

# Cuando las Palabras son Espejos del Alma. Terapia de Interacción Recíproca

## When Words are the Soul's Mirrors. Reciprocal Interaction Therapy

Roberto Aguado

Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado, España.

**Resumen.** Es cada día más interesante en el trabajo del psicólogo clínico o del psicoterapeuta, el indagar sobre aquellos acontecimientos que suceden en la relación entre el paciente y el terapeuta. Somos conscientes que se ha estudiado con frecuencia las variables que influyen en el ser humano para que pase de un estado de salud mental a un estado de enfermedad. También hemos estudiado suficientemente todo lo que ocurre en la mente del psicoterapeuta mientras está realizando su labor, sabemos de sus ansiedades, de sus dificultades ante situaciones que él no tiene resueltas, incluso sabemos de aquello que puede proyectar o puede determinar sus decisiones. Sin embargo poco sabemos y menos se ha investigado sobre las verdaderas conexiones que se establecen en la propia relación entre el terapeuta y el paciente, y si en ellas se pueden encontrar las propias explicaciones de las soluciones que se producen. En definitiva nos interesa saber si, en la relación terapeuta-paciente por si sola, hay determinantes para desarrollar la solución o el empeoramiento del sufrimiento del paciente. En este artículo intentaremos trasmitir la importancia de escuchar al paciente sin dejar de lado esas palabras que acentúa de forma especial, teniendo en cuenta su forma de expresar aquello que le hace sufrir, no tanto desde el significado tradicional, como desde el significado que pueden tener dentro de su discurso y sobre todo de su biografía. El vínculo terapéutico es un espacio mágico que trasciende de lo aparente, y por lo tanto únicamente sucede cuando se escucha no sólo lo que se dice, también cómo se dice, y fundamentalmente sobre qué los dice nuestro paciente. En este artículo se describen algunos de los aspectos fundamentales en los que se basa la terapia de interacción recíproca y, para ello qué mejor que la exposición de un caso.

*Palabras clave:* psicoterapia, interacción, recíproca, vínculo, relación, terapeuta, paciente.

**Abstract.** Inquiring about those events that happen in the relationship between patient and therapist is becoming more interesting in the work of clinical psychology or psychotherapy. We are aware of the fact that the variables that have an influence on the shift from mental health to a mental disorder have been frequently studied. It has also been sufficiently studied what happens in the minds of the therapists while developing their work; we know of their anxieties, of their difficulties in situations that are personally unresolved, and we even know how they can project or determine their decisions. Yet little is known and less has been

---

La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse a [raguado@robertoaguado.com](mailto:raguado@robertoaguado.com)

investigated on the real connections that are established in the very relationship between therapist and patient, and if they could explain for the solutions produced while in therapy. Ultimately, we want to know if the therapist-patient relationship by itself is crucial to develop the solution of the problem, or to worsen the patient's suffering. In this article we will convey the importance of listening to the patient without neglecting those words that are specially emphasized, taking into account the way the patient expresses what is making him suffer, not so much from the traditional meaning, but from the meaning that it may have in his speech, and especially from his biography. The therapeutic relationship forms a magical space that transcends the apparent, and therefore only happens when one listens not only to what is being said but to how it is being said, and mainly on what the patient wants to say. This article describes some of the fundamental aspects that form the basis of the mutual interaction therapy, and the better way to do it is presenting the following case.

**Keywords:** psychotherapy, interaction, reciprocal, link, relationship, therapist, patient.

## Vínculos, palabras y psicoterapia

Son muchos años los que llevamos estudiando el vínculo relacional como uno de los espacios más interesantes en el cambio terapéutico. La Terapia de Interacción Recíproca es una terapia que entiende que el vínculo es uno de esos espacios mágicos donde se puede influir, para conseguir un cambio que concluya en la satisfacción del paciente y de esa forma impedir que el sufrimiento sea su fondo emocional. Pensamos que las relaciones con las primeras personas referenciales, son cruciales para el sustrato biológico y neurológico que nos proporciona la sensación como mamíferos de seguridad o de peligro. Entendemos que un cerebro emocional codificado en peligro, no solo gobierna la totalidad del sistema global, sino que en estas condiciones, la enfermedad es necesaria dentro de una dinámica de aviso y comunicación sobre la inmediatez de un cambio que ayude a mantener una mejor manera de interacción con el exterior y el interior del psiquismo que está en conflicto.

Todas nuestras representaciones, cogniciones, conductas o emociones, se pueden entender en clave de memorias, y estas memorias gobiernan no solo en el presente, sino que nos abren los senderos del futuro y determinan nuestra experiencia en el pasado. Estas memorias necesitan para grabarse caldos de cultivos propicios, y después de mucho investigar y observar, tanto neurólogos, como biólogos y psicólogos hemos llegado a la conclusión de que los condimentos de este guiso son:

- Un estado mental determinado que debe contener una biología y una activación específica.
- Un ambiente suficientemente ligado a componentes de seguridad-peligro para el sistema que memoriza.

Ser querido y alimentado es la plataforma necesaria para sobrevivir. Cuando nuestro cerebro límbico puede identificar que se están realizando las necesidades afectivas básicas, certifica que podremos sobrevivir, y esto da seguridad al sistema. Es aquí donde se consigue el estado mental al que nos referíamos anteriormente. En este momento la biología subyacente consigue un clima de seguridad y de bienestar.

Los nutrientes, no solo podemos entenderlos como alimentos en forma de comida. También son nutrientes el cariño, que nos certifica que vamos a seguir recibiéndolos, y que nos permiten seguir, a nivel biológico, percibiendo lo que ya existe a nivel emocional. Por lo tanto el cariño determina la seguridad biológica y existencial, mientras que la comida asegura la vida en nuestro organismo.

¿Qué ha pasado en los vínculos de aquellos que consultan como pacientes, aquellas personas que no podemos determinar tengan que una enfermedad mental, y sin embargo mantienen una relación nociva con ellos y con los que les rodean?

Como han mostrado numerosos estudios (Feeney, B. y Kirkpatrick, L., 1996, citados por Gayó, 1999; Baldwin, M., Keelan, J., Fehr, B., Enns, V. y Koh-Rangarajoo, E., 1996; Renn, 2006), los niños que han disfru-

tado de una relación de apego seguro tienden, en su vida adulta, a buscar formas de reparar los efectos de las rupturas en las relaciones y eso hace que sus vínculos tengan una relativa consistencia. Cuando el apego ha sido inseguro y los niños no han recibido atención de los padres frente a diversas formas de estrés sufridas, la tendencia que aparece es una reducción en la expresión tanto de sus necesidades de recibir ayuda, como de sus sentimientos de vulnerabilidad. Esta deficiencia en la expresión de afectos empuja al niño-a a una desconexión de sus propios estados emocionales.

En cuanto a los niños y niñas criados en vínculos de apego desorganizado (Hennighausen y Lyons-Ruth, 2010), éste puede provenir tanto de padres que atemorizan a sus hijos/as (donde se dan formas francas de maltrato), como de padres que alternan entre proveer de cuidados adecuados y retirar bruscamente cualquier tipo de disponibilidad y vínculo afectivo con los hijos/as.

En aquellos casos en que ambos padres son responsables de provocar miedo e intranquilidad en sus hijos, los niños y las niñas se ven abocados/as a un callejón sin salida ya que son las propias figuras protectoras las que producen temor. Como escapar del maltratador que custodia la seguridad conduce a un traumatismo doble, ya que no se consigue el derecho a la protección y la seguridad, y además el peligro aparece cuando la puerta del hogar se cierra. Estos niños/as alternan entre estados de hiper-vigilancia y protesta airada y estados en los que predomina la disociación y un bajo tono emocional.

Cuando nos encontramos con traumas acumulativos en las relaciones, éstos van a terminar por producir un impacto en la maduración del sistema orbito-frontal y generar una permanente falta de regulación en los estados de miedo. Algunos trabajos relacionan el apego desorganizado con una predisposición a la violencia en las relaciones personales, a padecer estados disociativos y trastornos de conducta en niños y adolescentes, así como a desarrollar un trastorno en la vida adulta, el denominado trastorno borderline de la personalidad.

Si tuviera que definir al ser humano desde una posición de psicólogo clínico, lo haría resaltando su universo vincular, de tal forma que el conjunto de los vínculos con el que nos relacionamos podría ser una de las aproximaciones más cercanas a lo que realmente somos, y lo que es más importante, cómo nos comportamos. La forma en que nos relacionamos y nos vinculamos, tanto con nosotros mismos, como con quien nos rodea es uno de los indicadores de nuestra forma de proceder, sentir y pensar. Aquel que tenga menguado su universo vincular, se sentirá sólo, roto, abandonado, cuándo no indefenso. Tener vínculos excesivamente simbióticos nos hace ser dependientes, así como no tener vínculos, nos provoca un autismo psicológico muy trágico.

Los vínculos son puntos de cruce. Si imaginamos una red, cada uno de los puntos de cruce entre las hebras de la red, será un vínculo. Por ejemplo en la red social, cada una de nuestras interacciones con aquellos que nos relacionamos define un punto de cruce, aquello que es crucial, lo importante, lo que nos define, y sobre todo lo que nos hace ser como somos, para lo bueno o para lo malo. Lo crucial y lo esencial están muy cerca. Para descubrir nuestra esencia, tenemos que saber cuáles son nuestros puntos cruciales, en ellos encontraremos nuestra debilidad y también nuestra fortaleza.

De hecho, cuando se produce el desgarro o la pérdida de uno de estos vínculos, es muy probable que se produzca lo que en los modelos dinámicos denominan, emergente, es decir, uno de estos vínculos rotos produce un emergente en forma de motivo de consulta tal como un ataque de pánico, una sensación de indefensión o el propio dolor, y eso es la emergencia. Definimos emergencia como la expresión en forma de emergente de la posible rotura de un punto crucial dentro de la red global del individuo. La emergencia aparece cuándo un punto de cruce está en crisis y este desequilibra la homeostasis de la trama vital.

En Terapia de Interacción Recíproca sabemos bien que estos enlaces o vínculos tempranos no sólo nos dan climas de seguridad o de inseguridad, de dependencia o independencia, y sobre todo de simbiosis o autonomía, sino que son además las bases en las que nos apoyaremos permanentemente a lo largo de nuestra vida.

Los vínculos con nuestras personas referenciales, tanto en nuestro microcontexto, mesocontexto o macrocontexto, y sobre todo la huella que estos vínculos ha dejado en nuestro ecosistema emocional, son elementos a tener en cuenta en toda nuestra red afectiva, y si en algún momento de nuestra existencia, se detecta una situación de peligro en estos cimientos, es probable que emerja, en forma de emergencia, un ataque de pánico, o

cualquier otra crisis que pueda ser catalogada en cualquier manual diagnóstico, pero que en definitiva nos avisa de que algo importante está sucediendo en nuestra capacidad de sentirnos en seguridad.

El vínculo que se establece entre dos mamíferos, en el que uno de ellos es identificado como autoridad, es casi siempre un vínculo que produce seguridad. Ese tipo de vínculos se consigue en psicoterapia, y desde esa opción, el terapeuta es capaz de conseguir cambiar las memorias emocionales, los vínculos, y las relaciones con los personajes básicos, de la vida del sujeto, y de esta forma liberarle de la amenaza constante y sobre todo, del intento voluntario para conseguir el control.

## Neuroquímica de la relación vincular

Los estímulos que entran por nuestros sentidos (no olvidemos que cada receptor-neurona sensorial tiene 10.000 neuronas que hacen posible que ese estímulo sea representado en su totalidad) visuales, auditivos, olfativos, cenestésicos o gustativos circulan por las neuronas a una velocidad de unos cientos de Kilómetros por hora, entrando esta información en núcleos “relees” tal como el Tálamo sensorial, el Núcleo del tracto solitario o el Núcleo Parabrámquial, que si en algún momento detectan en estos estímulos alguna percepción de posible peligro, envían la información de forma inmediata a un centro neurológico de nuestro sistema emocional que llamamos Amígdala (almendra en griego). Esta información es todavía más rápida si el estímulo no viene del exterior, sino que es un estímulo interoceptivo, es decir, propio de nuestro organismo. En este momento aún no somos conscientes del estímulo, y ya a este nivel, la Amígdala realiza una interpretación biológica en clave de emergencia, por lo que es posible que al activar la rama simpática del sistema nervioso autónomo, se produzca:

- Dilatación en nuestras pupilas, para así poder ampliar nuestra visión.
- Mayor capacidad en la audición.
- Constricción en la piel.
- Latido cardíaco más rápido, para de esta manera bombear más sangre a todo nuestro organismo, recibiendo más sangre en piernas y brazos, y menos en cabeza y estómago.
- Mayor tasa respiratoria, ya que se intenta llevar más oxígeno a nuestros músculos.
- La piel suda para enfriar el músculo, pero también para lubricarse y ser más hábil si tenemos que escapar luchar.

Y muchos otros cambios fisiológicos, que cómo ya sabe el lector (Aguado, R., 2005, 2009), no es nada más que una preparación al más alto nivel neuronal para que todo nuestro organismo pueda estar preparado para el ataque o la huida. Todos estos cambios fisiológicos se producen, tal como he dicho anteriormente, sin que sea mos conscientes aún del estímulo que lo ha provocado, y son posibles gracias a cambios químicos que se producen por la activación en distintas zonas del cerebro. Estas zonas están plenamente subordinadas a la orden de la Amígdala, que al dar la señal de alarma activa directamente al Hipotálamo que se segregan en uno de sus núcleos, en concreto el lateral, una serie de químicas que provocan en la Hipófisis la síntesis de corticotropina, que a su vez produce una activación en las glándulas suprarrenales que como consecuencia segregan un torrente de Adrenalina en el riego sanguíneo. Esta adrenalina circulante junto con la corticotropina, son las responsables de la taquicardia y de la elevación de la tasa respiratoria. No olvidemos que entre el latido cardíaco y la tasa respiratoria hay una relación casi directa. En este caso quien realmente regula al otro es el pulmón al corazón.

Otro núcleo del Hipotálamo (núcleo paraventricular) activa la rama simpática del sistema nervioso autónomo, ya que este núcleo del hipotálamo consigue provocar el engatillamiento de otra zona cercana denominada Locus Coeruleus (lugar azul). El Locus Coeruleus es activado tanto por la Amígdala como por el núcleo Paraventricular del Hipotálamo. Esta región es la zona donde se sintetiza la mayoría de Noradrenalina o Norepinefrina, neurotransmisor hermanado con la Adrenalina, y que tiene capacidad para gestionar dentro del

cerebro. La Noradrenalina es el marcador biológico de la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo, por lo tanto cuándo queremos saber en laboratorio cuánto está activada la rama simpática, lo podemos concretar estudiando la cantidad de Noradrenalina circulante. La Noradrenalina es capaz de producir los cambios propios de alerta en nuestros órganos de los sentidos, piel y riego sanguíneo que hemos mencionado antes.

La Amígdala también interviene en la activación de la Región gris Periacueductal, que incide en la capacidad para poder mover los músculos y seguramente en la posibilidad de quedarte inmovilizado o salir despavorido ante una situación de amenaza.

En este momento nuestro cerebro cortical o inteligente es cuándo se hace consciente de la situación que se está viviendo. Si el sujeto tiene una estructura psicológica suficientemente capaz de enfrentarse a una reacción de este tipo (cómo consecuencia de la permanente interacción que tenemos a estos niveles con nuestra biografía), interpreta las sensaciones cómo un mero susto, y puede reconducir las estructuras subcorticales desde una interpretación tranquilizadora del estímulo mediante su neocórtex. Hay dos zonas cerebrales esenciales que son capaces de parar esta situación de alarma: El Hipocampo y el Lóbulo orbital frontal. El Hipocampo es un centro precognitivo, y un gran almacén de memoria sensorial. En él, tenemos guardada mucha información de nuestra experiencia y las consecuencias que han tenido para nosotros múltiples situaciones vividas. Es por ello un centro esencial para poder apaciguar la activación amigdalar y, por lo tanto, parar la vivencia global de amenaza. Si el Hipocampo realiza una interpretación suficientemente tranquilizadora del estímulo al que estamos expuestos, organiza una reacción inhibitoria en la Amígdala, de forma directa, e indirectamente avisa al Lóbulo orbital frontal de la capacidad de confrontación ante un hecho similar en otras ocasiones, por lo que la estructura cortical (lóbulo orbital frontal) puede inhibir a su vez la activación de la Amígdala y del Tálamo sensorial, parándose el proceso, y entrando de nuevo la totalidad del organismo, en una fase de conservación de la energía, a través del engatillamiento de la rama parasimpática del sistema nervioso autónomo. El neurotransmisor que lleva a cabo esta empresa es la acetilcolina. Por lo tanto, el Hipocampo es un almacén dónde se encuentran las informaciones que provienen de los sentidos en constante feedback con la Amígdala y con la Corteza prefrontal. En definitiva la amígdala activa la emoción y el lóbulo prefrontal la apaga. La conexión entre estas estructuras resulta crucial para el funcionamiento adaptativo. Esta conexión es la base de los esquemas emocionales.

Para ejemplificar toda esta dinámica cerebral, nos sirve la clásica explicación que podemos imaginar si, al abrir el embozo de nuestra cama, encontramos una serpiente. En ese momento, mucho antes de poder interpretar la situación, tendríamos todos los desencadenantes antes mencionados, hasta que nuestro cerebro intelectual-cognitivo se da cuenta de que esa serpiente es de plástico. Cuando esto sucede, tanto el Hipocampo como el Lóbulo orbital frontal interpretan la situación como no peligrosa y consiguen activar toda la respuesta de conservación de energía, y de esta forma desactivan la parte del sistema límbico que se había preparado para la activación de gasto energético ante una situación de amenaza.

El inconveniente es que hay cerebros que esta interpretación no tienen oportunidad de poder realizarla, es decir, no tienen la capacidad de poder realizar una reorganización de la situación, ya que los circuitos corticales e hipocámpicos quedan bloqueados ante la situación de amenaza. ¿Qué estoy intentando comunicar? Simplemente que el cerebro que tiene miedo al miedo, ante ciertos estímulos (estar sólo en la calle, ir en autobús, estar en un centro abarrotado de personas etc.) una vez llegan a los centros superiores y al hipocampo la información, estas estructuras sobre todo las corticales, quedan aisladas y no pueden inhibir la subcortical - esta forma de proceder es propia de un sistema de seguridad ante peligros vitales, en los que no se pierde tiempo en interpretar ya que es necesaria una respuesta de supervivencia – y en consecuencia no se tiene la capacidad de poder inhibir el engatillamiento de la química del pánico. Esta forma de proceder es fundamental cuándo estamos ante peligros reales, en los que nuestra vida corre peligro. En cambio, es verdaderamente nefasta cuándo nos encontramos ante situaciones que para el resto de los mortales son normales pero que nuestro cerebro identifica como de extremada peligrosidad, impidiendo que la razón, la inteligencia, el sentido común, la lógica ana-

lítica-formal (y por lo tanto las estructuras neurológicas que las sustentan) puedan cambiar la situación de amenaza por normalidad. De tal manera que el cerebro que tiene miedo al miedo. En numerosas ocasiones es un cerebro secuestrado por el programa de seguridad para situaciones terroríficas, impidiendo que se produzca una interpretación racional de la situación y respondiendo como si algo verdaderamente peligroso se estuviera viviendo.

Todo este estudio, respecto a lo que ocurre en una situación de activación, nos proporciona tres informaciones trascendentales para el tratamiento y la tecnología a emplear, para que ésta sea eficaz:

- El cerebro está gobernado y funciona de forma completamente distinta, tanto desde el punto de vista neurofisiológico como psicológico, si es un cerebro que tiene miedo al miedo, a si es un cerebro que no padece este trastorno. Es decir, el cerebro que tiene miedo al miedo, incapacita el control cognitivo, mientras que el cerebro que vive el miedo, pero no tiene miedo al miedo, es capaz de controlar desde la razón la respuesta emocional. Por lo tanto en cuanto al manejo del miedo son dos cerebros completamente distintos.
- Las estructuras superiores, en el cerebro que tiene miedo al miedo, están incapacitadas para poder reconstruir la situación, y curiosamente emplear en este tipo de cerebro la reestructuración cognitiva, es una metodología útil para un número de sujetos, más o menos el 65 %, pero no para todos (LeDoux, 1995; Cano-Vindel, 2003; Fernández-Berrocal y Extremera, Hervás y Vázquez, 2006; Salguero-Noguera e Iruarrizaga-Díez, 2006; Barlow, 2008), ya qué hay un porcentaje elevado – 35 % a los que esta tecnología no sólo no les mejora, sino que en muchos casos les somete en una indefensión terapéutica. Este 35 % corresponden a todos los que, en el proceso terapéutico, han sido incapaces de restablecer desde el neocortex un control del sistema límbico.
- La solución, en la mayoría de estos cerebros, debemos encontrarla en la primera interpretación cerebral (emocional) y no tanto en la segunda interpretación (intelectual o cognitiva). Es decir si tenemos una borrasca podemos poner diques al agua (emplear la razón para combatir la emoción descontrolada del miedo), pero si a lo que nos enfrentamos es a un tsunami, entonces lo único que podemos hacer es apaciguar el mar, ya que por muchos diques que pongamos no serán suficientes. Pero ¿cómo apaciguamos el mar? Más adelante lo explicaremos y para ello, emplearemos un programa que nos ayude a sobrevivir.

## El vínculo en psicoterapia

Estas conclusiones tienen una importancia sublime para la intervención ante cualquier sufrimiento que necesita de psicoterapia, ya que aunque toda la comunidad científica esté de acuerdo en las premisas anteriormente expuestas, sin embargo, es habitual, por no decir global, la creencia científica de que la forma en que hay que resolver este cortocircuito neurológico entre el sistema límbico y el sistema neocortical, es enseñando al sujeto a realizar la interpretación cognitiva de la situación a través de la reestructuración. Cuando se aplican tecnologías terapéuticas de estas características, realmente a nivel neurofisiológico, lo que se hace es conseguir que el cerebro cortical sea capaz de poder intervenir en el proceso, reestructurando la respuesta del sujeto desde el sentido común y la capacidad de confrontación, y de esta forma el sujeto será capaz de identificar la normalidad del estímulo y por lo tanto pueda inhibir la respuesta de pánico, tristeza, rabia... por otra de tranquilidad, seguridad, felicidad... (desensibilización). Tal como hemos referido anteriormente esta forma de intervención no es eficaz para todos los pacientes y la realidad clínica nos indica que cerca del 35 % de los sujetos que realizan psicoterapia cognitivo-conductual no son capaces de salir del secuestro emocional en el que se encuentran, ya que su cerebro límbico impide que puedan retomar, desde la razón, el control. Y es en este punto dónde comienza nuestra investigación, ya que todos sabemos que las conexiones entre el sistema límbico y la corteza cerebral pasan por unos canales muy potentes, es decir la emoción inunda la cognición y bloquea el control desde el lóbulo frontal-orbital, ya que las conexiones entre la corteza cerebral y el sistema límbico pasa por unos canales muy delgados, que se pueden colapsar con facilidad impidiendo la comunicación. De aquí nues-

tra sentencia: “la emoción decide y la razón justifica”. El problema es que en muchas ocasiones la justificación no cambia la decisión que ya ha sido tomada.

Proponemos cambios en la forma sobre cómo interpretamos desde nuestra atalaya de psicólogos y psiquiatras. Y para ello invitamos a la comunidad clínica a que se dé cuenta de que cambiando donde intervenimos, evitamos estériles sufrimientos a los pacientes. La reestructuración es propia de un cerebro que hemos denominado CEREBRO TIPO I, pero en un número muy alto de pacientes (más del 35 %) para conseguir un cambio terapéutico, hay que trabajar con memorias emocionales que impiden dicha reestructuración, de tal manera que, en primer lugar hay que intervenir en la emoción para cambiar dichas memorias. En aquellos pacientes que habitan en un CEREBRO TIPO II, la incapacidad de reestructuración (como consecuencia del secuestro emocional) produce una segunda sensación de indefensión, ya que aunque el paciente pueda intentar la reestructuración, no lo consigue, siendo habitual la frase “Sé que lo que me ocurre es una idiotez, sé que no debo sentir lo que siento, pero lo siento y eso es lo que me hace sentirme mal”. La creencia de que la razón siempre es capaz de modificar la respuesta emocional, no sólo no se sostiene desde el punto de vista neurológico, sino que no deja de ser una especie de idealismo, impropio de científicos. Metafóricamente podríamos decir que de una borrasca podemos defendernos poniendo diques en el puerto, pero de un tsunami los diques no nos defienden.

La razón debe ser capaz de modular la emoción. Estar bajo la dictadura de las emociones no es conveniente. Pero saber que esto tiene que ser así, no significa que siempre lo sea, de tal forma que cuando la emoción es la que gobierna sobre la razón (programa supervivencia) en ese momento de poco sirve lo que tiene que ser y es en esta situación dónde tenemos que dejar la ideología psicológica y reconocer los hechos. Para poder intervenir con un cerebro en el que la emoción es la que lleva las riendas, hay que incidir sobre la emoción en sí misma, y en este territorio la reestructuración cognitiva no nos sirve. Tenemos que trabajar con la emoción y ser capaces de engatillar otro programa emocional incompatible o antídoto al anterior, en ese momento el nuevo clima de calma propiciará que de nuevo la razón pueda incidir y por lo tanto volvamos a la situación ideal, en la que la lógica formal gobierne sobre la lógica caótica de la emoción. Ponemos un ejemplo de nuestra forma de proceder en Terapia de Interacción Recíproca, un caso en el que las palabras son espejos del alma.

## Caso

Son muchos los recuerdos que aparecen sobre la paciente que a continuación expongo, ya que es uno de esos casos que te dejan huella, no solo como profesional, también como persona. En un momento del proceso terapéutico, esta mujer, definió la soledad como *una estancia en la que cabe todo un mundo de ilusiones, deseos y esperanzas, que pasan por delante de ti, como si te encontraras detrás de un cristal, y al querer tocarlas te das cuenta que no son para ti, ya que tu estás en otro lugar, como espectador, solo puedes observar lo que otros afortunados pueden realizar*. Para ella la soledad se representaba con todo aquello que no había conseguido, unido a todo lo que otros diseñaron para que pudiera ser feliz, pero que no tenía que ver con lo que realmente necesitaba.

Como puede comprender nuestro lector, en muy pocas ocasiones intento redefinir, en mis pacientes, sus formas de nombrar aquello que sienten. Posiblemente para esta mujer su concepto de soledad estaba confundido dentro de una amalgama de sentimientos que otros denominaríamos abandono, frustración, dependencia o infiernito. Para ella la soledad, que sentía, estaba representada en una especie de habitáculo en el que se encontraba todo aquello que había deseado y que de alguna forma no pudo realizar, bien por no haber sido capaz de conseguirlo, o bien porque aquellos, que en edades tempranas podían proporcionárselo, no se dieron cuenta de sus necesidades.

Y es que poder colocar palabras a nuestros sentimientos es muy difícil, tanto que, toda la humanidad lleva siglos hablando, pintando, esculpiendo, cantando o escribiendo sobre el amor, el sufrimiento o las distintas pasiones que nos envuelven, y seguimos sin poder describir exactamente lo que nos ocurre en esos momentos.

Por todo ello, en mi afán por descubrir el interior de mis pacientes, cada vez doy más importancia a las palabras y los sonidos que utilizan, sean estos apropiados o no desde el punto de vista lingüístico. He dejado de entender los errores del lenguaje como lapsos freudianos y los acojo como formas de expresar, de manera particular, el universo emocional que les mueve y que por lo tanto habitan. En el interior de muchas palabras, correctas desde el punto de vista sintáctico, podemos encontrar otros significados, es decir, una semántica particular para cada uno de nosotros. En ocasiones el sonido es más importante que la estructura morfológica de la palabra, de tal forma que “almacén”, en determinados contextos y para determinadas personas puede tener mucho que ver con un lugar donde se colocan y se guarda la esencia personal: “alma-zen”.

Esta mujer de 65 años, que acudió a mi consulta, después de más de 20 años de tratamiento psiquiátrico con otros colegas, no sabía hablar de ella, siendo imposible poder hacer una anamnesis de sus vivencias y su biografía. Cuando se la preguntaba por algún dato personal, hablaba de los fármacos que en ese momento había tomado. Es decir, si la preguntaba: ¿Qué recuerda de sus años de noviazgo?, respondía, que en esos momentos tomaba Anafranil 100 mg dos veces al día y también tomaba Tranxilum 10 mg cada ocho horas. Cualquier pregunta que se la hacía, la contestaba con las sensaciones, dosis, inconvenientes o beneficios de los fármacos que en ese momento tomaba. Por lo tanto, su forma de definir la soledad me pareció todo un regalo, ya que en esta definición había:

- Un habitáculo o estancia.
- Unos deseos y necesidades que la ilusionaban.
- Una incapacidad para poder realizarlos, ya que se sentía como que estaba detrás de un cristal, desde el cual podía observarlos, pero no hacerlos suyos.
- Una forma de vivir en la que no sucedía aquello que necesitaba, y sin embargo otros diseñaban aquello que ocurría, aunque no fuera lo que ella deseaba.
- Por último, entendía que lo que los demás diseñaban para ella, lo hacían desde el cariño, no eran agresivos o frustradotes conscientes, solo que a ella esa forma de vivir no la era adecuada.

Esta definición de soledad la expresó en una de las primeras sesiones, al preguntarle como se sentía después de tantos años de tratamiento y de ir y venir a tantos expertos en salud mental. Manifestó que muchos fármacos la habían anestesiado completamente, de tal forma que es posible que no sintiera angustia o tristeza cuando los tomaba, ya que realmente, en esos momentos no sentía absolutamente nada. Es como si estuviera detrás de un cristal viendo la vida de los demás, en una absoluta soledad. Una vez más me pareció que en numerosas ocasiones los tratamientos farmacológicos son tan eficaces, que por supuesto, el paciente ya no siente aquello que le lleva a pedir ayuda psiquiátrica, sobre todo porque deja de sentir. ¿Ese es nuestro papel? ¿Dejar fuera de juego a las personas? Son preguntas que me ayudan a seguir luchando por conseguir un control de dentro hacia fuera, y no tanto de fuera hacia dentro. Los fármacos no pueden ser anestésicos. Deben como los analgésicos, ser más selectivos en sus acciones, y menguar el dolor, pero no dejar sin sensaciones al paciente. Sentir es vivir, no hay nada más cercano a la vida que tener activa nuestra capacidad para tener sensaciones y percibir lo que nos rodea como algo propio.

El motivo de consulta era una profunda depresión con componentes de ansiedad, que en algún momento había sido diagnosticada de ataques de pánico. Era una mujer incapacitada para una vida autónoma, adjunta a su marido desde hacia cuarenta y cinco años, y anteriormente a sus padres y tíos, prácticamente había estado enferma durante toda su vida. Cuando tenía 12 años la diagnosticaron de neurastenia, en su vertiente, por los informes que pude leer, melancólica e hipochondríaca. La neurastenia es un diagnóstico que equivale hoy a un trastorno depresivo. No recordaba prácticamente un día de su vida en el que no haya tomado algún medicamento, para la anemia, el crecimiento, el apetito, los mareos, o su depresión. Toda su vida estaba vinculada a los fármacos y por supuesto a los médicos/as de todo el territorio español. Era como un muro impenetrable, era prácticamente imposible conseguir que pudiéramos hablar de su vida fuera de los medicamentos y, sobre todo, era impensable poder hablar de sus emociones y sus sentimientos. Sin embargo como ocurre en todos los seres humanos, existía este universo y mi principal objetivo era poder conectar con él. Para poder conse-

uirlo afilé mi oído, para escuchar todo lo que ella me decía mientras me hablaba de dosis, y nombres de anti-depresivos.

En una de las sesiones la pregunté: *¿En qué momento se ha sentido mejor en su vida? No tardó en responderme, me dijo: cuando solo tomaba Trankimazin ¼, ¼, ¼. hace unos diez años, me duró dos años y ha sido la mejor etapa, pude viajar y sobre todo pude disfrutar de la vida.* Me pareció que estaba ante una información esencial en esta paciente. Lo habitual es que hubiese preguntado que ocurrió en esa época, y bueno lo pregunté, pero no me quedé únicamente con esta parte de la información. Me dijo que en esa temporada su marido se jubiló, y que viajaron prácticamente por toda Europa. Además hacia unos cuatro años que su padre había muerto y por lo tanto ya no tenía que “cuidar de nadie” y a la vez, el dolor de la pérdida ya no era tan intenso. Me contó como la fueron retirando la medicación, hasta que su tratamiento quedó en: Trankimazin ¼, ¼, ¼. Sin embargo, nada de esta información me daba respuestas a preguntas como *¿y que pasó después de esos dos años de tregua para volver a recaer? ¿Por qué una mañana se levantó en París tremadamente deprimida, si el día anterior había estado feliz con su marido disfrutando del río Sena?* En todo su discurso la parte de la frase que más recalcó y que tenía un sonido distinto fue: *cuando solo tomaba Trankimazin ¼, ¼, ¼.* Realmente sus palabras fueron *Trankimazin un cuarto, un cuarto y un cuarto.* Y por lo tanto me atreví a preguntarla: *¿Y que pasó con ese cuarto? Y como si entrara en otra estancia de su cerebro, me respondió de inmediato: allí pasé veinte años de mi vida.* Fue como abrir una puerta que llevaba cerrada una eternidad, fue como quitar la presión que tiene un cuerpo cuando el aire hace vacío, fue espectacular. Habló de su casa, donde vivía con sus padres y los hermanos de su madre, dos solteros de por vida que eran cinco y siete años más pequeños que su madre, y que al morir su abuela, habían quedado como hijos para ella. Su casa tenía tres plantas, *en la segunda planta es donde se “hacia la vida”, en la tercera estaban los dormitorios, y en la primera había a la izquierda, nada mas entrar, la cocina, y en la derecha “un cuarto” donde pasé prácticamente mis primeros veinte años.*

En ese momento se me amontonaban las preguntas, la pregunté si no iba al colegio, los motivos para estar tanto tiempo en ese cuarto, y sobre todo que ocurrió allí, como vivió en ese cuarto, y que cosas ocurrieron. Era como otro registro, contestaba y se emocionaba al contestar, ya no era esa especie de robot farmacéutico. *Mis padres trabajaban mucho en una tienda que teníamos en el pueblo, económicamente les iba muy bien, pero vivían solo para la tienda. Todo el pueblo les compraba los vestidos, las herramientas, la comida, el pescado o la carne. Cualquier cosa que no fuera medicamentos, droguería o las semillas para el cultivo, todo lo demás lo vendían. Mis tíos, les ayudaban, y era frecuente que cuando venía del colegio, alguno de ellos, me castigara por cualquier cosa, y el castigo era que estuviera en el cuarto, sin salir, leyendo, pintando, o durmiendo, pero sin salir. Solo salía cuando era la hora de irme a acostar. Muchas veces me tenía que esconder ya que ese cuarto daba a la calle y mis amigas me llamaban para que jugara con ellas. Me escondía porque me daba vergüenza decirles que estaba siempre castigada, en ocasiones oía nombrar a voces, a alguna de mis amigas, mi nombre, y mi tía o mi tío, les decían que estaba enferma, que no me encontraba bien. Yo me asomaba por los visillos y las miraba y veía como jugaban y como disfrutaban entre risas y cantos. Pude salir de ese cuarto cuando conocí a mi marido, tenía veintiún años. Me liberó de ese cuarto, pero nunca me pude liberar de mi inseguridad y sobre todo de mi pobre salud. Sé que me castigaban para estar seguros, les daba miedo que me pasara algo si estaba en la calle, ya que ellos estaban en la tienda. Por lo tanto si me castigaban y me metían en el cuarto, allí no me pasaría nada. Lo sé, porque si algún día mi madre no iba a la tienda, ese día si que podía salir a jugar, ella me miraba por la ventana de ese cuarto mientras hacia normalmente balance de lo que faltaba en la tienda. Me encantaban los balances, para mí balance significa libertad. Cuando cumplí los diecisésis, los castigos eran un día si y otro también, ni balances ni nada, pero al menos esos días de balance le ayudaba a mi madre, era muy cariñosa conmigo, en esos momentos estar en la calle ya no significaba que me cayera o me dieran con una piedra los niños del pueblo, con esa edad ya se tenía mucho miedo, en casa, a las relaciones con los chicos, y de esta forma, castigada en ese cuarto, estaba “segura”.*

Hoy habríamos diagnosticado el comportamiento de esta familia hacia esta niña como *Síndrome de Münchhausen por poderes*, pero ¿de qué serviría en este momento ponerle un nombre a esta castración? La pre-

gunté ¿Alguna vez has pensado que todo lo que te ocurre hoy tiene que ver con la forma como viviste esos primeros 20 años de tu vida?

*No, nunca lo había pensado. Mis padres se que me querían, aunque no estaban prácticamente conmigo nunca, y mis tíos también, para ellos lo importante era la tienda, dejarme un porvenir. Cuando ellos murieron heredé una gran fortuna, se que eso es lo que ellos querían, pienso que para ellos, teniendo en cuenta su mentalidad, esto era lo importante. Pero es muy posible que me haya sentido muy sola, es como cuando estaba en el cuarto y veía a mis amigas jugar, sentía oleadas de tristeza y angustia que solo se me quitaba cuando me daban bocadillos. Me comía el bocadillo y me encontraba mejor.*

Es curioso como las víctimas en un determinado estadio necesitan justificar a aquellos que le hicieron sufrir. También es habitual que en este estadio, las personas que han padecido algún tipo de maltrato o carencia de libertad, cuando justifican de esta forma, se encuentren en un estado depresivo con grandes componentes de angustia. La angustia señala la necesidad de luchar, escapar, enfrentarse, liberarse de la atadura, que aun permanece en forma de memoria y, que un día tras otro se activa. La depresión sucede cuando no se encuentran recursos para liberarse, quedando la memoria antes citada, aún más fortalecida. Primero luchamos y luego nos sentimos indefensos, es entonces cuando justificamos que lo importante no era lo que nos hacían, o que lo hacían por nuestro bien. *Es que no soy capaz*, dicen habitualmente, cerrándose la espiral negativa de este trastorno mental. Tal como ocurre en el cuento del elefante, que no se desata de una cadena atada a su pata, y a la vez sostenida por una pica clavada al suelo. Un elefante si quiere de un solo tirón sería capaz de sacar de raíz un árbol al que estuviera atado, sin embargo, no lo hace ¿por qué? Simplemente porque de pequeño estuvo atado a la misma cadena y a la misma pica, y ahí sí que intentó escaparse, pero era muy pequeño y no podía, no tenía fuerza. Ahora de adulto no se desata porque no lo intenta, el motivo por el que no se escapa es simplemente que no lo intenta, cree que no puede, que no tiene poder, y ya no lo intenta. Cuando tenemos grabado memorias en las que nos es imposible enfrentarnos, el recurso es no intentar escapar nunca más, el sentimiento es que no somos capaces.

Pero volviendo a nuestra paciente, la última frase me pareció otra revelación, la dijo con un tono semejante a cuando se refirió a Trankimazin ¼, ¼, ¼: *Me comía el bocadillo y me encontraba mejor*. Estábamos de nuevo ante otra puerta que teníamos que abrir, ya sabemos que si la abrimos y no encontramos nada, simplemente sabremos que esa estancia está impecable, y eso nunca puede hacer daño. Tenía que explorar lo que realmente significaba el alivio de *comerse el bocadillo*.

Si recordamos la definición de soledad que había hecho con anterioridad, coincidía con su vida dentro de ese cuarto:

- Era un habitáculo.
- Tenía numerosas ilusiones que no podía realizar, por estar castigada.
- Se encontraba detrás del cristal de la ventana, observando cómo sus amigas sí podían tener una vida con la que ella soñaba.
- Sus padres y tíos habían diseñado una vida en la que vender en la tienda era lo único importante, además todo el esfuerzo estaba dirigido hacia proporcionarla un futuro seguro, ya que era una niña, hija única, que tenía a unos padres muy mayores, y estaba casi siempre enferma. Por lo tanto aquello que otros diseñaron para su bien, se convertía en su cárcel y su enfermedad.
- Sabía que la querían, pero a la vez estaba sola, muy sola.

Y solo encontraba alivio a su angustia y su tristeza (posiblemente a su rabia y su frustración, que poco a poco fue domándose en angustia y tristeza) comiendo el bocadillo que la daban, es decir, SU BOCA DI YO, o lo que es igual: revelarse, exigir sus derechos, reivindicar sus deseos, expresar su identidad y su capacidad como ser único. Cuando se comía que su boca dijera aquello que la confirmara como persona con sus propios criterios entonces podía encontrarse más aliviada. A estas alturas el lector puede pensar que es sacar conclusiones muy bañadas de interpretación, pero puedo asegurar que cuando cualquiera de estas interpretaciones no coincide con el problema del paciente, simplemente cuando las planteamos y, el paciente ni se inmuta, entonces es como una

hipótesis que hemos lanzado y que no se confirma. Pero cuando el paciente siente que lo que le referimos tiene que ver con su conflicto, en ese momento se produce un cambio en la dinámica terapéutica, ya que no solo estamos hablando de lo aparente, sino que hemos hecho diana en zona profunda, y gracias a esto, podemos conseguir que el paciente se descubra y se exprese, no solo sobre aquello que parece que es, sino de todo lo que realmente contiene en su universo emocional, de tal forma que pacientes que llevan años sufriendo, tienen oportunidad de conseguir satisfacción y con ello una nueva forma de descubrirse y de habitarse.

¿Te comías tu yo en cada bocadillo? La pregunté. Y me respondió, que uno de los grandes problemas que ha tenido siempre *es comer después de comer*, ya que comiendo se relaja y ha sido uno de los grandes problemas de su vida: la obesidad y sobre todo el hambre y la necesidad de comer. Nunca he oído una definición más sugerente para definir la obesidad, la bulimia o la ingesta compulsiva: *comer después de comer*. Y no olvidemos que durante mucho tiempo, tomó mucha medicación de la época, para la anemia y el crecimiento.

Después de esta contestación me puse la batuta de director en la mano, y le expresé lo que yo sentía ante su historia. Le dije: no poder decir lo que se desea, no poder revelarse en contra de lo que nos parece una injusticia, no poder desobedecer nunca, no poder saltarse las reglas, no poder poder, es como una gota de agua que cae en la cabeza cada diez segundos, termina por minar el equilibrio y también la salud. Comerse la lengua, la boca o la propia identidad, el yo alivia, ya que es una forma de adaptarse a un medio que lo requiere, pero ese alivio es hambre para mañana, nos deja sin control, nos destruye, ¿entiendes?

Perfectamente, me replicó.

Creo que no es bueno para ningún paciente dejarle huérfano, por lo tanto mi objetivo nunca será que el paciente se enfurezca contra sus padres, aunque le hayan hecho mucho daño, pero a la vez es necesario que el paciente pueda expresar sus sentimientos, sin que luego aparezca la culpa. Podemos recriminar los hechos, pero nunca podemos aplastar los sentimientos, ya que estos no los elegimos, simplemente se instalan y se activan. Mi paciente tenía que darse cuenta de que su estado actual era una continuidad de la estancia en ese cuarto de castigo. No para que odiase, pero sí para que se diera cuenta de que podía odiar, ya que cuando se odia y se siente el odio, éste se pasa. El problema surge cuando se odia, y nada más hacerlo aparece la culpa de odiar, y con ella el castigo, o lo que es peor el autocastigo. En ese momento permanecemos en el odio en sus distintas vertientes, y una de ella es el odio a uno mismo.

Estaba seguro que se había dado cuenta de todo lo que la había explicado, me decía con sus ojos que era consciente, que se daba cuenta, que seguía viviendo detrás de la ventana, en ese cuarto, del que solo había salido en esos dos años de tregua que me había mencionado. Tenía que conseguir salir de ese cuarto para siempre, sabiendo que podía volver a visitarlo, pero como una visitante y no, como la persona que no puede salir de él. En ese cuarto había tanto de ella que no poder volver la arrastraba a un duelo imposible, pero a la vez mantenerse en el cuarto significaba dolor, y seguir comiéndose su boca y su yo con un hambre de buey.

La invite a que cerrara los ojos, y escuchara mi voz como el que escucha un guía que te lleva por un museo, no le atiendes en todo lo que dice pero si en aquello que te interesa.

Le expresé que sintiera sus dedos en el cristal de esa ventana, que se fijara en el rojo del terrazo del suelo, que tocara ese sillón de tela, y que oliera ese bocadillo de salchichón. La llevé a ese cuarto y la hice que abriera la ventana, que respirara el aire de sus amigas, y que se dejara crecer hasta que pudiera abrir la puerta sin permiso. Que cogiera a esa niña de la mano y saliera subiendo a ese segundo piso, donde se hace la vida, y se sentara a comer con cuchara y tenedor, para después descansar en el tercer piso, en su dormitorio, y no solo soñar con sus sueños, sino poder vivirlos y darse cuenta que los realiza. Y subir más alto, y construir un cuarto en el cuarto piso, donde a partir de ahora estará su esencia y su identidad, y donde podrá volver siempre que la venga en gana. Pasar del cuarto al cuarto, y en ello no cuartearse entre cuatro adultos, para poder vivir con los cuartos que dejaron, sabiendo que en su futuro está impregnado su presente, y este presente es suyo, SU-YO.

No puedo decir que el resto de su vida, esta mujer, haya vivido sin tristeza y angustia, pero sé que después de este trabajo volvió a París muchas noches. Eso sí, en los hoteles siempre pedía la habitación en la cuarta planta. Me decía que se sentía muy segura en los cuartos.

## Referencias

- Aguado, R. (2005). *Manual Práctico de Terapia de Interacción Recíproca* (3<sup>a</sup> ed) Madrid: Sintesis.
- Aguado, R. (2009). *Tengo miedo a tener miedo* (2<sup>a</sup> ed) Madrid: Pirámide.
- Baldwin, M., Keelan, J., Fehr, B., Enns, V. y Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social- cognitive conceptualization of attachment working models: Availability and accessibility effects. *Journal of personality and social psychology*, 71, 94-109.
- Barlow, D. H. (2008). ¿One treatment for emotional disorders? *Monitor on Psychology*, 39, 26.
- Cano-Vindel, A. (2003). Desarrollos actuales en el estudio del control emocional. *Ansiedad y Estrés*, 9, 203-229.
- Feeley, B. y Kirkpatrick, L. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of personality and social psychology*, 70, 255-270.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). La investigación de la Inteligencia Emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12, 139-153.
- Gayó, R. (1999). Apego. *Apsique*. Consultado on line en <http://apsique.virtuabyte.cl/tiki-index.php?page=SociApego>
- Hennighausen, K. y Lyons-Ruth, K. (2010). Disorganization of attachment strategies in infancy and childhood. Tremblay, R. E., Barr, R. G., Peters, R. de V., Boivin, M. (eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development [online]*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010, 1-7.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiantivas: el papel de la complejidad emocional y la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Estrés* 12, 279-292
- LeDoux, J. E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209-235.
- Renn, P. (2006). *Aggression and Destructiveness: Psychoanalytic Perspectives*. Harding, C. (ed.), New York: Routledge.
- Salguero-Noguera, J. M. y Iruarrizaga-Díez, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 207-221.

Manuscrito recibido: 23/01/2012

Revisión recibida: 16/02/2012

Manuscrito aceptado: 17/02/2012