neuroprocesamiento”*: la observación con consciencia plena de la experiencia subcortical inconsciente tal y como está registrada, que lleva a asociar (integrar) lo que fue disociado. El terapeuta pues puede, si su juicio clínico así se lo indica, ofrecer intervenciones simples pero oportunas y poderosas que ayuden al paciente a mantener encuadrada su vivencia, hechas en un lenguaje respetuoso y no impositivo (*“¿puedo proponerte lo que escucho en una manera diferente y tú observa si tiene sentido para ti?”*, *“me viene una imagen acerca de ti, ¿quieres que te la diga?, y observa si encaja en tu experiencia”*, u ofrecer la intervención al modo de psicoeducación: *“cuando alguien cree que llorar no sirve para nada frecuentemente suele aprenderlo porque cuando lloraba nadie respondía al significado del llanto y a la necesidad que expresaba; los niños lloran de manera natural porque vienen equipados con esta respuesta para informar del malestar, pero si las personas que les cuidan no responden apropiadamente aprenden a inhibirse y a frenarlo, ¿te sugiere algo esto?”*).

El *“terapeuta pescador”* observa la superficie para detectar lo que hay en el fondo: los esquemas organizadores nucleares (el protocolo) para invitarlo a emerger y revelar la naturaleza arcaica de su dolor y las conexiones con la experiencia actual. Se entenderá mejor con un ejemplo: la paciente presenta en la sesión de terapia el asunto de que con algunas personas que muestran una actitud fría y distante se queda paralizada. El terapeuta escucha en esto un mecanismo primario de supervivencia ante una amenaza inescapable. Y la paciente sigue especificando que le ocurrió la semana pasada al tratar de dar de baja un teléfono móvil, para lo que tuvo que llamar unas cinco veces; en cada una experimentaba un nivel de frustración, impotencia y la sensación de que no podía hacer nada y se bloqueaba. El terapeuta atento al esquema organizador devuelve el material de la siguiente manera: *“lo que escucho con esto es la imagen de alguien que trata de reivindicar sus ideas ante alguien significativo de su vida y se siente como que choca contra una pared en la que no la toman en serio”*. Esta intervención tiene el propósito de ofrecer un *“marco”* que encuadra la experiencia y ayuda a *“enfocar la mirada”* a través de la red neurológica que almacena la experiencia; utilizando otra analogía es como ampliar la lupa del microscopio interno que permite mirar más enfocadamente la experiencia. Lo que hace es realzar el esquema organizador para que la red neuronal aporte la experiencia nuclear (*“extraer el pez”*). Inmediatamente la paciente rescata una escena de sus cinco años en la que está protestando a su padre en la cocina de casa y éste se ríe de ella de manera humillante. Podríamos todavía pensar que este mecanismo de respuesta había sido aprendido incluso antes; pero el hecho de conectar con una escena primaria es un punto de partida para dejar que empiece a emerger toda la cadena de patrones asociada a la indefensión, la vergüenza, la parálisis y la retirada de la relación con el otro. Apunto aquí como el mapa del terapeuta puede ayudar a ir más abajo para buscar el esquema que vive en el fondo del agua del inconsciente.

Quiero introducir otra acepción de la presencia. La actitud de *“presencia del propio paciente”* hacia su propia experiencia. Llamamos a ésta mindfulness (consciencia plena). Mindfulness es la actitud de observar los procesos internos con aceptación, amor, apertura a lo que venga tal y como venga, y con curiosidad; sin expectativas y sin rechazo. Mindfulness es un proceso de sintonía con uno mismo: *“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). Es también tarea del terapeuta enseñar al paciente a mantener su capacidad de observación consciente (*“Yo Observador”*) de su vivencia experienciada (*“Yo Experiencia”*), de manera que pueda “estar presente en su experiencia sin reaccionar a ella tratando de evitarla o de negarla, lo que prolongaría la perpetuación del trauma.

Con este tipo de intervenciones tratamos de ayudar al paciente a que simplemente se mantenga en contacto con su experiencia interna emergente y observe lo que venga en una actitud de abrazarla y aceptarla con amor. Aquí el paciente se convierte en *“pescador dentro de sí mismo”*

En este momento de la terapia (neuroprocesamiento) la intención terapéutica ha de ser el ayudar a mantener la consciencia plena sobre la experiencia. Las intervenciones habrán de ayudar a ello. Así pues, el terapeuta evitará en lo posible hacer preguntas al aparato consciente y cognitivo del cerebro del paciente para ayudarle a “puentear” los mapas pre-concebidos de lo que “debe ser su experiencia” o lo que “puede esperar o no esperar”. Defiendo que nuestro cerebro tiene un modo de estar en relación con el otro y otro modo de estar en relación con uno mismo. Para el primer modo tiene mucho entrenamiento en estar hacia, para o con el otro. La mayoría de los pacientes han tenido experiencias de fallos dolorosos en las relaciones personales, habiendo aprendido a adaptarse a las demandas del otro, o a defenderse; así que entran en un modo de acción o reacción al otro (modo de supervivencia). En la relación terapéutica creamos un entorno en el que pueda aflojarse la respuesta de supervivencia (que dispara la activación del sistema nervioso autónomo simpático) para facilitar la respuesta de crecimiento-curación-integración (activación de la rama parasimpática). Lo haremos ofreciendo intervenciones no indagatorias, pero propositivas y que impulsen al paciente a seguir en su actitud de observación interna y emergencia de los significados escondidos (ejemplo cuando el paciente refiere que siente rabia hacia sí mismo por sentirse vulnerable: *“parece como dos partes en conflicto en ti, una que lucha por ser dura y seguir adelante y otra que siente necesidad de apoyo”*).

En mindfulness facilitamos la activación del área prefrontal de nuestro cerebro. Esta es un área de integración de la información sensorial que proviene de otras áreas de representación sensorial del cerebro, a la vez que la información que proviene de los órganos de los sentidos y el cuerpo, la información social y donde también reside la capacidad del cerebro de observarse a sí mismo: reflexión con consciencia de estar observándose. A esta última capacidad se llama “la mente”: el proceso que regula el flujo de la información: interna e interpersonal.

(D. Siegel). A través de la observación con consciencia plena, la mente tiene la capacidad de re-organizar los circuitos que regulan el flujo de la información; en palabras de Siegel: “*puede estimular directamente disparos neuronales y acabar modificando las conexiones estructurales del cerebro (pg. 42)*”.

Siegel (2007) afirma:

“la mente humana tiene una faceta corpórea (el flujo de la energía y de información sucede en el cuerpo, el cual influye en el cerebro) y otra relacional, que es la dimensión de la mente que corresponde al flujo de la energía y de información que se produce entre distintas personas ... (pg. 26 de la edición en castellano)”.

Queda para posteriores artículos el desarrollar más a fondo las ideas relativas al papel del terapeuta para ayudar más sutilmente a la organización de la información en el cerebro y como el abordaje de Brainspotting ayuda a promover un mindfulness enfocado y en sintonía con la red neurológica.

REFERENCIAS

- Blint, M. (1968), *The Basic fault*. London: Tavistock
- Damasio, A. (2010). *Y El Cerebro creó al hombre*. Destino (Barcelona)
- Salvador, M. (2006). Implicaciones neurobiológicas del trauma e implicaciones para la psicoterapia. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 55, 44-57
- Salvador, M. (2008). El guión de vida en el cuerpo. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, nº 59, 238-246.
- Salvador, M. (2010). El Trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, época II, vol XVIII, nº 80, 4º trimestre, pags 5-16
- Siegel, D. (2007). *Cerebro y Mindfulness*. Piadós, Barcelona
- Suzuki (1970). *Zen mind, beginners mind*. New York: Weatherhill
- Winnicott (1956) Primary maternal preoccupation. En *Thought paediatrics to psychoanalysis*. New York: Basic Books