

Pat Ogden
Janina Fisher

Psicoterapia Sensoriomotriz

Intervenciones para el trauma y el apego



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

PAT OGDEN
JANINA FISHER

Ilustradores
DEBORAH DEL HIERRO
ANTHONY DEL HIERRO

PSICOTERAPIA SENSORIOMOTRIZ

Intervenciones para el trauma y el apego

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
Desclée De Brouwer

Índice

Introducción	17
------------------------	----

SECCIÓN I **Primeros pasos**

1. Principios esenciales	31
2. Orientación para terapeutas	63
3. Orientación para pacientes	77

SECCIÓN II **Conceptos y habilidades básicos**

4. La sabiduría del cuerpo. Perdida y encontrada	89
5. El lenguaje del cuerpo. El aprendizaje procedimental	105
6. Prestar atención. La respuesta de orientación	119
7. La conciencia plena del momento presente	135
8. La conciencia plena dirigida y la neuroplasticidad	155
9. El cerebro triuno y el procesamiento de la información	169
10. Explorar la sensación corporal	189
11. La neurocepción y el margen de tolerancia	207
12. Las tres fases de la terapia	227

SECCIÓN III

Fase 1: Desarrollar recursos

13. Apreciar tus fortalezas. Los recursos creativos y de supervivencia	239
14. Hacer inventario. Categorías de recursos.....	255
15. Los recursos somáticos	273
16. El arraigo	291
17. La alineación del núcleo. Trabajar la postura	307
18. Utilizar tu respiración	323
19. Un sentido somático de los límites	339
20. Desarrollar los recursos ausentes	357

SECCIÓN IV

Fase 2: Abordar la memoria

21. La memoria implícita y tu repertorio de recursos.....	373
22. Reconstruir la memoria. Encontrar recursos en un pasado doloroso ..	389
23. La conciencia dual del pasado y del presente.....	403
24. Un fragmento de la memoria.....	419
25. Restablecer acciones fortalecedoras	437
26. Recalibrar tu sistema nervioso. La secuencia sensoriomotriz	455
27. Emociones y defensas animales	473

SECCIÓN V

Fase 3: Avanzar

28. El legado del apego	497
29. Las creencias y el cuerpo.....	515
30. Dar sentido a las emociones	535

31. Moverse por el mundo. Nuestra forma de andar	555
32. Los estilos de los límites en las relaciones	573
33. Relacionarse con los demás. Las acciones de búsqueda de proximidad.	589
34. El juego, el placer y las emociones positivas	607
35. Desafiar tu margen de tolerancia	627
Epílogo	645
Glosario	649
Referencias bibliográficas	655
Índice de términos.	665

Introducción

La inteligencia del cuerpo es, en gran medida, un recurso que aún no se ha explotado en psicoterapia. Algunos programas educativos en psicología clínica o en *counseling* destacan la forma de sacar provecho de la sabiduría del cuerpo para apoyar el cambio terapéutico, olvidando a los terapeutas que dependen, en gran medida, de la narrativa verbal del paciente. Puede decirse, incluso, que la historia que nos cuenta la «narrativa somática» –el gesto, la postura, la prosodia, las expresiones faciales, la mirada y el movimiento– es más significativa que la historia contada por las palabras. Este lenguaje no verbal refleja y sostiene procesos implícitos determinados en el cerebro y en el cuerpo, anteriores incluso a la adquisición del lenguaje. Las expresiones somáticas comunican expectativas y significados implícitos que no solo influyen en la manera en que el contenido se expresa de forma explícita, sino que también pueden determinar el contenido en sí mismo. Ignorar el cuerpo como objeto de la acción terapéutica es, a mi modo de ver, una omisión desafortunada que priva a los pacientes de un camino necesario hacia el conocimiento de uno mismo y el cambio.

Sin embargo, cuando Norton me pidió que escribiese un libro de ejercicios que acompañase a *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia* (Ogden, Minton y Pain, 2006), dudé. La posibilidad de publicar un libro así, que en un principio imaginaba como una serie de ejercicios para llevar a cabo de manera individual, iba en contra de mi firme creencia en la relación entre paciente y terapeuta como el elemento más importante de la práctica clínica. Dado que nuestros cerebros y cuerpos se desarrollan y cambian en un contexto relacional, me preocupaba que fuese engañoso e irresponsable sugerir la eficacia de este libro de ejercicios llevados a cabo en solitario. También temía que los lectores trataran de adaptar sus necesidades y procesos a un libro de ejercicios, cuando es el tratamiento el que siempre debe adaptarse a las personas. Por otro lado, la psicoeducación sobre el papel del cuerpo al reflejar y soportar traumas no resueltos, trastornos afectivos y otras dificultades relacionales siempre ha

sido un componente integral de mi propia práctica clínica de la Psicoterapia Sensoriomotriz. Las hojas de trabajo experienciales, diseñadas a menudo en colaboración con mis pacientes, para ayudarles a reconectar con el cuerpo y a cambiar su postura y su movimiento, han sido esenciales para alcanzar los objetivos terapéuticos. Habría sido una lástima no compartir estas ideas y ejercicios con los demás.

Poco a poco, me di cuenta de una cosa. Un libro de ejercicios puede escribirse para terapeutas y pacientes y diseñarse para su exploración dentro del contexto de la relación terapéutica. Puede ser tanto psicoeducativo como experiencial, y terapeutas y pacientes pueden determinar, de manera conjunta, la mejor manera de usar el material, adaptándolo y ajustándolo a las necesidades únicas de cada paciente y a la dinámica de la díada. De repente, se abrieron las puertas, se ampliaron las posibilidades y surgió este libro. Al escribirlo, confío en que la relación terapéutica proporcionará el contexto en el que se explore el papel del cuerpo en el tratamiento del trauma y en los déficits de apego. De igual modo, es esencial comprender que este material no es, en modo alguno, un tratamiento independiente o un enfoque manualizado. Los conceptos e intervenciones seleccionados de la Psicoterapia Sensoriomotriz e introducidos en este libro, que de ninguna manera representan el amplio espectro de lo que tiene que ofrecer la Psicoterapia Sensoriomotriz, están diseñados como complemento y apoyo de otros métodos de tratamiento. Al hacer especial hincapié en la relación terapéutica y al ajustar estas ideas e intervenciones a las necesidades de cada paciente, creo y espero que la inclusión del cuerpo en el proceso de terapia sea viable para los terapeutas y sus pacientes. Sin embargo, es importante enfatizar que este libro no pretende enseñar la práctica de la Psicoterapia Sensoriomotriz o proporcionar una instrucción integral en este enfoque. Está destinado a introducir algunos conceptos fundamentales de este método, que los pacientes pueden explorar de manera experimental a través de las hojas de trabajo y los ejercicios, bajo la dirección de sus terapeutas. Los terapeutas que deseen aprender la Psicoterapia Sensoriomotriz pueden apuntarse a las formaciones integrales de este método, que el *Sensorimotor Psychotherapy Institute* ofrece a lo largo y ancho del mundo.

Aunque la Psicoterapia Sensoriomotriz incorpora intervenciones orientadas al cuerpo frecuentes en otros enfoques de psicología somática, el *Sensorimotor Psychotherapy Institute*, fundado en 1981, ha desarrollado su propio método único de teoría y práctica de psicología somática basado en la investigación de la neurobiología interpersonal, la neurociencia, el trauma y el apego. Descrita a menudo como una «terapia verbal orientada al cuerpo», la Psicoterapia Sensoriomotriz combina la teoría y la técnica de la terapia cognitiva, afectiva y psicodinámica, con intervenciones somáticas sencillas –tales como ayudar a los pacientes a tomar conciencia de sus cuerpos, a monitorizar sus sensaciones corporales y a implementar acciones físicas que promuevan el empoderamiento y la competencia–.

En el contexto de una terapia centrada en el apego, la Psicoterapia Sensoriomotriz enseña a los profesionales clínicos a interesarse en cómo el cuerpo carga con el legado del trauma y con el apego inadecuado, y en cómo ayudar a que los pacientes cambien este legado a través de la conciencia somática y del movimiento. Terapeutas y pacientes descubren por igual que la inteligencia natural del cuerpo puede aprovecharse como un recurso fundamental en la práctica clínica. Se enseña a los pacientes a observar la relación entre el cuerpo, las creencias y las emociones, al advertir cómo una autorrepresentación pronunciada en un momento de la terapia, como: «No soy lo bastante bueno», afecta y se refleja en patrones de sensación, postura, gesto, respiración, marcha, excitación autónoma y movimiento. Las intervenciones aquí descritas incorporan el cuerpo de manera activa, tratando de cambiar los hábitos de las acciones físicas y de las posturas que mantienen a los pacientes anclados en el pasado, y defienden un enfoque más unificado del tratamiento.

Psicoterapia Sensoriomotriz: Intervenciones para el trauma y el apego explora conceptos y técnicas seleccionados de la Psicoterapia Sensoriomotriz, de una manera que los terapeutas entrenados de forma tradicional pueden encontrar de aplicación inmediata en su práctica clínica. El libro resultará útil para psicoterapeutas de diferentes tendencias: psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, orientadores y terapeutas matrimoniales y familiares. Parte del material también puede ser útil para los enfermeros psiquiátricos, los terapeutas ocupacionales, los profesionales de la rehabilitación, los trabajadores que intervienen en situaciones de crisis, los abogados de las víctimas, la gente que trabaja durante los desastres y los terapeutas corporales, así como para los estudiantes graduados y los internos que integran el campo de la salud mental.

Psicoterapia Sensoriomotriz: Intervenciones para el trauma y el apego comienza con una sección que presenta las premisas fundamentales y que familiariza a terapeutas y a pacientes con el libro y su utilización. El resto del libro se compone de capítulos relativamente cortos, cada uno de ellos diseñado para educar al lector sobre un tema concreto relevante en el trabajo clínico. Hemos preparado un glosario al final de libro. Todos los capítulos están acompañados de varias hojas de trabajo, diseñadas para ayudar a que los pacientes integren el material. Los capítulos comienzan con una guía para terapeutas, que describe el propósito principal de cada capítulo, identifica los pacientes que pueden beneficiarse de él en mayor medida, ofrece consejos sobre cómo integrar el material en la práctica clínica, introduce las hojas de trabajo del capítulo, y ofrece posibilidades para adaptar esas intervenciones a pacientes disociativos. Animamos a los lectores a que se familiaricen con los contenidos de este libro, y a que seleccionen y exploren aquellos capítulos, intervenciones y hojas de trabajo que sean más útiles y apropiados para su profesión y sus pacientes concretos.

Sección primera: Primeros pasos

Los capítulos de la primera sección ofrecen información básica importante para los capítulos y las hojas de trabajo que siguen. Los terapeutas deben leer los tres capítulos de esta sección, que les servirán como preparación para la utilización del resto del libro con los pacientes. Antes de que los pacientes se embarquen en las demás secciones, han de leer obligatoriamente el Capítulo 3.

Capítulo 1, «Principios esenciales», proporciona un resumen de la teoría subyacente que influencia la práctica de la Psicoterapia Sensoriomotriz. Este capítulo analiza cómo las pautas físicas reflejan y mantienen el trauma y los déficits de apego, y explora los conceptos de apego, trauma y disociación, al enfatizar la importancia de la relación y las escenificaciones terapéuticas. También describe el «*mindfulness* relacional incorporado®» de la Psicoterapia Sensoriomotriz, una aplicación del conocimiento consciente que tiene lugar dentro de la relación, más que en la soledad (Ogden, en prensa [a]).

Capítulo 2, «Orientación para terapeutas», ofrece pautas generales y consejos sobre cómo emplear los subsiguientes capítulos con los pacientes. Se exploran varios temas, incluida la estructura del resto del libro, la psicoeducación, y cómo emplear las hojas de trabajo; cómo adaptar el material para pacientes disociativos; y cómo desarrollar un cierto grado de comodidad con las intervenciones orientadas al cuerpo.

Capítulo 3, «Orientación para pacientes», escrito de manera específica para los pacientes. Explica por qué este material debería explorarse de forma colaborativa bajo la dirección de un terapeuta, y cómo utilizar los siguientes capítulos en el contexto de la terapia. Hace un resumen de la estructura del libro, define los términos relevantes, examina la forma de aprovechar los conceptos y las hojas de trabajo, y ofrece recomendaciones especiales a quienes padecen trastornos disociativos. Los terapeutas deberían exigir que los pacientes leyesen este capítulo antes de trabajar con el resto del libro.

Sección segunda: Conceptos y habilidades básicos

Esta es la primera de las cuatro secciones que comprende capítulos temáticos y hojas de trabajo experienciales; esta sección proporciona un resumen del papel del cerebro, del cuerpo y del sistema nervioso en el trauma y en los problemas de apego, y analiza cómo comenzar a cambiar pautas anticuadas a través del *mindfulness* y el conocimiento. El capítulo final de esta sección orienta al lector en la estructura del resto del libro.

Capítulo 4, «La sabiduría del cuerpo, perdida y encontrada», explica por qué muchos pacientes se sienten desconectados del cuerpo, por qué han desarrollado una actitud negativa hacia él, o por qué perciben ciertas sensaciones corpo-

rales como escalofrantes, irrelevantes o confusas. Este primer capítulo temático ayuda a dar un sentido a estos sentimientos y puntos de vista, y esclarece el conocimiento innato contenido en el cuerpo. Esta base del entendimiento abre líneas de comunicación entre terapeuta y paciente para hablar sobre la aprensión a trabajar con el cuerpo, y despierta una apreciación de su sabiduría.

Capítulo 5, «El lenguaje del cuerpo: el aprendizaje procedimental», describe cómo traducir el lenguaje corporal, al entender los hábitos de postura, de gestos y de movimientos como adaptaciones inteligentes a experiencias pasadas. Aclara cómo estos hábitos físicos aprendidos de modo procedimental reflejan y respaldan estrategias de afrontamiento y de adaptación anticuadas, y subraya la importancia de cambiar estas pautas para ayudar a resolver el impacto negativo del pasado.

Capítulo 6, «Prestar atención: la respuesta de orientación», explica la respuesta de orientación y los efectos de las experiencias adversas sobre ella. En todo momento estamos inundados por miles de estímulos sensoriales. Nuestros antecedentes de trauma y de apego determinan, en parte, a qué estímulos prestamos atención de manera automática, hacia cuáles nos orientamos, y cuáles ignoramos. En este capítulo, los pacientes aprenden a comprender sus hábitos automáticos de orientación y prueban la manera de cambiarlos.

Capítulo 7, «La conciencia plena del momento presente», enseña habilidades del *mindfulness* para reconocer la experiencia interna –diferentes de la orientación hacia los estímulos externos, que se elucidó en el capítulo anterior–. Se explica el enfoque de la Psicoterapia Sensoriomotriz en el *mindfulness* y se distingue de otras prácticas del *mindfulness*. Los pacientes aprenden a centrar su atención en la experiencia interna de sus sensaciones corporales, sus movimientos, sus percepciones, sus emociones y sus cogniciones en el momento presente, más que en el pasado o el futuro.

Capítulo 8, «La conciencia plena dirigida y la neuroplasticidad», perfecciona las habilidades del *mindfulness* aprendidas en el capítulo previo, al enseñar a los pacientes a dirigir su conocimiento consciente, de forma deliberada, hacia elementos específicos seleccionados de la experiencia interna. Este tipo de atención focalizada está pensada para sacar el máximo rendimiento a la capacidad del cerebro para la neuroplasticidad, al crear nuevas experiencias.

Capítulo 9, «El cerebro triuno y el procesamiento de la información», explora los posibles efectos de la experiencia en el funcionamiento de las tres áreas que comprende el cerebro triuno (MacLean, 1985) –neocórtex, mamífero y reptiliano, que coinciden de forma aproximada con el procesamiento cognitivo, emocional y sensoriomotriz (o corporal)–. La comprensión de estos «cerebros» puede ayudar a que los pacientes entiendan mejor por qué piensan, sienten y actúan de la manera en que lo hacen, y a que apoyen la integración entre estos tres niveles de procesamiento de la información.

Capítulo 10, «Explorar la sensación corporal», basado en el capítulo anterior, continúa con la distinción entre el procesamiento cognitivo, el emocional y el sensoriomotriz. Este capítulo enseña a los pacientes a ser conscientes de las sensaciones corporales que, por lo general, se procesan de forma automática, una habilidad que puede facilitar la comprensión de los estados internos y promover la regulación. Los pacientes comenzarán a desarrollar un vocabulario para describir las sensaciones físicas, distinto del que se utiliza para describir las emociones y los pensamientos.

Capítulo 11, «La neurocepción y el margen de tolerancia», explica el concepto de «neurocepción» de Porges como una función de la capacidad autónoma del sistema nervioso para detectar características ambientales seguras, peligrosas o que suponen una amenaza para la vida (cf. Porges). Los pacientes aprenden la manera en que se desarrolla la neurocepción defectuosa y cómo las reminiscencias de una amenaza pasada provocan una neurocepción de peligro, aun cuando el entorno actual es seguro. Se introduce el concepto de Siegel (1999) del margen de tolerancia, una zona de excitación autónoma regulada en la cual la información puede ser procesarse e integrarse. La excitación desregulada se describe como una activación instintiva, más que como una señal de debilidad o de déficit.

Capítulo 12, «Las tres fases de la terapia», adapta el tratamiento por fases de Janet (1998) para ofrecer un resumen de las tres fases descritas en este libro: Fase 1: Desarrollar recursos; fase 2: La memoria: integrar el pasado; y fase 3: El apego y más allá del apego: avanzar. Cada fase tiene sus propios desafíos, objetivos, intervenciones y su propia adquisición de habilidades. De forma conjunta, estas tres fases proporcionan una estructura global para el establecimiento de objetivos terapéuticos inmediatos y a largo plazo. De igual modo, este capítulo orienta al lector en el resto del libro, que está dividido conforme a estas tres fases.

Sección tercera: Fase 1: Desarrollar recursos

Esta sección explica la manera de identificar, incorporar y hacer uso de una variedad de recursos personales que suelen pasar desapercibidos, y enseña a los pacientes la forma de desarrollar nuevos recursos, en especial los somáticos.

Capítulo 13, «Apreciar tus fortalezas: los recursos creativos y de supervivencia», guía a los pacientes para que reconozcan las fortalezas que ya poseen. Aprender a validar estos recursos es un paso contundente en esta primera fase de la terapia, ya que puede aumentar la autoestima, promover la regulación de la excitación y desafiar las percepciones de una ineptitud personal. Este capítulo define los recursos, reformula como recursos de supervivencia muchos síntomas, dificultades y estrategias de afrontamiento, y ayuda también a que los pacientes acepten e incorporen sus recursos creativos.

Capítulo 14, «Hacer inventario: categorías de recursos», explora una variedad de clasificaciones de recursos, con el propósito de ensanchar la apreciación de los pacientes de la amplia gama de recursos que tienen a su alcance. Los pacientes aprenden a reconocer los recursos externos e internos que ya han desarrollado en cada una de las categorías, y estudian formas de incorporar esos recursos.

Capítulo 15, «Los recursos somáticos», muestra a los pacientes cómo sus propios movimientos y sus gestos pueden ser fuentes de estabilización, consuelo y competencia. Al identificar y practicar los recursos somáticos que ya poseían, y al aprender otros nuevos –como el centramiento y la contención–, los pacientes fortalecen la confianza en el papel de la acción física a la hora de asegurar el bienestar y regular las emociones, las sensaciones y los impulsos difíciles.

Capítulo 16, «El arraigo», describe el arraigo como una sensación subjetiva de conexión al suelo a través del apoyo fundamental de las piernas y de los pies. Este capítulo explica el arraigo como un recurso somático esencial que subyace a muchas capacidades psicológicas. Muestra la diferencia entre estar desarraigado –que puede contribuir a sentirse descentrado y sin apoyo– y sobrearraigado –que puede contribuir a sentirse atrapado y lento–. Los pacientes aprenden y practican una variedad de recursos somáticos que les ayudan a sentirse arraigados.

Capítulo 17, «La alineación del núcleo: trabajar la postura», describe la función de la columna y de los músculos que la rodean, y destaca el importante papel que juega la postura en cómo nos sentimos con nosotros mismos, con los demás y con el mundo que nos rodea. Animamos a los pacientes a desarrollar una conexión con su núcleo físico y a practicar una postura más alineada que, a su vez, soporte a su núcleo psicológico y a un sentido positivo de la propia identidad.

Capítulo 18, «Utilizar tu respiración», explica la mecánica de la respiración e incluye el modo en que los patrones respiratorios pueden exacerbar el estrés y la desregulación, o bien reducir el estrés y contribuir a la regulación. Los pacientes descubren sus propios hábitos de respiración, exploran el modo en que los diferentes hábitos respiratorios afectan a la excitación y al bienestar, e identifican formas de respirar que les resultan aprovisionadoras.

Capítulo 19, «Un sentido somático de los límites», dilucida la importancia de tener una sensación subjetiva de los límites. Se define la diferencia entre los límites físicos y los internos, y se exploran las experiencias de la infancia que influyen en la sensación subjetiva de los límites. Los pacientes aprenden a advertir de manera consciente los indicadores físicos de sus necesidades, de sus preferencias, de sus opiniones y de sus límites, así como el modo de hacer que sus palabras sean coherentes con su lenguaje corporal y comuniquen límites claros.

Capítulo 20, «Desarrollar los recursos ausentes», se centra en ayudar a los pacientes a identificar los recursos –en especial, los recursos somáticos– débiles, infrautilizados, poco desarrollados o que están totalmente ausentes. Basado en el Capítulo 14, «Hacer inventario: categorías de recursos», guía a los pacientes para que descubran y practiquen nuevos recursos internos y externos para cada categoría.

Sección cuarta: Fase 2: Abordar la memoria

Los modelos tradicionales de terapias habladas suelen enfatizar la necesidad de crear una narrativa verbal del pasado coherente. En cambio, esta sección dilucida un enfoque ascendente del recuerdo, que hace hincapié en la reorganización del impacto del pasado en el cuerpo, más que en la formulación de una descripción verbal sobre lo que sucedió.

Capítulo 21, «La memoria implícita y tu repertorio de recursos», enseña a los pacientes la naturaleza de la memoria implícita y la razón por la que la evitación o la reviviscencia de los recuerdos no son las mejores opciones. Los pacientes aprenden a identificar sus recuerdos implícitos y a desarrollar un repertorio de recursos al que poder recurrir mientras continúan con la labor mnémica de esta sección.

Capítulo 22, «Reconstruir la memoria: encontrar recursos en un pasado doloroso», enseña a los pacientes a identificar e incorporar los recursos que utilizaron antes, durante y después de los acontecimientos adversos. Como los pacientes suelen descubrir recursos que no recordaban antes, se crea una nueva experiencia y una asociación más positiva de la memoria del acontecimiento. Se cree que el hecho de centrarse, de manera deliberada, en el recuerdo de estos nuevos elementos, altera el modo en que la memoria se almacena en el cerebro.

Capítulo 23, «La conciencia dual del pasado y del presente», describe cómo la conciencia dual –la capacidad de permanecer conectado con el aquí y el ahora y, de manera simultánea, de reexperimentar un estado interno perturbador, similar a alguno que tuvo lugar durante el acontecimiento original– es una habilidad esencial para procesar con éxito los efectos del pasado. En lugar de separar o de revivir las memorias, los pacientes aprenden las habilidades de la conciencia dual para explorar, de forma consciente, el impacto de las memorias dependientes del estado en su experiencia del momento presente.

Capítulo 24, «Un fragmento de la memoria», describe el modo de seleccionar pequeños momentos de la memoria de manera cuidadosa, así como de explorar estos momentos en el contexto de la terapia. A continuación, la conciencia dual se utiliza para abordar los efectos de la rememoración de estos momentos en la experiencia interna de los pacientes. El impacto que supone el hecho de recordar un fragmento concreto de la memoria debería ser lo suficientemente fuerte como para poder experimentar y procesar los efectos no integrados del recuerdo, pero no tan intenso como para desregular a los pacientes de un modo exagerado.

Capítulo 25, «Restablecer acciones fortalecedoras», explica cómo la neurocepción defectuosa deriva en defensas animales desreguladas, y cómo estas defensas pueden reconocerse, procesarse e integrarse a nivel corporal. Las defensas animales suelen ser impermeables a los intentos de resolución basados en la palabra o al trabajo con sus componentes emocionales, pero responden a las

intervenciones de corte corporal. Los pacientes aprenderán a reconocer las señales somáticas de las distintas defensas animales, y a practicar acciones nuevas y fortalecedoras.

Capítulo 26, «Recalibrar tu sistema nervioso: la secuencia sensoriomotriz», aborda directamente las fuertes energías de la hiperexcitación asociadas con la memoria traumática, enseña a los pacientes a dejar de lado las emociones, los pensamientos y los contenidos relacionados con el trauma para que, en su lugar, se centren en el cuerpo. Los pacientes aprenden a dirigir su atención consciente a las sensaciones físicas y a los movimientos involuntarios asociados con la hiperexcitación, hasta que su excitación regresa al margen de tolerancia.

Capítulo 27, «Emociones y defensas animales», analiza las emociones relacionadas con el trauma que apoyan la función concreta de cada defensa animal. Los pacientes aprenden a reconocer las señales de estas emociones y por qué el hecho de expresarlas no suele resolverlas. En lugar de ello, pueden regularse y completarse a través de la acción física y de la conciencia de la sensación, enfoques abordados en los dos capítulos anteriores.

Sección quinta: Fase 3: Avanzar

Esta última sección explora el impacto de los antecedentes personales en la vida y las relaciones actuales, y en cómo este historial se manifiesta en patrones procedimentales, sesgos emocionales y distorsiones cognitivas. Los pacientes exploran nuevas acciones para desafiar el legado limitativo del pasado, expanden su capacidad para las relaciones y amplían sus márgenes de tolerancia.

Capítulo 28, «El legado del apego», continúa explorando el modo en que el cuidado temprano condiciona la capacidad relacional de los pacientes. Incluso una crianza «suficientemente buena» deja un niño con necesidades o deseos no cubiertos o parcialmente cubiertos, transmitiendo un legado de hábitos procedimentales que tienen un efecto significativo en sus relaciones posteriores. En este capítulo, los pacientes aprenden a reconocer las pautas físicas que contribuyen a las relaciones satisfactorias y a las relaciones insatisfactorias.

Capítulo 29, «Las creencias y el cuerpo», aborda las creencias nucleares básicas sobre uno mismo, los demás y el mundo que se ven moldeadas por el apego temprano y por el trauma. Los pacientes aprenden que hay ciertos hábitos físicos que reflejan y apoyan sus creencias limitadoras. Practican la manera de utilizar las intervenciones somáticas para cambiar estos hábitos físicos y actualizar sus creencias, construyendo nuevos sentidos más adecuados a su realidad actual.

Capítulo 30, «Dar sentido a las emociones», enseña a los pacientes cómo las relaciones de apego tempranas afectan a sus tendencias emocionales actuales y el modo en que estas tendencias se reflejan en el cuerpo. En el contexto de la relación terapéutica, los pacientes aprenden a reconocer las emociones relacio-

nadas con el apego que los mantienen anclados en el pasado, a intentar reconectar con las emociones que habían rechazado y a expresarlas.

Capítulo 31, «Moverse por el mundo: nuestra forma de andar», llama la atención de los patrones de locomoción para que los pacientes puedan descubrir cómo les afecta la forma en que llevan sus cuerpos al caminar. Analizan diferentes modos de andar, así como los sentimientos y las creencias que acompañan a cada uno de ellos. Aumentar la consciencia de su propio estilo de caminar y de cómo este se relaciona con sus antecedentes personales, ayudará a que los pacientes escojan una intervención para modificar su manera de caminar de un modo que apoye sus objetivos terapéuticos.

Capítulo 32, «Los estilos de los límites en las relaciones», basado en el Capítulo 19, «Un sentido somático de los límites», se centra en los estilos de los límites en contextos relacionales. Los pacientes aprenden los cuatro estilos de los límites que se forman en el contexto del apego temprano, distinguen los rasgos somáticos y psicológicos de estos estilos y descubren los hábitos físicos de cada uno de ellos. Al evaluar sus propios estilos y las diferentes formas de establecer límites con los demás, los pacientes desarrollan límites relacionales más saludables.

Capítulo 33, «Relacionarse con los demás: las acciones de búsqueda de proximidad», explica cómo las acciones de búsqueda de proximidad de la infancia se aprenden y se modifican para poder emplearse en las relaciones adultas. Contactar con los demás, hacer amigos y mantener relaciones podría ser complicado en el caso de que las acciones de búsqueda de proximidad fuesen aterradoras, incómodas, evitativas o estuviesen poco desarrolladas. Este capítulo ayuda a que los pacientes descubran sus acciones de búsqueda de proximidad habituales y a que practiquen aquellas que favorecen las relaciones satisfactorias.

Capítulo 34, «El juego, el placer y las emociones positivas», se centra en cómo aumentar la capacidad para las sensaciones y experiencias agradables, limitada a menudo por una infancia marcada por un trauma o por las decepciones y los sufrimientos del apego inadecuado. En primer lugar, los pacientes toman conciencia de los patrones físicos que obstaculizan su capacidad para experimentar emociones, placer y estados lúdicos. Estas sensaciones agradables se vuelven más accesibles a medida que los pacientes exploran las emociones positivas de alta y baja excitación y practican movimientos lúdicos.

Capítulo 35, «Desafiar tu margen de tolerancia», el capítulo final, explora la interacción entre los impulsos humanos de novedad y seguridad. Los pacientes aprenden el modo de ampliar sus márgenes de tolerancia al experimentar actividades apropiadas que conllevan un riesgo y que, además, desafían su zona de seguridad y sus capacidades actuales. Se les anima a que busquen nuevas aventuras, a que persigan una mayor variedad de actividades, a que vayan más allá de «lo normal» para profundizar sus relaciones, y a que desarrollen las esferas de la vida que podrían haber descuidado.

Nota anexa

Un libro como este no puede hacer justicia a la magia que hay entre terapeuta y paciente en la práctica clínica. La sensación subjetiva entre unos y otros, que es la esencia de toda relación, incluida la que existe entre autor-lector y entre terapeuta-paciente, escapa a los límites de la descripción verbal. Lo que sucede dentro de la relación está en el núcleo de la transformación en cualquier enfoque psicoterapéutico. Se puede aludir al profundo trabajo de terapia que tiene que ver con la expansión de la gama afectiva, con la negociación de representaciones y con la reparación relacional de los fracasos de apego, pero este puede no ser lo suficientemente representativo en un libro práctico como este. También es difícil, por no decir imposible, comprender las profundidades emocionales de la terapia mediante la lectura de los conceptos o de las intervenciones. Todo esto requiere una comunicación entre el hemisferio derecho y el hemisferio izquierdo (cf. Schore, 1994), una cualidad inefable de la interconexión, que no se aprende de la palabra o la técnica escrita. Por consiguiente, para llevar adelante el trabajo de este libro de una manera que respete y responda a la inimitable magia que hay tu paciente y tú, será esencial tu capacidad para la sintonía empática, para la reparación relacional, para la negociación de representaciones y, por lo general, para estar «en» la relación con tu paciente de un modo pleno.

Este libro puede proporcionar una selección de conceptos, intervenciones y hojas de trabajo que pueden ayudarte a crear un nivel más profundo de contacto con tus pacientes, para que este cambio tenga lugar de manera más sencilla en los recovecos ocultos del yo. Y como esos recovecos no están al alcance del trabajo puramente verbal, porque existen por debajo de y junto a la conciencia cognitiva o a la formulación lingüística, las intervenciones que trabajan de forma directa con el cuerpo pueden aumentar en gran medida tu eficacia como terapeuta. La profundidad del viaje con tu paciente se intensificará mediante una especial atención, no solo al intercambio verbal, sino también a la comunicación que hay detrás de las palabras, que se lleva a cabo a través del cuerpo.

I

Primeros pasos

1

Principios esenciales

El cuerpo habla de manera clara a aquellos que saben cómo escucharlo. Las expresiones no verbales revelan, de forma visible, lo que las palabras no pueden describir: el «terror mudo» (van der Kolk, 1996, p. 517) del trauma y el legado de las dinámicas tempranas u olvidadas con las figuras de apego. El lenguaje polifacético del cuerpo representa una vida de alegrías, penas y desafíos, revelados en patrones de tensión, movimiento, gesto, postura, respiración, ritmo, prosodia, expresión facial, sensación, excitación fisiológica, modos de andar y otras secuencias de acción. Los hábitos físicos implícitos automáticos, desarrollados en un contexto de trauma y de apego inadecuado, pueden constreñir nuestra capacidad para adscribir nuevos sentidos y para responder con flexibilidad al aquí y ahora, convirtiendo a menudo el futuro en una versión del pasado.

Schore (2011) afirma que el hemisferio derecho del cerebro, responsable del procesamiento corporal y emocional implícito, domina el comportamiento humano. Ya que el lenguaje verbal explícito no puede describir de manera completa estos procesos implícitos, la dependencia exclusiva del terapeuta en la «cura verbal» podría limitar la eficacia clínica. Se precisa un «cambio de paradigma» en la psicoterapia (que está teniendo lugar en muchas escuelas de pensamiento), que tenga en cuenta la dominancia de los procesos implícitos, no verbales y basados en el cuerpo, frente a los procesos explícitos, verbales y lingüísticos (Kurtz, 1990; Ogden, Minton y Pain, 2006; van der Kolk, 2006; Schore y Schore, 2008; Schore, 2011). La acción terapéutica no solo se conceptualiza como una interpretación [de] y un poner atención en la narrativa y las emociones del paciente, sino también como una participación y un poner atención en las comunicaciones que subyacen detrás de las palabras, cuerpo a cuerpo, cara a cara. Este libro tiene por objetivo elucidar el lenguaje del cuerpo, per se, como un medio para comprender el comportamiento humano, y como una meta de la acción terapéutica. Este capítulo proporciona un resumen de los conceptos y las perspectivas subyacentes fundamentales para el lector, que hay que tener en cuenta cuando iniciemos este viaje juntos.

La adscripción de sentido, la predicción y la acción

Siempre que estamos despiertos, nuestros cerebros y nuestros cuerpos asimilan un sinnúmero de estimulaciones sensoriales del entorno, así como imágenes, pensamientos, emociones, sensaciones corporales y movimientos de nuestro estado interno. En un milisegundo, y mediante operaciones tan complejas que escapan a la comprensión plena incluso por parte de las mentes más brillantes, nuestro cerebro compara esta abundancia de datos actuales con recuerdos de experiencias pasadas. El propósito más importante de esta comparación es el de predecir el siguiente momento con la suficiente precisión como para poder llevar a cabo una acción física adaptable (Llinás, 2001). Lo que creemos que va a suceder en el siguiente instante determina la acción inmediata que hacemos, ya sea alargar la mano hacia una persona o un objeto, como una taza de té.

Nuestras predicciones sobre lo que pasará a continuación se basan en el juicio que hacemos sobre lo que está sucediendo en el presente. La adscripción de sentido y la predicción del futuro inmediato de una interacción relacional comienzan mucho antes de la adquisición del lenguaje, y son evidentes en el comportamiento de los niños. Beebe (2006) afirma:

Las primeras pautas de interacción se representan presimbólicamente a través de la organización procedimental de las secuencias de acción. La previsibilidad y la expectación son principios organizadores claves en el cerebro del bebé. Los bebés crean expectativas de cómo... funcionan las interacciones, sean positivas o negativas, y estas expectativas determinan una trayectoria para el desarrollo (que, sin embargo, puede transformarse) (p. 160).

Estas trayectorias son evidentes en los experimentos de la cara inexpresiva de Tronick (2007), en los que se instruye a una madre para que juegue con su hijo y que, en un determinado momento, deje de reaccionar ante él. Cuando su falta de respuesta continúa pasados unos instantes, «los bebés desconectan, apartan la mirada, se entristecen y adoptan comportamientos autoorganizativos reguladores tales como chuparse el dedo pulgar para, de este modo, mantener su coherencia y complejidad y para evitar la disipación de... su estado de conciencia... Hay un significado y una certeza, creados [por] y expresados en su postura, sus acciones y sus afectos» (Tronick, 2006, pp. 16-17). A veces sucede que, en el experimento de la cara inexpresiva, el bebé busca proximidad de forma desesperada con los ojos, los brazos, las vocalizaciones, e incluso con el cuerpo entero, con el único objetivo de interrumpir tales acciones, callándose y hundiéndose en la trona cuando la madre no responde. En una de las filmaciones, aparece un bebé tirando del pelo de su madre, provocando una breve expresión de enfado por parte de ella. El bebé reacciona levantando sus brazos hasta situarlos enfrente de su propio rostro, en un gesto de protección, interpretando de forma aparente la expresión de enfado como amenazante. El enfado de la madre es pasajero, y trata de reparar rápidamente la ruptura en su conexión, haciendo todo lo posible por volver a interactuar y a jugar

con su niño. Al final, baja los brazos, relaja su cuerpo y sonríe –su cuerpo refleja ahora un significado diferente–. Sin embargo, si las interacciones negativas o la falta de respuesta se repiten con cierta frecuencia, sin la reparación adecuada, las acciones y las posturas recíprocas de los bebés se convertirán, poco a poco, en tendencias procedimentales persistentes que continuarán mucho después de que las condiciones ambientales hayan cambiado, limitando las adscripciones de sentido, las expectativas y las predicciones futuras.

Las primeras experiencias se recuerdan «como una serie de expectativas inconscientes» (Cortina y Liotti, 2007, p. 205). Estas expectativas son las más potentes e influyentes, precisamente porque las experiencias que las han formado no están disponibles para la reflexión y la revisión. Cuando no nos acordamos de lo que sucedió, los recuerdos permanecen inalterados pero, aún así, siguen dando forma a procesos subsimbólicos que «operan en sistemas sensoriales, motores y somáticos tales como sonidos, olores, sentimientos de diferentes tipos» (Bucci, 2011, p. 210). Estos procesos no solo influyen en el cerebro en desarrollo y en la manera en que se ejecutan los movimientos, sino también en la estructura del cuerpo en sí misma. La forma viene determinada por la actividad; la realización repetida de movimientos concretos, como encorvar los hombros por miedo, dan forma a la estructura del cuerpo con el paso del tiempo. En 1937, Todd observó: «Hay un cambio muscular para cada pensamiento respaldado por un sentimiento... el cuerpo entero del hombre graba su pensamiento emocional» (p. 1). Los hábitos físicos arraigados de la postura, el gesto, la expresión y el modo de andar pueden considerarse una «exposición[es] de los... antecedentes psicobiológicos» (Smith, 1985, p. 70), como una ventana hacia nuestro pasado.

El objetivo primordial de la adscripción de sentido y de la predicción del futuro es el de asegurar que las acciones inmediatas que llevamos a cabo preservarán nuestra supervivencia. Ahora bien, «sobrevivir» no es lo mismo que «vivir». Bromberg (2011) aclara:

A través de sus sistemas protectores anticipativos, las personas son más o menos capaces de sobrevivir. Sin embargo, muchas de ellas también son, de alguna forma, incapaces de vivir, porque la participación plena en su vida actual carece de sentido a causa del residuo afectivo del trauma del desarrollo que, en la edad adulta, sirve como un recordatorio perpetuo de que la estabilidad de uno mismo no puede darse por hecha y que requiere que la vida se maneje con atención, en lugar de ser vivida con espontaneidad (p. 276).

La gente viene a la terapia porque quiere ir más allá de la supervivencia, pero, para hacer eso, las predicciones restrictivas enraizadas en el pasado deben revisarse y ajustarse a la realidad actual. Este empeño es un proceso complicado y en constante fluctuación que implica un gran número de operaciones intrincadas, incluidas las secuencias de acción físicas, que participan en la formulación de las predicciones.

En sí mismo, el lenguaje del cuerpo es rico en matices, misterioso y multifacético. Interactúa con una gran cantidad de sistemas que conforman el complejo proceso momento-a-momento de la adscripción de significado y de la predicción del futuro. Tronick (2009) expone: «Los significados incluyen cualquier cosa, desde los ámbitos lingüístico, simbólico y abstracto, que consideramos formas de *significado*, hasta las estructuras y los procesos corporales, fisiológicos, conductuales y emocionales, que nos resultan más difíciles de conceptualizar como formas, actos o realizaciones de significado» (p. 88).

El cuerpo, así como el modo de darle un sentido, es una pieza del puzzle. Puesto que la terapia «depende [en gran medida] de las formas prelingüísticas de comunicación e intersubjetividad» (Beebe, 2014, p. 29), explorar el cuerpo puede enriquecer e inspirar tu práctica clínica. Ahora bien, ten en cuenta que los indicadores no verbales interactúan de modo continuo con muchas otras formas de adscripción de significado y de predicción, implícita y explícita, diádica e individual, en una complicada interrelación que sigue siendo un misterio. Sin embargo, pueden encontrarse pistas esclarecedoras que aportan algo de luz a este misterio en las pautas físicas duraderas, que reflejan los antecedentes traumáticos y de apego de uno mismo.

El trauma, el apego y el cuerpo

El movimiento, la postura y la fisiología del cuerpo se adaptan de forma automática, sin que nosotros seamos conscientes, para asegurar la supervivencia y maximizar los recursos disponibles. Cuando las figuras de apego del niño son «lo suficientemente buenas» (Winnicott, 1958), la adscripción de sentido, las predicciones y las secuencias de acción «permanecen, de algún modo, fluidas y flexibles a lo largo de la vida; la naturaleza de las consecuencias anticipadas para una determinada acción variará a medida que cambie el contexto de la interacción, así como con el desarrollo de las facultades de los individuos» (Bucci, 2011, p. 6). Por consiguiente, dado que nuestros cerebros comparan la información actual con datos anteriores, existe la posibilidad de una «actualización» (Llinás, 2001, p. 38) del sentido y de la expectativa del futuro inmediato.

Sin embargo, los esquemas se vuelven más y más rígidos en ambientes cada vez menos funcionales, impidiendo un nuevo aprendizaje (Bucci, 2011). El legado del trauma y el apego inadecuado, con sus consecuentes déficits neuropsicológicos, limitan los nuevos sentidos y obstruyen la actualización de la predicción. Los cerebros son conservadores y no se fían de que ciertas acciones puedan ser «seguras» o gratificantes cuando una vez fueron «peligrosas» u obtuvieron una respuesta negativa por parte de los demás. Por supuesto, la falta de actualización cumple funciones de supervivencia (es mejor confundir un palo con una serpiente, que una serpiente con un palo), pero también puede frustrar una acción adaptable a

favor de lo que funcionó en circunstancias anteriores. Las predicciones que se han hecho fijas y las acciones que se han limitado comienzan a reforzarse unas a otras.

Por ejemplo, si los comportamientos de búsqueda de proximidad –tales como extender la mano o establecer contacto visual– fuesen contestados consistentemente de un modo negativo o sin receptividad, terminaríamos por predecir que las acciones de búsqueda de proximidad producen consecuencias desagradables. Entonces, literalmente, dejaríamos de extender la mano a los demás y evitaríamos el contacto visual. A su vez, los demás no advertirían nuestro deseo de relacionarnos y, por tanto, no responderían de forma receptiva, confirmando nuestras predicciones. Si permanecer de pie con la cabeza alta produjo una vergüenza, un interés o un abuso no deseados, aprendemos a hundirnos o a agachar la cabeza, en una postura no asertiva. En sí misma, esta postura refleja y sustenta el aprendizaje temprano, limitando la actualización de los sentidos y de las predicciones. Acciones físicas como estas continúan mucho después de que las circunstancias hayan cambiado, incluso cuando no son apropiadas para las situaciones y las relaciones actuales. Las predicciones que dieron forma a estas acciones no se estimulan o, en caso de hacerlo, los hábitos físicos que reflejan y sostienen las antiguas predicciones suelen impedir su transformación plena.

Tales acciones, junto con sus sentidos y predicciones, derivan del trauma o de las inadecuaciones o los fracasos del apego, o de una combinación de ambos. Aunque los legados del trauma y del apego están entrelazados de modo inextricable, pueden distinguirse por su etiología y por el propósito de la comprensión clínica (Ogden, 2009). Se considera que el trauma no resuelto deriva de experiencias abrumadoras que no pueden integrarse. De forma inevitable, el trauma provoca mecanismos de supervivencia instintivos de hiperexcitación o hipoexcitación y defensas animales subcorticales. Los problemas de apego surgen a partir de las experiencias con los demás, sobre todo con las figuras de apego tempranas (la[s] persona[s] que nos cuidaba[n] de pequeños, a quien[es] estábamos emocionalmente unidos), que causan sufrimiento emocional, pero que no evocan una desregulación autónoma extrema. El trauma relacional conlleva interacciones con los demás que se experimentan como amenazadoras, y que estimulan la excitación desregulada y la defensa animal. Aunque las experiencias de trauma y de apego están interrelacionadas y no pueden separarse en la práctica, reconocer los indicadores primarios de cada una de ellas ayuda a que los profesionales clínicos prioricen sus intervenciones. Estas elecciones clínicas son primordiales en un enfoque terapéutico integrador.

El legado del apego

El «sistema de conexión social», mediado por la rama parasimpática ventral del nervio vago, promueve la interacción con el entorno (Porges, 1995, 2001, 2004, 2005, 2008, 2009, 2011). Este sistema no depende del movimiento periféri-

co de los brazos y las piernas, sino de la regulación de los músculos de la cara y la cabeza, a través de los circuitos neurales que unen el tronco encefálico con el córtex (Porges, 2011). Está disponible en el bebé nacido a término cuya capacidad de relacionarse se base en expresiones faciales, sonidos, miradas y demás, más que en movimientos de motricidad gruesa. Como base del apego, el sistema de conexión social es evidente cuando un bebé vocaliza, llora, hace muecas, sonríe, mira fijamente o arrulla –todos los comportamientos que promueven interacciones con los demás (Porges, 2004, 2005)–. Este sistema proporciona, de manera efectiva, un alto grado de flexibilidad en la comunicación relacional. Porges (2005) aclara:

El sistema de conexión social tiene un componente de control en el córtex (i.e., neuronas motrices superiores) que regula los núcleos del tallo cerebral (i.e.: neuronas motrices inferiores) para controlar la apertura de los párpados (e.g., mirar), los músculos faciales (e.g. la expresión emocional), los músculos del oído medio (e.g., identificar la voz humana entre el ruido de fondo), los músculos de la masticación (e.g., ingestión), los músculos laríngeos y faríngeos (e.g., la prosodia), y los músculos responsables de la inclinación y la rotación de la cabeza (e.g., la orientación y los gestos sociales) (p. 35).

Esta regulación neural de los músculos faciales y de la vocalización sirve para aumentar la proximidad con los cuidadores, asegurando la supervivencia y el bienestar del bebé. El sistema de conexión social se desarrolla en mayor grado durante la infancia en las comunicaciones no verbales cara-a-cara, cerebro-a-cerebro, cuerpo-a-cuerpo con otras personas, que regulan de un modo eficaz la excitación emocional y autónoma del niño. Con el suficiente cuidado, los niños suelen desarrollar expectativas positivas de las interacciones con los demás, y se vuelven cada vez más efectivos a la hora de mandar señales no verbales, de conectar y de responder a las demás personas (Brazelton, 1989; Schore, 1994; Siegel, 1999; Stern, 1985; Tronick, 2007).

Porges (2004, 2011) acuñó el término *neurocepción* para describir un proceso neural, fuera del ámbito de la conciencia, que está programado neurobiológicamente para detectar las características del entorno, incluidas las pistas conductuales de las demás personas, que indican grados de seguridad, peligro y amenaza. Este término es distinto de la percepción, que requiere un conocimiento cognitivo del estímulo por parte de los sistemas sensoriales. Cuando se *neurocepta*¹ seguridad, el sistema de conexión social se fortalece. El comportamiento social requiere la inhibición de las áreas del cerebro que organizan estrategias defensivas, y tal inhibición únicamente es apropiada en contextos seguros (Porges, 2011). Durante su crecimiento, todos los seres humanos necesitan la suficien-

1. Pese a que en español no existe el verbo «neuroceptar», hemos hecho una traducción literal del término inglés «*neurocept*» –que, por otro lado, tampoco existe–, entendiendo por tal la acción por la que se produce el proceso neural que detecta ciertas características en el entorno. De esta forma, se puede neuroceptar seguridad, amenaza o peligro (NdT).

te seguridad para desarrollar un sistema de conexión social efectivo que permita forjar relaciones afiliativas y de apego (Porges, 2004, 2005, 2009, 2011).

La formación del apego y la conexión social se apoyan mutuamente. Las relaciones de apego socialmente comprometidas y de placer mutuo fortalecen los vínculos de apego y la futura capacidad para la afiliación (Porges, 2004, 2005, 2009, 2011), y un apego seguro con suficiente reparación relacional desarrolla un sistema de conexión social más próspero. En el contexto del apego seguro, el niño logra una mayor capacidad para la autorregulación, incluso en la infancia temprana (Schore, 1994), y desarrolla un sistema de conexión social que facilita, de forma efectiva, la regulación relacional y las conductas de búsqueda de proximidad. La neurocepción de seguridad se refleja en la inhibición de los sistemas de defensas y en la activación de la flexibilidad de comportamiento, que permiten un contacto adaptativo con los demás: extender la mano, apretar, contactar visualmente, aguantar, soltar, atraer, apartar. Este aprendizaje temprano en el contexto del apego, no solo favorece las capacidades relacionales (Schore, 1994; 2006; Fosha, Siegel y Solomon, 2009), incluidas las secuencias de acción tales como pedir ayuda o contactar con otras personas, sino también las estrategias autorregulatorias admitidas por el cuerpo, como permanecer arraigado, la respiración completa o una postura alineada (Ogden et al., 2006).

Los estilos de apego de la infancia –seguro, inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente– se caracterizan por ciertos tipos de dificultades, reflejadas y apoyadas por secuencias de acción concretas (Ainsworth, Belbar, Waters y Wall, 1978). Es importante destacar que incluso los pacientes con un apego seguro acuden a la terapia con problemas que tienen su origen en experiencias ligeramente insatisfactorias (en comparación con el apego inseguro), como la escasa atención por parte de sus padres, que estaban «demasiado ocupados», en experiencias algo duras, en cierto modo inconsistentes, insensibles, críticas, o cuya aceptación y aprobación estaban basadas en el rendimiento, como obtener buenas calificaciones en el colegio. Estas dinámicas podrían haber causado un grado de sufrimiento emocional, pero no haber sido tan severas como para producir un apego inseguro. El apego imperfecto, pero todavía seguro, promueve «la competencia afectiva», que incluye «ser capaz de sentir y procesar las emociones para un funcionamiento óptimo, manteniendo la integridad de uno mismo y de la relación que proporciona seguridad» (Fosha, 2000, p. 42). Sin embargo, aun en las mejores familias, en las que las figuras de apego han proporcionado una regulación suficientemente buena y reparación relacional, ciertas respuestas emocionales y ciertos patrones somáticos tienen preferencia sobre los demás.

De forma instintiva, todos los niños ajustarán sus necesidades interiores y sus respuestas conductuales a las exigencias y preferencias de sus padres, aprendiendo bien pronto lo que se espera de las relaciones. De manera inevitable, las expectativas de los padres dejan a un niño pequeño con dos opciones (inconscientes): una, cumplir las expectativas de las figuras de apego y, de este modo,

permanecer «seguro» y obtener su aprobación; o dos, no cumplir con sus expectativas y exponerse al «peligro», bajo la forma del rechazo, la crítica, la decepción, o incluso peor (Porges, comunicado personal, 13 septiembre 2013). En la medida de lo posible, estar a la altura de las expectativas sería la mejor elección, ya que hacerlo de forma habitual reduce la presencia y la frecuencia de ciertas características conductuales en la figura de apego que provocan que los niños neurocepten peligro de manera instintiva. De este modo, la supervivencia, la seguridad y la conexión social se preservan cuando el cumplimiento de las expectativas de los padres permite que el niño neurocepte seguridad.

El cuerpo reflejará y mantendrá los esfuerzos por satisfacer las expectativas de las figuras de apego. Por ejemplo, una paciente cuyos padres preferían la sumisión frente a la afirmación, podría abandonar la postura vertical y orgullosa y la mirada fija en los ojos del otro, y adoptar una postura algo más desplomada y una mirada más vacilante. Estaba dispuesta a consentir para «permanecer segura» y no ser rechazada por su familia. A su vez, la postura desplomada la ayudaba a mantener una actitud sumisa que no habría sido soportada por una postura erguida y orgullosa. Por otro lado, una paciente que la que se esperaba que respondiese bien y fuese firme y estoica, levantaba la barbilla de forma inconsciente, se mantenía erguida con sus hombros hacia atrás, esforzándose por cumplir estas expectativas. Sus emociones estaban sesgadas hacia la frustración y la ira como manera de «adaptarse» y, de este modo, permanecer segura en su familia, abandonando las emociones más vulnerables –la tristeza, el sufrimiento o la decepción no conocidos o no resueltos–. Estas pautas físicas y emocionales limitan la gama de afectos y comportamientos, pero no necesariamente indican antecedentes de apego inseguro.

De forma característica, los pacientes con antecedentes de apego inseguro-avoidante evitan situaciones y relaciones que estimulan las necesidades afectivas. Las acciones sencillas de búsqueda de proximidad, como estirar la mano o establecer contacto visual, pueden ser incómodas, embarazosas o incluso desreguladoras. Las acciones que buscan la distancia, como los movimientos de apartar o la evitación del contacto visual, pueden ser más cómodas (Ogden et al., 2006). La mayoría de los pacientes que han desarrollado pautas de evitación o de alejamiento tienen bajos niveles generales de excitación autónoma, dependen de la autorregulación (Cozolino, 2002; Schore, 2003a) para regularse a sí mismos y encuentran más fácil retraerse en condiciones de estrés que tomar medidas que fomenten interacciones con los demás (Cozolino, 2002). La expresión emocional tiende a ser mínima (Cassidy y Shaver, 1999); la sobrerregulación reduce la experiencia de los afectos positivos y negativos. A los pacientes les suele resultar difícil cambiar los bajos estados de excitación y modular la alta excitación (Schore, 2003a).

Por el contrario, los pacientes con antecedentes inseguros-ambivalentes tienen cierta inclinación a maximizar las necesidades afectivas, al temor al abandono, y a mantener una excitación general más alta. Preocupados por la dis-

ponibilidad de las figuras de apego, estas personas tienden al enmarañamiento, a una alta dependencia y a un aumento de la agitación afectiva y corporal ante la amenaza de separación de sus figuras de apego, incluido el terapeuta. Estos pacientes, que por lo general se encuentran muy cómodos con acciones que buscan proximidad, desean cercanía; además, les puede resultar más difícil tolerar la distancia en las relaciones. Para ellos, las acciones de empujar y de soltar son menos cómodas que las acciones de aferrarse, agarrarse y alargar la mano. Las personas con antecedentes de apego inseguro-ambivalente suelen tener un sistema nervioso simpático dominante (Cozolino, 2002; Schore, 2003a), con un bajo umbral de excitación y una dificultad concurrente en mantener la excitación dentro del margen de tolerancia.

El legado del trauma

Cuando los cuidadores no consiguen garantizar de forma regular la seguridad y la protección de un niño, la excitación oscila entre extremos de hiperexcitación y de hipoexcitación y, por lo general, el sistema de conexión social es incapaz de funcionar de un modo óptimo. La capacidad del niño para regular la excitación y para comunicarse a través del contacto visual, de la expresión facial y de la verbalización, o para responder afablemente a las propuestas de contacto de los demás, no logra desarrollarse de un modo adecuado. Por regla general, los pacientes traumatizados tienen un sistema de conexión social debilitado y, por consiguiente, no pueden neuroceptar seguridad de forma precisa, ni siquiera en ambientes no amenazantes (Sahar, Shalev y Porges, 2001). Muchos pacientes traumatizados han desarrollado una neurocepción «defectuosa» –esto es, «una incapacidad para detectar con exactitud si el entorno es seguro o si otra persona es digna de confianza» (Porges, 2011, p. 17)–.

De manera instintiva, los sistemas defensivos animales se catalizan bajo todo tipo de condiciones peligrosas o que suponen un riesgo para la vida. Bajo amenaza, el sistema nervioso simpático libera adrenalina para favorecer que el corazón bombee con más fuerza, haciendo más profunda la respiración y proporcionando a los músculos el oxígeno y la energía necesarios para avivar las defensas animales. Todos los sentidos se vuelven hiperalertas. El primer instinto del bebé es el de gritar, el denominado «grito de separación» (Panksepp, 1998; van der Kolk, 1987), «grito de apego» (Steele, van der Hart y Nijenhuis 2005) o, simplemente, «grito de ayuda», diseñado para asegurarse la cercanía de las figuras de apego, que le ofrecen su ayuda y su protección. La defensa de paralización, descrita como la «inmovilización alerta» (Misslin, 2008, p. 58), se caracteriza por una alta excitación, sumada a una completa cesación de movimiento –salvo la respiración y el movimiento de los ojos–. Existen defensas animales adicionales que activan el cuerpo para huir o pelear, que están disponibles a medida que maduran las capacidades motrices del bebé. Ahora bien, cuando

no hay nadie disponible para ayudar o es imposible resistirse o huir –o cuando ello solo empeoraría el trauma–, el cuerpo se entumece, se colapsa y se inmoviliza gracias a la rama vagal dorsal del sistema nervioso simpático, que estimula la defensa de la muerte fingida o el apagamiento.

Cuando la figura de apego es también una amenaza para el niño, dos sistemas con objetivos opuestos se activan de manera simultánea o secuencial: el sistema de apego, cuyo objetivo es buscar proximidad, y el sistema de defensa, cuya meta es proteger. En estos contextos, el sistema de conexión social está profundamente debilitado y su desarrollo se ve interrumpido por condiciones amenazantes. Este conflicto intolerable entre la necesidad de apego y la necesidad de defensa con el mismo cuidador resulta en un estilo de apego desorganizado-desorientado (Main y Solomon, 1986). Un conjunto de comportamientos contradictorios surge para soportar los diferentes objetivos de los sistemas de defensa animal y del sistema de apego (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999; Main y Morgan, 1996; Steele, van der Hart y Nijenhuis, 2001; van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006). Cuando el sistema de apego se estimula a causa del hambre, el malestar o la amenaza, el niño busca proximidad a las figuras de apego de forma instintiva. Pero mientras dura la proximidad a una persona amenazante, se movilizan los comportamientos defensivos de fuga, ataque, paralización o muerte fingida / apagamiento. El grito de ayuda se trunca porque la persona a quien acude el niño es la amenaza.

Los niños que sufren una traumatización relacional se clasifican en la categoría disociativa-desorganizada y, por lo general, son incapaces de autorregularse o de regularse a nivel relacional, habiendo experimentado extremos de baja excitación (como en el abandono) y alta excitación (como en el abuso), que tienden a perdurar con el paso del tiempo (Schore, 2009b). En el contexto del peligro crónico, las pautas de alta dominancia simpática son más propensas a consolidarse, junto con un ritmo cardíaco elevado, altos niveles de cortisol y respuestas de alarma que se activan con facilidad. Los niños han de permanecer hipervigilantes y estar en guardia para evitar el peligro, e incluso han de estar preparados para activar con rapidez un estado vagal dorsal de muerte fingida ante la amenaza inevitable. En el contexto del abandono, por su parte, un aumento del tono del sistema nervioso simpático, un aumento del tono vagal dorsal, un bajo ritmo cardíaco y el apagamiento podrían volverse crónicos (Schore, 2001a), reflejando una falta de estimulación en el entorno y la necesidad de ser discreto.

Estas respuestas, inicialmente adaptativas, al peligro inmediato se convierten en tendencias procedimentales inflexibles o dominantes cuando el trauma no está resuelto. Una vez que estas acciones se han codificado de modo procedimental, los individuos quedan con déficits regulatorios y «sufren hiperexcitación [e hipoexcitación] generalizada y reacciones psicológicas de emergencia frente a recuerdos específicos» (van der Kolk, 1994, p. 254). Los pacientes traumatizados suelen experimentar cambios súbitos, dramáticos, agotadores y confusos de estados emocionales, desde el miedo, la ira o, incluso, el júbilo desregulados,

hasta la desesperación, la indefensión, la pena o el afecto plano. Pueden continuar sintiéndose paralizados, entumecidos, tensos o siempre listos para pelear o huir. Pueden encontrarse en un estado de hiperalerta, ser excesivamente sensibles a los sonidos o a los movimientos, o sobresaltarse con cierta facilidad ante estímulos desconocidos. O puede que no reaccionen de manera adecuada ante los estímulos, que se sientan distantes de sus experiencias y sus cuerpos, o incluso que se sientan muertos por dentro.

A partir de las interacciones traumáticas y no traumáticas con las figuras de apego, los niños forman modelos internos de referencia (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1988), que comprenden representaciones de uno mismo, del otro y de las relaciones. Los modelos de referencia, que les ayudan a comprender el entorno y a predecir los resultados potenciales de sus acciones, están codificados en la memoria procedimental y se convierten en estrategias inconscientes de regulación afectiva (Schore, 1994) y de interacción relacional. Lejos de ser estáticos, estos modelos, con sus sentidos, sus predicciones y sus pautas físicas inherentes, se ven afectados por las experiencias subsiguientes en una espiral continua de desarrollo. Si están determinados por el trauma, por el apego, o por ambos, los modelos de referencia y sus pautas procedimentales de comportamiento reflejan la adaptabilidad del cerebro y del cuerpo. Las posturas, las expresiones, los movimientos y las respuestas autónomas habituales al entorno reflejan las predicciones sobre lo que está por venir, basándose en las experiencias que se repiten en el pasado. Décadas después de los acontecimientos, los pacientes exhiben pautas físicas que reflejan y respaldan sus historias. Estas pautas se han convertido en comportamientos predeterminados frente a otras acciones que serían más adaptativas en contextos actuales.

La disociación y la complejidad del yo

Ya sean seguras, inseguras o traumáticas, las dinámicas tempranas de apego son las primeras plantillas para el desarrollo de la cognición, de la gama afectiva, de la capacidad regulatoria y de las pautas físicas de los niños (la forma en que se mueven, sostienen su cuerpo y emplean ciertos gestos, posturas, expresiones faciales y demás). El apego es complicado. Los niños pueden desarrollar distintos tipos de apego con diferentes personas, y sus modelos de referencia de los demás y de sí mismos pueden ser complejos y contradictorios, incluso con la misma persona. Bowlby (1969/1982) afirma:

Para una persona, no es inusual manejar, de forma simultánea, dos (o más) modelos de referencia de su(s) figura(s) de apego, y dos (o más) modelos de referencia de sí mismo. Cuando hay operativos múltiples modelos de una única figura, es probable que difieran con respecto a su origen, a su dominancia y a la medida en que el sujeto tiene conocimiento de ellos (p. 205).