

EL ENCUADRE COMO ESCUCHA Y ACCESO A LA VIDA EMOCIONAL PROFUNDA. LA ÓPTICA PARA ALCANZAR EL CEREBRO SUBCORTICAL

THE FRAME AS LISTENING AND ACCESSING THE DEEP EMOTIONAL LIFE. THE LENS TO REACH THE SUBCORTICAL BRAIN

Mario C. Salvador Fernández

Alecés, Instituto de Psicoterapia Integradora del Trauma. Sant Cugat, Barcelona, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0107-7822>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Salvador, M. C. (2021). El encuadre como escucha y acceso a la vida emocional profunda. La óptica para alcanzar el cerebro subcortical [The frame as listening and accessing the deep emotional life. The lens to reach the subcortical brain]. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 177-195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.492>

Resumen

Este artículo explica cómo el sentido de nosotros mismos está conformado en las capas más profundas de nuestro cuerpo y cerebro subcortical y cómo luego influencia y colorea nuestra vida emocional consciente. Muestra cómo la vida consciente se asienta en los sistemas emocionales primarios con los que todos los mamíferos vienen equipados. Propone cómo una psicoterapia esencial debe alcanzar los estratos más profundos de nuestra psique en orden a promover un proceso de transformación y consolidación de una nueva narrativa y sentido del self. Se propone un modelo para desarrollar la habilidad de una escucha selectiva en el terapeuta que cree un sentido de ser límbicamente visto y organizar el encuadre para reprocesar la experiencia traumática. Finalmente, se ilustra el proceso con un estrato de una sesión de terapia en el cual el terapeuta ayuda al paciente a acceder a su historia dolorosa organizada en su vida temprana, historia que estuvo impregnando y organizando la vida adulta consciente.

Palabras clave: sistemas emocionales primarios, cerebro subcortical, encuadre, psicoterapia esencial

Abstract

This article explains how the sense of ourselves is shaped in the deeper layers of our subcortical brain and body, then later coloring our emotional and conscious life. It shows how our conscious life sits on primary emotional systems with which all mammals are equipped. It proposes how an essential psychotherapy should reach the deepest stratum of our psyche in order to promote a process of transformation and consolidation in a new personal narrative and sense of self. It exposes a model to develop the skills for selective listening in the therapist to create a sense of being limbically seen and to organize the frame for the reprocessing of traumatic experience. At the end, it illustrates this process with an excerpt of a psychotherapy session in which the therapist helps the patient to access her own painful history organized on her early life; this history was permeating and organizing the conscious and adult life.

Keywords: primary emotional systems, subcortical brain, frame, essential psychotherapy



En este trabajo se aborda el papel y la función del terapeuta para ayudar al paciente a acceder a los sistemas profundos, conformados en la vida temprana, que organizan y determinan en adelante la percepción de sí mismo, los otros y el mundo. Se plantea cómo lo que aquí se denominan “esquemas organizadores nucleares” se enraízan en nuestros sistemas emocionales primarios, de base neurobiológica, y que luego colorean nuestro modo de sentir y actuar en la vida actual. Se propone un modelo de escucha terapéutica que, señalando los indicios del material histórico aún activo, ayuda al paciente a localizar el contexto interpersonal original donde se conformó su percepción. Se expone el encuadre como una herramienta terapéutica que ayuda al acceso y localización de las experiencias raíz para posteriormente invitar al reprocesamiento de la experiencia de abajo-arriba (del cuerpo hacia las estructuras superiores cerebrales), en una manera que facilita que estas experiencias no metabolizadas, y encapsuladas en nuestro sistema subcortical-somático, puedan finalmente encontrar un ambiente propicio, la presencia plena y radicalmente aceptadora del terapeuta, pero también del mismo paciente sobre su propia experiencia dolorosa, para salir a la luz, ser completadas, transformadas y en último término consolidadas en una nueva forma de percibirse a uno mismo y al mundo.

Este modelo de escucha selectiva y encuadre es una forma de crear una sintonía con el cerebro más inconsciente, el subcortical, que guarda en formato implícito (somato-sensorial) nuestra historia antigua. Asimismo, es una herramienta para promover en el otro la experiencia de sentirse límbicamente visto y comprendido. Al final del artículo se ilustra este método de intervención con un extracto comentado de una sesión de terapia.

De lo Interpersonal a lo Intrapersonal

Nuestro cerebro es un complejo órgano de gestión de la vida. Como organismos multicelulares hemos necesitado desarrollar un órgano capaz de coordinar y gestionar la complejidad de los diferentes sistemas especializados que contribuyen a nuestra vida: el sistema cardiocirculatorio, sistema inmune, sistema nervioso, etc. Por otro lado, el ser humano es asimismo el animal mamífero más evolucionado en la especie, capaz de observarse a sí mismo, crear y transformar el medio. De alguna manera, la inteligencia nos ha dotado de la capacidad de estudiar el medio y manipularlo. La ciencia y la tecnología han puesto en nuestras manos una herramienta muy sofisticada para transformar la propia naturaleza y la naturaleza en general; esto puede estar hecho para ayudar al crecimiento y al desarrollo o para la destrucción. La terapia trata de crear un ambiente interpersonal propicio para que las capacidades de curación del cerebro humano se pongan en marcha y puedan procesar la información experiencial que no había sido metabolizada hasta el momento.

Gestionar la vida propia implica la capacidad de gestionar las necesidades propias, siempre cambiantes, y los intercambios con el mundo externo. Así que nuestro cerebro ha de evaluar constantemente, 24 horas al día, el estado del ambiente interno, el estado del ambiente externo y cómo se produce la interacción y el

intercambio entre ambos. Como mamíferos este intercambio con el mundo externo nos hace especialmente dependientes de la respuesta de nuestros congéneres. Dependemos unos de otros para regular nuestro mundo interno, muy especialmente en las etapas más tempranas de nuestro desarrollo.

La primera y más primordial tarea de nuestro cerebro en la gestión de la vida es ayudarnos a sobrevivir. Todo lo que organiza el cerebro es en función de ayudarnos a adaptarnos al medio para sobrevivir. Venimos al mundo ya equipados con una serie de programas neurobiológicos que son el resultado de la selección de aquellos programas reflejos más necesarios para relacionarnos con el mundo al nacer y antes de nacer, a lo largo de millones de años de evolución filogenética. Debido a que el ser humano necesita depender de sus cuidadores por más largo tiempo, también es más dependiente y vulnerable a las influencias del entorno exterior y de sus cuidadores en él y, al mismo tiempo, tiene más capacidad de aprendizaje y desarrollo que ningún otro mamífero.

Uno de los primeros sistemas emocionales primarios, en términos del neurocientífico Jaak Panksepp (1998) es el sistema de apego. El niño buscará y se orientará hacia el cuerpo de la madre tanto en busca de alimento y nutrición física como de conexión emocional y reconfortamiento, de importancia tan capital como el primero. Para el niño pequeño el apego es una cuestión de supervivencia. También sabemos que nuestro cerebro tiene un período sensitivo de aprendizaje de los esquemas relacionales en los dos primeros años de la vida. Así que en este tiempo la interacción de nuestra programación biológica con los cuidadores del entorno comienza a conformar los patrones o esquemas de estar en relación con el otro. Asimismo, es en la relación con los otros que vamos adquiriendo y dando forma a las vivencias y significados sobre nosotros mismos, los otros y el mundo. Para el niño pequeño, que siente que es amado o no por cómo es cuidado, comienza a organizarse lo que Damasio (2010/2018) llama el “proto-sí-mismo”, la vivencia corporal de quién somos para el otro; en esencia, si somos dignos o indignos.

Estos esquemas relacionales primarios funcionarán en adelante como un filtro que organizará y determinará una predisposición y atención selectiva a los estímulos externos y a atribuirles un significado que encaje con lo ya conocido o no. Este proceso corresponde con las ideas expuestas por Jean Piaget (1968) de asimilación y acomodación. Así que el niño ya se enfrenta a las experiencias con “una idea previa” de cómo podrán ser las cosas; y, como el humano vive generalmente con los mismos cuidadores durante un largo período de tiempo, predice qué se va a encontrar, asimilando lo que experimenta en lo ya conocido o acomodando lo ya conocido a los nuevos matices. De este modo va configurando las redes neurológicas que acumulan información sobre cómo sentirse, reaccionar y qué esperar. Estas redes neurológicas conforman al mismo tiempo diferentes sentidos del yo en función de los contextos y relaciones. Así pues, la vida interpersonal va configurando nuestro mundo intrapersonal, de alguna manera, lo que hay afuera hay adentro.

Pongamos un ejemplo: un bebé fue abandonado en su primer año de vida,

luego estuvo en cuidados institucionales y posteriormente fue adoptado. En la vida temprana esta pérdida del vínculo primario es una amenaza para su sentido de supervivencia, subcorticalmente puede verse en peligro de muerte. La inestabilidad de los vínculos en la institución de cuidados confirma que los vínculos no son seguros y que pueden perderse en cualquier momento, no se puede confiar; además, posteriormente la familia de adopción nunca ofrecerá una experiencia de vinculación de sintonía perfecta, así que será ya muy sensible a las pequeñas muestras de rechazo-abandono. Esto organizará en este niño un esquema relacional traumático con el que en adelante anticipará el abandono en otros contextos de la vida. Cuando vaya al colegio tendrá una sensibilidad aumentada a las muestras de sutiles rechazos, ser dejado de lado, ser ignorado, no visto... que asimilará en su esquema relacional como confirmaciones (retraumatizaciones) de experiencias de abandono y rechazo. Las experiencias que en los primeros años tienen una naturaleza esencialmente somática y emocional, posteriormente serán la base para la conformación de creencias limitadoras: “no merezco amor”, “no soy importante”, “no soy digno”, etc. y aprenderá a acomodarse a lo que percibe como exigencias y requerimientos del ambiente relacional.

Los Organizadores Primarios y las Emociones Primarias

Todo este mundo experiencial está ocurriendo en el infante en los primeros años del desarrollo, cuando las estructuras dominantes son el hemisferio derecho y el cerebro subcortical, que es de naturaleza somatosensorial y emocional. En palabras de Panksepp (2010) “aún existen mentes antiguas dentro de nuestras mentes humanas modernas, y no entenderemos nuestros procesos mentales superiores a menos que encaremos seriamente las soluciones neurales más tempranas que aún influyen en el complejo aparato mental de los mamíferos altamente encefalizados”.

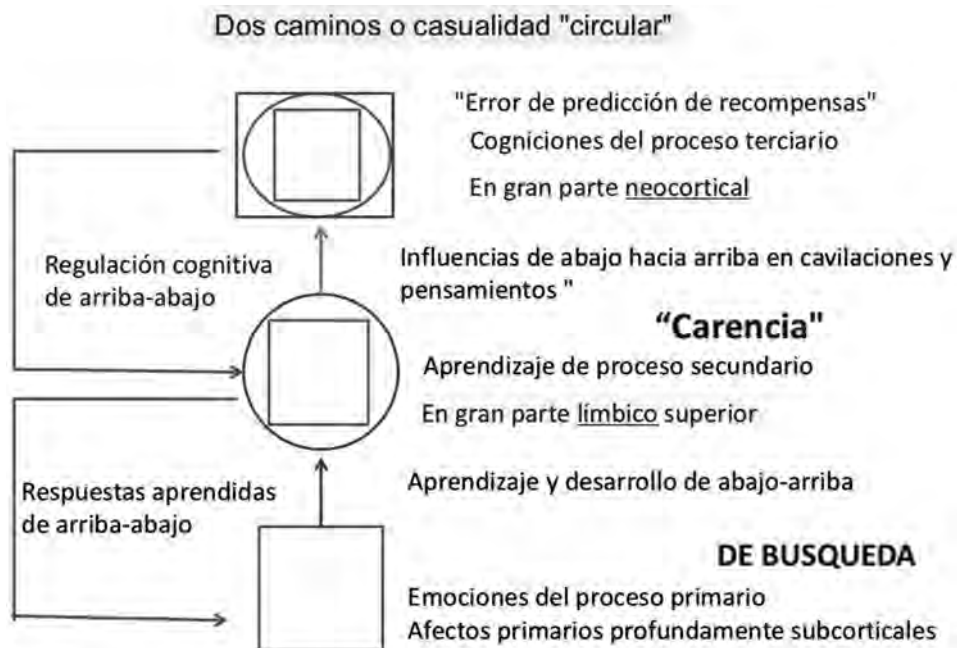
Panksepp (1998) estudió con estimulación eléctrica cerebral las áreas del cerebro subcortical que disparan respuestas emocionales primarias y que son comunes en todos los mamíferos. En esencia, nuestro cerebro subcortical (límbico y reptiliano) es compartido con el resto de las especies mamíferas. Él habla pues de “sistemas emocionales primarios” o “sentimientos en bruto” con los que venimos ya equipados neurobiológicamente como legado de la selección natural filogenética. Estos “sistemas emocionales primarios” nos equipan con respuestas predeterminadas ante estímulos o situaciones específicos sin tener que pensar, identifican amenazas primarias para la supervivencia y asimismo posteriormente informarán a los procesos mentales de orden superior. Informan de manera inmediata de qué hacer. Estos afectos emocionales de proceso-primario incluyen, según su investigación, búsqueda, temor, ira, deseo sexual, cuidado maternal, ansiedad de pérdida social y sistemas de juego-lúdicos.

Panksepp et al. (2012) y Panksepp (2011) proponen un concepto tripartito de las funciones mentales (figura 1) que maduran jerárquicamente y que continúan influyendo y coloreando las funciones de orden superior durante toda la vida:

- Funciones de procesos-primarios, que son resultado de la evolución y contienen mecanismos de acción vitales brutos pero muy eficaces. Habitualmente son tildados de reacciones “innatas” o “instintivas”. Están arraigados en sustratos neurales del cerebro reptiliano y límbico.
- Funciones de procesos-secundarios. Estas reflejan las capacidades cerebrales básicas de aprender mediante sensibilización-habituaación. Estos procesos secundarios se conforman cuando el individuo empieza su interacción con el medio, tratando de responder y adaptarse a lo que éste requiere. Aquí situaríamos las emociones sociales tales como la empatía, el orgullo, la vergüenza, la culpa, la confianza, etc. Se arraigarían asimismo en el cerebro paleomamífero o límbico.
- Funciones de procesos-terciarios. Incluyen, en palabras de Panksepp, todos aquellos procesos “reflexivos” del CerebroMente superior que referimos como pensamiento, toma de decisiones, planificación, las formas superiores de la intencionalidad (esto es, intenciones-de-actuar), y otros procesos neocorticales tales como la reflexión, la meta-reflexión, etc.

La idea de Panksepp, al igual que la de otros neurocientíficos tales como MacLean (1990), Damasio (2003/2005), es que cada estrato del sistema de orden superior se asienta sobre la adecuada o inadecuada maduración de los estratos inferiores. Es decir, un individuo no podrá hacer eficazmente tareas del orden terciario cuando hay alteración o daño en los estratos inferiores.

Figura 1. Anidamiento de la Mente Afectiva (imagen extraída de Jaak Pankseep, 2011)



Los sistemas emocionales primarios tienen una “sabiduría natural” y nos aportan respuestas inmediatas programadas por la evolución, no requieren el proceso cognitivo ni el aprendizaje.

Mientras que las funciones del proceso primario (afectos primordiales) son comunes a todos los mamíferos, a medida que ascendemos a los niveles secundarios y terciarios del Cerebro-Mente la complejidad del funcionamiento aumenta enormemente, va dando forma a manifestaciones idiosincráticas, que son individuales y dependientes de la cultura familiar, social, nacional...

Lo que aquí interesa es ver que las vidas emocionales de los sujetos adultos están tan fuertemente ligadas a las capacidades cognitivas superiores como a las redes emocionales inferiores. Pero las capacidades superiores (de orden terciario) no tienen “vida propia”. Podemos decir que todo lo que está en el piso de arriba sigue ligado a las muchas redes emocionales de las regiones inferiores del Cerebro-Mente y que estos sistemas subcorticales tienen “vida propia” (Panksepp, 2011; Panksepp et al., 2012). Los afectos ancestrales pueden controlar y regular los procesos cognitivos superiores. En la figura 1 se aprecia cómo el cuadrado de los procesos primarios está incluido en el círculo de los procesos secundarios y estos últimos incluidos en el cuadrado de los procesos terciarios. La terapia profunda habrá de acceder a estos estratos profundos, todavía incrustados en nuestros procesos terciarios y secundarios, que siguen condicionando la percepción para ayudar a su actualización.

En este sentido, consideramos el “sentido del yo” primordialmente como una matriz de memorias conscientes e inconscientes organizadas en episodios, historias y narrativas; las más determinantes de ellas grabadas en nuestra corporalidad en forma implícita y procedimental -en código somatosensorial- (Salvador, 2008). La toma de decisiones no consciente penetra y da forma continuamente a la construcción del “sentido del yo”, las capas ocultas de nuestro procesamiento neural pre-digieren y organizan nuestra experiencia antes de que emerja a nuestra consciencia. De alguna manera, en nuestro cerebro más antiguo, el subcortical, permanece todavía no procesada la información de nuestra historia dolorosa. Esta es la naturaleza del trauma: permanece congelado en el tiempo en nuestra neurobiología, aún no metabolizada e integrada.

Una psicoterapia profunda y transformadora ha de detectar, comprender y corregir el contenido y la organización de estas capas ocultas. Las capas ocultas –como matriz de memorias implícitas, procedimentales, cognitivas y memorias sensomotoras- crean nuestra realidad milisegundos antes de llegar a nuestro yo consciente (Salvador, 2009). Lo que llamamos *intuición* es el resultado de decisiones rápidas e inconscientes que guían nuestros pensamientos, sentimientos y acciones sin nuestro conocimiento consciente (Damasio, 1999/2001). El terapeuta ha de ayudar a su paciente a acceder a este mundo implícito “olvidado”, “rechazado” y por tanto “abandonado también por uno mismo”.

Antonio Damasio (2010/2018) expresa con otras palabras esta misma idea

de la importancia de nuestro mundo antiguo aún vivo en nuestras sensaciones y nuestra corporalidad:

...el conocimiento oculto de la gestión de la vida precede a la experiencia de ser consciente de cualquier conocimiento de esta índole. Asimismo, afirmo que el conocimiento oculto es bastante sofisticado y no debería ser considerado primitivo. La complejidad de este conocimiento es enorme y su aparente inteligencia notable... Si bien al hacer este planteamiento no degrado la posición que ocupa la consciencia, en cambio, sí que doy un mayor valor a la gestión no consciente de la vida, al tiempo que sugiero que constituye el plano de organización que estructura las actitudes e intenciones que hallamos en la mente consciente. (p. 69)

El terapeuta que practica una terapia esencial ha de estar atento a cómo los indicios de la vida antigua, aún viva, están determinando las actitudes y reacciones en la vida presente del paciente. Esta vida antigua aún viva continúa impregnando nuestro sentido del yo y del mundo marcado por la percepción elaborada y fijada en las etapas tempranas de nuestro desarrollo. Podemos considerar la terapia como un proceso continuo de actualización de información que se quedó fijada y atrapada en el tiempo y que en la compulsión a la repetición busca cómo mostrarse, completarse y finalmente transformarse. Para ello es necesaria la presencia de alguien que sepa escucharnos límbicamente.

El Trabajo en la Relación Terapéutica

La primera tarea del terapeuta en una psicoterapia esencial es proporcionar una experiencia de conexión profunda a su paciente, de manera que pueda sentirse “límbicamente sentido”. Ello implica co-crear la experiencia de estar ante alguien que ahora ve y responde con respeto y amabilidad lo que en relaciones previas no supieron ver o incluso rechazaron o amenazaron. Esta tarea implica varios factores:

a) Crear una atmósfera de seguridad. Como muestra Stephen Porges (2001) en su Teoría Polivagal, nos curamos en relaciones seguras, los caminos neuronales de la conexión social coinciden con los de la curación y el crecimiento. Porges descubre que nuestro nervio vago, implicado en la regulación emocional y la conexión de nuestro cerebro reptiliano con el cerebro entérico (las vísceras) sigue también un modelo jerárquico: la primera manera en la que buscamos protección y calma es acudiendo a nuestros congéneres; si en el acudir por ayuda nos sentimos a salvo y confortados, todo el sistema vuelve a la homeostasis y al bienestar. Si las relaciones de cuidado fallan en proporcionar seguridad y apoyo afectivo, se dispara un segundo sistema, el simpático, encargado de activar nuestras respuestas de defensa activas: huida o lucha; si éste es efectivo en evitar el peligro o resolverlo, el organismo de nuevo vuelve a la homeostasis. Si este segundo sistema también falla, entonces hemos de activar un sistema más antiguo y extremo, el sistema de inmovilidad parasimpática (rama

vagal dorsal); ello implica que el organismo trata de inhibir sus respuestas de defensa activa para parecer inmóvil, invisible y no llamar la atención. Este último implica un apagamiento de la energía para entrar en un estado de letargo que si se mantiene entra en “la congelación”. Los individuos que han tenido que recurrir a este sistema para defenderse de las amenazas ambientales experimentan este estado como disociación. Como dice Janet (1889) “cuando el cuerpo no puede escapar, la mente busca cómo no estar”. Es conocida la correlación entre esta respuesta sostenida de congelación y la traumatización, por ello se dice que el trauma es información congelada en el tiempo en el mismo código implícito en el que fue vivido.

b) Convencer al cerebro subcortical, implicado en la supervivencia, de que ahora se está en un nuevo contexto. Con muchos de nuestros pacientes, la primera tarea terapéutica es ayudarles a volver a la relación, y a diferenciar que las reacciones traumáticas de transferencia hacia el terapeuta en realidad vienen de otro contexto relacional, y que ahora están en una relación presente y segura. Neurobiológicamente es una manera de calmar la reacción de alarma y dolor disparada por las estructuras subcorticales para que el paciente adquiera una experiencia de estar en un nuevo contexto presente libre de peligro.

c) Ayudar al paciente a ir situando su centro de identidad en una mente de autoestudio y autoobservación (el estado de mindfulness) desde el que puede ahora contemplar compasivamente su propia experiencia antes olvidada, repudiada o disociada (“no soy yo”). Esto permitirá activar las áreas prefrontales del cerebro implicadas en la meta-reflexión, la regulación y el mindfulness, que permitirán al paciente poder “sentir una experiencia” pero “no estar siendo su experiencia”. De este modo podrá permanecer como un observador compasivo y acogedor de su experiencia recordada y escuchar su historia dolorosa olvidada. Es aquí donde se despierta la capacidad del sistema de curarse a sí mismo y poder procesar una información que todavía necesitaba contar; necesitaba contar esa historia antigua en la presencia de alguien (ahora el terapeuta presente pero también el paciente presente sobre su propia experiencia) para poder salir a la luz, ser finalmente completada para adquirir un nuevo sentido transformado y consolidada como un recurso vital adquirido de la experiencia vivida.

Esta tarea inicial se va construyendo con la presencia en sintonía del terapeuta.

El Terapeuta como Detective: La Indagación

En la primera parte de la terapia parte del trabajo activo del terapeuta es elaborar una indagación amplia de la experiencia y las dificultades que refiere el cliente. El terapeuta “hace una tarea de detective” para ayudar al cliente a clarificar la naturaleza de la dificultad, encontrar su raíz y el contexto en el que fue adaptativo e ir elaborando el encuadre que exponga a la luz de la consciencia el esquema

organizador nuclear de la experiencia dolorosa o limitadora.

La indagación es un instrumento poderoso en manos del terapeuta para impulsar el proceso de sanación. Es a través de la indagación respetuosa que el terapeuta ayuda a que el cerebro del cliente profundice en la naturaleza del problema, la búsqueda de su raíz (los esquemas organizadores) y el impulso a su resolución. La indagación guía la atención del cerebro a volverse sobre sí mismo –cuando está dirigida al proceso intrapsíquico- y a despertar la capacidad de reflexión o meta-reflexión: un cerebro que empieza a observarse a sí mismo. Es a través de la indagación en sintonía y en una relación terapéutica en presencia plena que vamos ayudando a que la mente del cliente vaya adoptando un enfoque de autoestudio. Esto es el estado de mindfulness o presencia plena del cliente en su propia experiencia, sin juicio, sin expectativas ni presupuestos o definiciones sobre la experiencia. El propósito último de la indagación es ayudar al cliente a entrar en contacto más íntimo y amistoso con su experiencia, y a desarrollar un sentido de curiosidad natural y compasiva por conocer cómo se adaptó inteligentemente para sobrevivir.

El propósito de la indagación no es pues obtener información sino promover el proceso mismo de reflexión y mirada interna y en perspectiva hacia el mundo fenomenológico-experiencial intrapsíquico del cliente; ya que nuestro sistema de vida en piloto automático nos entrena a funcionar de un modo más habitualmente reactivo hacia el mundo exterior y no da lugar al proceso meta-reflexivo.

Hacer preguntas y elaborar intervenciones que estimulen y apoyen este tipo de búsqueda interna, en el respeto a la inteligencia y el coraje con el que el cliente ha construido sus defensas, es la esencia de una buena indagación (Erskine et al., 1999/2012). La indagación efectiva ayuda a la persona a obtener sus respuestas únicas invitándole a mirar en lugares y de maneras que nunca había considerado (o atrevido) por sí misma. El terapeuta no tiene las respuestas, pero sí ha de haber desarrollado una observación muy selectiva a la hora de detectar los indicios de la experiencia traumática aún viva que emerge y colorea el relato verbal y somático del paciente. Las intervenciones del terapeuta ofrecen al paciente una dirección distinta de la suya habitual por la que buscar y mirar, accediendo al mundo subcortical.

En el mismo sentido, el objetivo de la indagación no es para que el terapeuta obtenga una respuesta, sino que esencialmente es para que el cliente encuentre, se reapropie y habite las partes de su experiencia que había disociado, negado o repudiado. Es, asimismo, una manera de ir situando el centro de la curación dentro del propio paciente. Las respuestas son más para el cliente que para el terapeuta, aunque el terapeuta también aprenda de las respuestas y le ayuden a organizar y formular el encuadre sobre el que el cerebro del cliente ha de enfocar y procesar.

A medida que avanza la indagación, el terapeuta aumenta su nivel de sintonía con el proceso del cliente y este se sentirá profundamente comprendido ante alguien que está implicado e interesado, alguien que es capaz de ver su mundo negado y hasta ahora incomprendido. Una de las razones por las que la indagación misma forma parte de la curación es que está hecha dentro de una relación

auténtica entre el terapeuta y el cliente; ésta provee el contexto seguro en el que el cliente se puede descubrir, conocer y sanar a sí mismo. De hecho, la relación terapéutica puede y muchas veces ha de ser motivo de indagación en sí misma; ya que supone la activación de una red neurológica nueva en el cliente, la de estar esta vez acompañado por alguien seguro, presente e interesado. Ayudar al cliente a comparar el esquema relacional nuevo, vivido en la relación con el terapeuta, con el esquema relacional antiguo y traumático, en el que no había nadie o quien había era la fuente de la amenaza, es una manera poderosa de ayudar a integrar material nuevo en los esquemas antiguos (principio de Hebb, 1949: neuronas que se activan juntas se conectan juntas).

En la indagación en sintonía no hay ninguna agenda oculta en el terapeuta, éste está abierto a lo que emerja por sí mismo. Cada intervención del terapeuta estará basada en la respuesta que el cliente ha dado a la anterior. Así es un proceso co-construido e impredecible. El terapeuta abraza “el principio de incertidumbre” y asume que “no sabe sobre los significados del paciente”, se abre a acoger la experiencia de este tal como es y tal como emerge, sin plan previo.

El Encuadre, “La Óptica para Mirar en el Cerebro Profundo”

La indagación del terapeuta orienta la mirada del paciente a su mundo interno, guía “por dónde buscar” la información rechazada, para localizarla en el contexto original en que se conformó (esquema organizador) y posteriormente dar espacio para que esta experiencia, y normalmente el niño que la vivió, pueda contar su verdad original a la dimensión del Observador Amoroso (estado de mindfulness) que es en el que el paciente se ha ido situando.

La labor de detective del terapeuta está basada en una escucha muy selectiva, sabiendo que debajo de la superficie del relato hay material nuclear histórico aún activo y vivo que limita la percepción y la actuación del paciente. Esta escucha selectiva ha de prestar atención a los indicios de ese material nuclear que se asoma en el relato (“organizadores” y “marcadores emocionales”). Señalando la información significativa, el terapeuta devuelve una fórmula que ofrece “un encuadre” a través del cual mirar más profundamente; de alguna manera el encuadre actúa como una ‘lupa’ que dirige al cliente hacia dónde mirar de manera más enfocada y profunda. El encuadre también facilita al cerebro un marco en el que sostener el procesamiento.

La figura 2 contiene los elementos clave para entrenar la escucha selectiva del terapeuta y organizar el encuadre que oriente y enfoque la mirada hacia el mundo interno doloroso del paciente, las capas profundas del mundo subcortical. El encuadre aporta asimismo una herramienta poderosa para promover un sentido de ser “límbicamente escuchado”. En la primera fase el terapeuta ayuda pues a que el paciente pueda ir más allá de la historia que se cuenta racionalmente (neocorticalmente) para poder ir accediendo a los esquemas organizadores nucleares, el material nuclear, y a las escenas originales donde la historia traumática se estaba

viviendo en un contexto interpersonal. En una segunda fase, una vez accedido al contexto experiencial antiguo (lo que ya está facilitando una diferenciación entre el momento presente del ahora y una experiencia que proviene del pasado), se ayudará al paciente a escuchar esta historia antigua encontrada de abajo-arriba (del mundo subcortical-somático al mundo neocortical, ahora en su función de consciencia observadora sin juicios y compasiva).

Los Organizadores y Marcadores Emocionales Emergentes del Material Subcortical

A continuación, a efectos de clarificar los elementos clave utilizados, se exponen los conceptos claves para el encuadre manejados en el modelo del embudo, enmascarados en el relato verbal y no-verbal del paciente, a los que el terapeuta ha de prestar atención.

El psicoanalista José Bleger (1967) define el encuadre como un conjunto de constantes, lo que él llama el no-proceso; y frente a eso, coexistiendo, estaría el proceso, que sería lo móvil y lo variable. El encuadre como sostén constante va a operar como fondo sobre el cual emergerá la figura, o sea todo lo que tiene que ver con lo móvil, lo variable y el proceso experiencial.

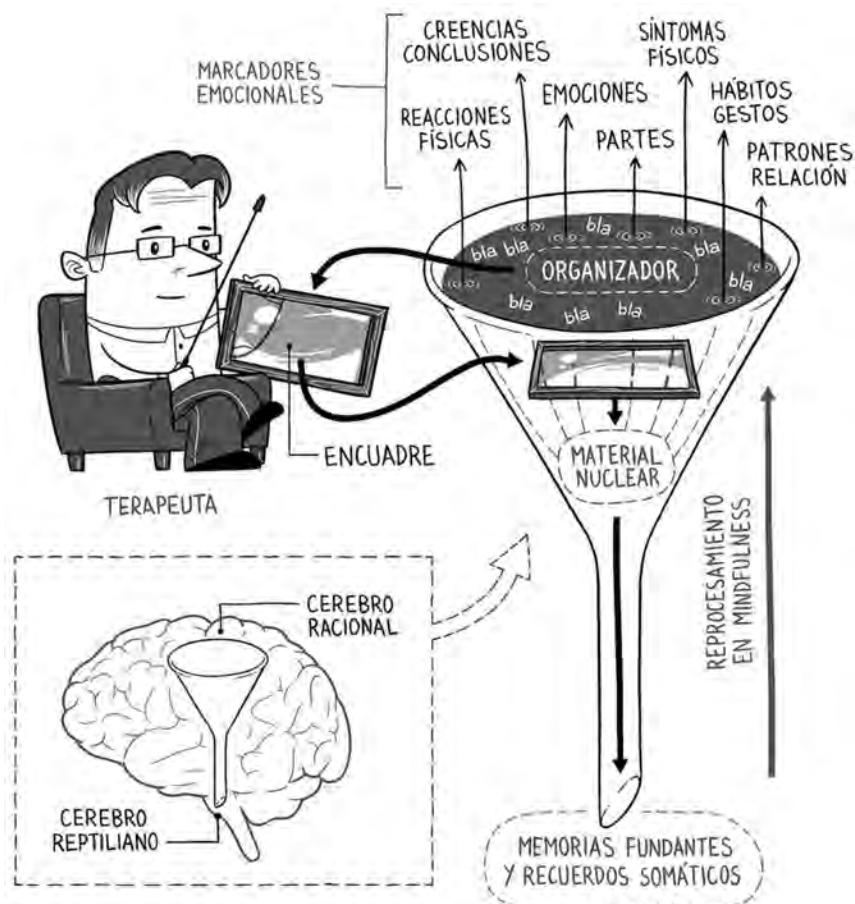
El encuadre organiza y está al servicio del procesamiento de la experiencia; realiza una función de sostén y de contención a la manera de lo que deben ser las constantes que brinda una madre para el crecimiento de su hijo (de cuidado, de protección). Éstas permiten que el yo del niño se desarrolle ya que la madre, alberga y contiene, pero también sostiene los límites; contiene y limita las emociones intensas que se pudieran presentar durante el procesamiento, al transmitir que el otro está viendo y acompañando el mundo interno propio. El encuadre se ofrece como un marco que brinda seguridad psicológica.

Los “organizadores” constituyen esquemas subyacentes que organizan (en el sentido en que se habla de organizadores en embriología) el comportamiento de un grupo y, por ejemplo, orientan la elección y las decisiones. En el ámbito de la psicología, René Spitz (1959) utiliza el término “organizador” por analogía con su antecedente embriológico y lo define como el resultado de la integración completa, es decir, la formación de una nueva estructura psíquica sobre un nivel de complejidad más elevado. Por ejemplo, el paciente puede organizar su experiencia en determinadas vivencias con un denominador común de impotencia, abandono, desamparo... o en torno a su esperanza o recursos de salir de una situación, digamos un recurso de libertad y tranquilidad. Estos organizadores sirven así para clasificar y organizar aquellas experiencias que comparten una cualidad emocional similar.

Se emplea el término “marcador emocional” en base a la propuesta del marcador somático (Damasio, 1994/2011), que propone que la toma de decisiones es un proceso guiado por señales emocionales relacionadas con la homeostasis, las emociones y los sentimientos. Los marcadores emocionales en este modelo se refieren a aquellos indicios del material nuclear: la vivencia fenomenológica

que tuvo lugar en las experiencias antiguas, que condujeron a la elaboración de las decisiones y conclusiones limitadoras, las sensaciones físicas, las emociones dolorosas asociadas, la referencia a partes internas que refieren una experiencia diferenciada y, cuando la experiencia está disociada, los síntomas físicos que la delatan. El terapeuta podrá escuchar en el relato del paciente estos marcadores que determinan no solo sus maneras de percibir sino también impulsan sus decisiones y acciones en el manejo de su situación actual. Podemos escuchar las reminiscencias de la historia antigua en creencias tales como *“llorar no sirve para nada”*, *“nadie está para mí”*, etc. (que hablan de un contexto en el que esto era una realidad y lo que la persona concluyó para manejarla). Asimismo, podemos observar patrones de gestos (por ejemplo, taparse las piernas con la falda reiteradamente como marcador de cuando en un tiempo temprano alguien tocaba sexualmente a la cliente), patrones de conducta tales como aislarse y no pedir; podemos observar los indicios en reacciones fisiológicas que contienen el relato somático de lo vivido en el contexto pasado, o incluso en el lenguaje de partes o estados del yo diferenciados (por ejemplo, *“una parte de mí siente miedo a...”*). Por último, como se ha señalado, se pueden ver los indicios de experiencia activa y traumática no procesada en los síntomas físicos; ocurre cuando las defensas de la disociación han tenido que hacer una negación extrema.

Desarrollando el modelo de la figura 2, el encuadre hace referencia a cómo el terapeuta, en algún momento del proceso de indagación, puede detectar el esquema organizador que conforma la forma de percibir, pensar y sentir que el cliente experimenta en sus circunstancias o situación actual. En el extracto de terapia que se presenta más abajo la experiencia de no haber tenido una madre suficientemente buena fue lo que aglutinó sus acciones para su determinación a *“ser una buena madre”* (*“organizador”*). En la narración verbal y no verbal el cliente va expresando su manera de percibir y vivir el problema, esta está envuelta de muchos matices y palabras que describen lo que experimenta (su *“bla, bla, bla”*). A veces el *“bla, bla, bla”* también es un distractor del material más doloroso; y, en cualquier caso, es la explicación que la mente consciente y el cerebro racional se han dado acerca del problema. El terapeuta en su escucha selectiva detecta los *“organizadores”* y *“marcadores emocionales”* en torno a los cuales están conformados los patrones de percepción-emoción-experiencia somática-conducta. Estos *“organizadores”* y *“marcadores emocionales”* provienen de las experiencias relacionales tempranas que fueron causa de dolor y/o trauma. En la narración del problema, entre los contenidos de la narración, en algún momento emergerán aspectos del material antiguo del sistema profundo y subcortical-somático del cliente. Estos indicios emergentes revelan *“aspectos del material nuclear”* y podrán actuar como *“ventanas de entrada”* a la experiencia profunda. Podemos escuchar conclusiones tales como la *“imposibilidad de atenderme”*, *“no hay espacio para mí”* —en el extracto de terapia más abajo, *“llorar no sirve de nada”*.

Figura 2. Modelo de Embudo para el Encuadre

Los marcadores emocionales -indicios emergentes- dan intensidad al relato y son manifestaciones de la historia antigua aún viva en el cerebro subcortical y el cuerpo del cliente. El terapeuta observando y señalando estos marcadores emocionales ayuda a que el cerebro del cliente se enfoque, busque y localice el contexto de la historia temprana no actualizada (extracto de terapia: “cuando yo nací mi madre estaba deprimida, estresada y no tenía nada para dar”), y acceda al “material nuclear” que influye la manera de vivir en el contexto actual (la lucha por ser buena madre). El terapeuta al detectar estos marcadores emocionales y los “organizadores” puede ofrecer un “encuadre” por el que mirar en el nivel más profundo (terapeuta: “parece que ser buena madre es todo un asunto en tu vida”), al tiempo que el cerebro pueda situarse en un modo de autoestudio y autoobservación compasiva (mindfulness) y pueda sostener y enfocar la mirada interna en la experiencia dolorosa en un estado de autorregulación en el que es posible el reprocesamiento y la curación. El

encuadre actúa pues como una “mirilla”, “ventana” o “lente” con la que ayudar al cerebro del cliente a enfocar e ir al fondo –se adapta a la imagen de un embudo que va reduciendo su foco para ser cada vez más concentrado-, acceder al material nuclear y a las experiencias fundantes y al contexto histórico; y al mismo tiempo actúa de sostén y de contenedor para el procesamiento de manera que la persona se mantenga observando lo que llega desde el mundo subcortical y somático. Ahora el cliente puede mantenerse más fácilmente en un estado de consciencia dual (el Yo que Observa y el Yo Experiencial) en el que el cerebro subcortical y el cuerpo cuentan una verdad largamente retenida.

Al elaborar un encuadre apropiado facilitamos que el cerebro pueda procesar el “material nuclear” que compone la vivencia (las conclusiones limitadoras, las creencias, las emociones que responden a las necesidades frustradas, la experiencia corporal que la acompaña, las decisiones de supervivencia). El cliente ahora está en condiciones de acoger y procesar la historia que cuenta su cuerpo en su lenguaje de sensaciones, emociones, imágenes, conclusiones y decisiones que expresan la manera en que sobrevivió. Este es el proceso que sostiene un espacio para la autocuración, que Salvador (2017) denomina “La Burbuja Curativa”. El espacio en el que la historia no metabolizada se despierta y comienza a contarse en un modo secuencial: inicio, desarrollo de la trama, desenlace y resolución. Esta historia va desde el contacto y la historia de las defensas hacia el acceso y la descarga de la historia dolorosa de nuestra naturaleza vulnerable y hasta llegar a la emergencia y vivencia de nuestras cualidades naturales de alegría, creatividad, amor, libertad, espontaneidad, coraje... (la transformación). Es en este contar y descargar la historia enterrada que ocurre el proceso de transformación que supone el reprocesamiento: la historia ahora acogida y aceptada por la dimensión del Yo Observador o Yo Esencial (Salvador, 2017) que se apropia y habita su propia experiencia de una manera nueva.

Extracto de Terapia: La Puesta en Práctica

Veamos un trozo de terapia con Constanza, que empezó tratando su sentimiento de culpa por “no ser lo buena madre que quiere”. En el tiempo previo a esta transcripción está exponiendo su experiencia de mucho dolor en el parto de sus dos hijos y su depresión posterior.

Terapeuta (T): *¿Qué estaba pasando en tu vida o cómo era tu vida cuando nació este segundo hijo?* (el terapeuta opta por llevar a la clienta al contexto previo al nacimiento del segundo hijo)

Clienta (C): *Bien, estaba bien. ¿Cuándo nace?*

T: *Sí.*

C: *Hombre, yo tuve un postparto muy duro del segundo hijo. Un parto y postparto muy duro.*

T: *¿Qué lo hacía duro?* (indagación fenomenológica: el terapeuta muestra interés en saber más sobre la experiencia).

C: *Mucho dolor. Un parto de mucho dolor. De mucho aguante por una idea de parto natural, de parir en casa. Mucho dolor. El primero también fue así.*

T: *¿El primero también así?* (repetir la pregunta es una forma elegante de decir “dime más sobre eso”, sin abusar de la interrogación).

C: *El primero fue un parto de mucho dolor, de mucho aguante que terminó en cesárea de urgencia y después del 2º me quedé muy dolorida, desgastada y muy hecha polvo físicamente y con 2 niños pequeños. Un bebe recién nacido y otro... a los dos les daba de mamar, además, al mismo tiempo.*

T: *¡Guau! ¿Y cómo era estar tan cansada, dolorida y tener dos niños que te siguen necesitando tanto?* (la exclamación es una forma de reconocer y valida la intensidad de la experiencia; después se sigue invitando a revelar más de la vivencia fenomenológica).

C: *Difícil, difícil porque desde que creció el segundo yo me he sentido así* (extiende los brazos y balancea) *como tironeada. Como... por uno y otro... con una dificultad de integración realmente. Y me sigo sintiendo así. Como sigo sintiendo que los dos me reclaman para ellos solos o algo así, ¿no?*

T: *Como que te tiran cada uno de un lado.* (Esta intervención expresa la implicación del terapeuta que refleja de nuevo reconocimiento y validación de la experiencia. La intervención condensa la vivencia “veo lo duro que es eso y hay algo importante en tu experiencia”).

C: *Impotente, de no poder darles lo que quieren, lo que necesitan.*

T: *Y tengo la impresión de que eso toca un asunto muy fundamental en ti.* (El terapeuta aprovecha para retomar algo que había salido al principio de la sesión, la preocupación de la cliente por ser buena madre. Esta intervención trata de enfocar en el encuadre sobre lo importante de ser buena madre y la impotencia como “organizador” de la experiencia. A la vez, el modo de preguntar no impone ningún contenido, solo enfatiza la importancia del asunto “ser madre” como “esquema organizador” de la experiencia –ver figura 2. Se siembra la semilla de enfocar “el ser buena madre” como experiencia raíz fundadora).

C: *Sí* (el “sí” de la cliente confirma que la intervención del terapeuta es un encuadre acertado).

T: *He escuchado que sufriste para tener dos partos naturales y entiendo esto como el deseo de ser la mejor madre y darles la mejor experiencia posible.* (Aquí de nuevo el terapeuta reconoce y valida el esfuerzo y sufrimiento por tener un parto natural como el deseo de “ser buena madre”, es una confirmación. “Ser la mejor madre” establece un encuadre para enfocar aún más la búsqueda. Las intervenciones van estrechando el embudo de la experiencia para ayudarlo a ir más al fondo y afinar el enfoque).

C: *(Asiente con la cabeza)*

T: *Así que tu frustración ya nace ahí por lo menos. Queriendo darles esa experiencia, diferente y natural que no pudiste.* (La sintonía aquí se expresa

en el reconocimiento –lo veo- y la validación –veo que es importante- del esfuerzo como el intento de ser buena madre; al mismo tiempo se coloca la semilla de que quizás este intento viene de un tiempo más atrás “ya nace aquí por lo menos”; se estimula el puente afectivo a la experiencia antigua).
C: *Sí, ahora ya no lo vivo tanto así. Como que he podido darle otra vuelta al asunto y desculpabilizarme, un poco por lo menos. Pero sí que había una cosa de ¿por qué yo no puedo?*

T: *Observa qué te respondías a esa pregunta* (El terapeuta en esta intervención impulsa a tomar consciencia de las conclusiones y decisiones de supervivencia adoptadas por la cliente).

C: *No tenía respuesta* (empieza a llorar). (La emoción es en sí una respuesta)

T: *Tenemos que pararnos en esto porque ahora estoy viendo este sufrimiento tuyo.* (Esta intervención contiene reconocimiento –“veo tu dolor”- y validación “y es importante”. El terapeuta con esta intervención invita a dar tiempo, enfocar y profundizar escuchando la historia que expresan las lágrimas, se estrecha el embudo – figura 2).

C: *Sí, cuando nació no estaba bien. Yo me sentí deprimida por un tiempo, supe lo que era una depresión postparto, no me sentí deprimida mucho tiempo, pero sí, al inicio sí hasta que se me fue el dolor físico. Pero luego, la intensidad de la vivencia con los dos pequeños ha sido muy estresante y lo sigue siendo. Y en parte aún siento que estoy deprimida en eso.* (Esta respuesta revela que el marco ofrecido de “ser una buena madre” ha tenido un coste alto y personal para la cliente).

T: *Vamos a mirarlo...* (Con esta expresión se transmite “hay algo de muy importante en esto, quedémonos aquí y démosle tiempo. Es una manera de invitar a estrechar el foco, cerrar el embudo).

C: (Llora. Señal de que la intervención del terapeuta es efectiva)

T: *Está bien que estés en tus emociones, no tienes que ahogarlas. Vamos a escucharlas hasta donde tengan que ser escuchadas.* (Una vez más el terapeuta valida las emociones –las emociones son recuerdos implícitos-manifestando de manera implícita que tienen importancia y una historia que contar al tiempo que manifiesta su actitud de estar presente e interesado e invita al Observador de la cliente).

C: (Llora)

T: *Veamos un poco más lo que pasa en ti cuando estás en esa depresión. ¿Cómo es estar en la depresión?* (Esta validación da paso a enfocar más la experiencia de estar deprimida y estrecha el marco de la experiencia situando la mirada más abajo en el embudo para acceder al material nuclear –figura 2).

C: *Pues cansancio, y como una imposibilidad de atenderme a mí. No hay espacio para mí.* (Aquí se revela la raíz más antigua del esquema organizador: “no hay espacio para mí”; la cliente está llegando al material nuclear.

Esta creencia dolorosa es una conclusión de supervivencia y una “ventana de entrada” a la experiencia más profunda y antigua).

T: *Escucha esa conclusión: “No hay espacio para mí”. Quédate en ella y escucha que más contiene...* (Ahora el terapeuta señala una información y sostiene el proceso para que la clienta pueda observar más enfocadamente toda la importancia de esta vieja conclusión: marcador emocional que revela el material nuclear. Obsérvese que en las fórmulas empleadas por el terapeuta se está dirigiendo reiteradamente tanto al Yo Observador como al Yo que guarda la experiencia “escucha esa conclusión”. Veamos a dónde lleva este señalamiento y el marco propuesto).

C: *No hay espacio para mí. Para mis necesidades, para algunas de mis necesidades.*

T: *Suena como una conclusión muy vieja en tu vida: “no hay espacio para mí”. Porque otros ocupan ese espacio. Cuando resuenas con esa emoción siento que estás conectando con emociones más profundas aún.* (Ahora el encuadre trata de dar un salto de las vivencias fenomenológicas más actuales a la raíz histórica, las memorias fundantes que organizaron la experiencia. En términos de sintonía es el momento adecuado para hacer el puente afectivo al pasado, aquí tenemos una “ventana de entrada” que asoma a la historia antigua. Es el momento adecuado ya que hasta aquí la cliente ha expresado su vivencia actual).

C: *Sí, sí... bueno, me voy a mi infancia y al paralelismo de la experiencia de mi madre, cuando yo nací. Que estaba deprimida, estresada y nada para dar.* (El encuadre tiene éxito y la clienta accede a su experiencia fundante temprana).

T: ¡*Guau! ¡Nada para dar!* (Este señalamiento y validación transmite la importancia del dolor para una niña).

C: *Muy poco, muy poco.*

A partir de aquí la clienta accede al recuerdo infantil de que su madre también estaba muy deprimida cuando ella nació, y cómo tuvo que desarrollar una defensa de dureza de “vivir con poco”. En el extracto podemos ver cómo las intervenciones del terapeuta están dirigidas a que la cliente entre en contacto más profundo con su experiencia, pueda conocerla, expresarla e invitar a emociones más profundas a contar la historia que estaba encapsulada. Todas las intervenciones se dirigen a orientar la búsqueda hacia su proceso interno, haciendo señalizaciones sobre los indicios del material nuclear y elaborando encuadres. A lo largo del proceso, el terapeuta invita a la cliente a quedarse sobre sus emociones intensas para que éstas puedan expresar parte de la historia que tienen. También podemos observar cómo cada intervención del terapeuta se basa en la respuesta que acaba de dar la cliente. Esta es la forma de mantener la sintonía, no se abren nuevos caminos, sino que se invita a profundizar y a entrar en contacto con lo que fue acallado. La implicación del terapeuta se muestra constantemente a través del genuino interés –manifestado

tanto en las exclamaciones que señalan la importancia de algo, como en las intervenciones de validación y reconocimiento.

En este extracto vemos cómo la tarea del terapeuta ha ido la exploración y consciencia sobre los fenómenos psicológicos (sensaciones, emociones, cogniciones) vividos en el contexto presente, lo que se está manifestando en el momento de la sesión y que está conectado con el deseo de tratar de ser “una buena madre” y “la impotencia” (organizadores), hasta poder llegar al contexto histórico: cómo la cliente vivió la desatención de su propia madre porque también estaba deprimida (experiencia fundante o raíz). Asimismo, en el proceso de investigación se explicitan las decisiones de supervivencia: “*no hay espacio para mis necesidades; no hay nada para dar*” (y más adelante “*tengo que ser dura para no necesitar*”); este es el material nuclear que ha de ser reprocesado ahora. Vemos cómo en la medida que el terapeuta se mantiene presente e implicado, puede elaborar sus intervenciones de acuerdo con el material que se va despertando, simplemente lo espera y lo acoge en sintonía. En el transcurso de la indagación se va entrenando también la capacidad de la cliente de estar presente en su propia experiencia –modo de autoestudio-, de observarla, conocerla, aceptarla... El contacto interpersonal es el puente al contacto interno (Bollas, 1979; Orange et al., 1997; citados en Erskine, 1999/2012); construyendo así paulatinamente un vínculo interno entre el Observador del paciente y su Yo Experiencial.

Durante este tiempo de sesión se ha puesto de manifiesto el esquema organizador de la experiencia “ser buena madre” (figura 2). La vivencia fundante “*como niña recién nacida no tenía una madre disponible y nutritiva*” conformó el esquema organizador de cómo percibir y sentir la relación madre-hijo que luego conformó su determinación a “ser una buena madre”. Con todo ello tenemos un encuadre óptimo y la activación necesaria para pasar a la fase de reprocesamiento, de escucha desde el lenguaje somatosensorial, y promover una cura transformadora. Ahora la cliente ha descubierto el contexto original del que viene su vivencia y ha desarrollado una actitud observadora que le facilitará el reprocesamiento en mindfulness y una consolidada sintonía relacional.

Referencias

- Bleger, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. En J. Bleger (ed.), *Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico* (pp.237-250). Paidós. <http://www.fepal.org/images/2002REVISTA/espanol/bleger.pdf>
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza: Neurobiología de la emoción y los sentimientos* (J. Ros., Trad.). Crítica. (Trabajo original publicado en 2003)
- Damasio, A. (2001). *La sensación de lo que ocurre* (F. Páez de la Cadena. Trad.). Debate. (Trabajo original publicado en 1999)
- Damasio, A. (2011). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano* (J. Ros., Trad.). Destino. (Trabajo original publicado en 1994)
- Damasio, A. (2018). *Y el cerebro creó al hombre. ¿Cómo pudo el cerebro generar emociones, sentimientos, ideas y el yo?* (F. Merle Ortí, Trad.). Destino. (Trabajo original publicado en 2010)

- Erskine, R. G., Moursund, J. P. y Trautmann, R. L. (2012). *Más allá de la empatía: una terapia de contacto-en-la-relación* (N. Mestre Madrid, Trad.). Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1999)
- Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior: a neuropsychological theory* [La organización del comportamiento: una teoría neuropsicológica]. Wiley.
- Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique* [Automatismo psicológico]. Félix Alcan editeur.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions* [El cerebro trino en evolución: el papel de las funciones paleocerebrales]. Plenum Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions* [Neurociencia afectiva: los fundamentos de las emociones humanas y animales]. Oxford University Press.
- Panksepp, J. (4 de febrero de 2010). *Neurociencia de la afectividad: desde el exilio*. <https://www.desdelexilio.com/2010/02/04/neurociencia-de-la-afectividad-entrevista-a-jaak-panksepp/>
- Panksepp, J. (2011). Cross-species affective neuroscience decoding of the primal affective experiences of humans and related animals [Decodificación de neurociencia afectiva entre especies de las experiencias afectivas primarias de humanos y animales relacionados]. *PLOS ONE*, 6(9), e21236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021236>
- Panksepp, J., Asma, S., Rami, G. y Greif, T. (2012). Philosophical implication of affective neuroscience [Implicación filosófica de la neurociencia afectiva]. *Journal of Consciousness Studies*, 19(3-4), 6-48. <https://www.psychologytoday.com/sites/default/files/attachments/109303/jcs-articlefinal.pdf>
- Piaget, J. (1968). *Los estadios del desarrollo intelectual del niño y del adolescente*. Revolucionaria.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system [La teoría polivagal: sustratos filogenéticos de un sistema nervioso social]. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146. [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(01\)00162-3](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(01)00162-3)
- Salvador, M. C. (2008). El guion de vida en el cuerpo. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 59, 238-246. http://com.aespat.es/Revista/Revista_ATyPH_59.pdf
- Salvador, M. C. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5-16. <https://tienda.revistadepsicoterapia.com/catalog/product/view/id/867/s/el-trauma-psicologico-un-proceso-neurofisiologico-con-consecuencias-psicologicas/category/3/>
- Salvador, M. C. (2017). *Más allá del yo, encontrar nuestra esencia en la curación del yo*. Eleftheria.
- Spitz, R. (1959). *A genetic field theory of ego formation. Its implications for pathology* [Una teoría del campo genético de la formación del ego: sus implicaciones para patología]. The New York Psychoanalytic Institute.