

Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego [Ogden, P. y Fisher, J., 2016]

Sensorimotor psychotherapy. Interventions for trauma and attachment [Ogden, P. and Fisher, J. 2016]

Jesús Pinedo e Inma Menés

Asociación Española de Terapia Gestalt (AETG)
Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Reseña del libro de Pat Ogden y Janina Fisher (2016). *Psicoterapia Sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer S.A. 670 pp. (Versión castellana del original *Sensorimotor Psychotherapy. Interventions for Trauma and Attachment*. (2015). Nueva York, Estados Unidos: Norton & Company, Inc.).

“Recordamos el pasado no solo mediante palabras, imágenes e historias, sino también a través de hábitos crónicos de tensión, de movimiento y de postura” (p. 110)

El libro de Pat Ogden y Janina Fisher describe una muy interesante aproximación al trabajo corporal integrable en psicoterapias de corte verbal. Las autoras centran su aportación en la idea, también planteada por Hugo Bleichmar (2011) entre otros, de que el cuerpo es un recurso poco explotado en el trabajo psicoterapéutico. Las experiencias de trauma y apego inadecuado condicionan y limitan nuestra capacidad para responder con flexibilidad y adscribir sentidos nuevos en el presente. Dado que ese condicionamiento se produce de forma procedimental y corporal –no solo cognitiva y emocional-, la dependencia de la psicoterapia de lo exclusivamente verbal puede tener una eficacia limitada si no incluye los procesos implícitos y no verbales basados en el cuerpo.

Poder escuchar las señales corporales de forma pormenorizada, guiar en ello a los pacientes, y hacer propuestas de trabajo dirigidas a las sensaciones y el movimiento puede enriquecer psicoterapias más basadas en lo verbal, profundizando sus efectos al abarcar más directamente lo procedimental.

P. Ogden se formó en los años 70 en psicoterapias humanistas y experienciales –entre ellas el método Hakomi de R. Kurtz, una combinación suave de técnicas bioenergéticas y gestálticas-, que ha enriquecido y profundizado con las aportaciones de las investigaciones sobre apego, los avances en neurociencia y el trabajo sobre trauma. Es fundadora y directora del Sensorimotor Psychotherapy Institute. En 2006 escribió *El trauma y el cuerpo. Un Modelo Sensoriomotriz de Psicoterapia* con Kekuni Minton y

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse a los autores a jesus-pinedo@hotmail.com

Clare Pain. El libro que nos ocupa es un manual de trabajo para terapeutas y pacientes basado en los principios que en aquel se presentaron.

J. Fisher, la coautora del libro, fue psicoanalista “tradicional” –según sus palabras– durante veinte años, antes de conocer y adquirir este modelo. Es profesora en el Trauma Center, clínica y centro de investigación fundado por Bessel van der Kolk, y expresidenta de la Sociedad para el Tratamiento del Trauma y la Disociación de Nueva Inglaterra.

El libro está estructurado de forma muy didáctica, “de una manera que terapeutas entrenados de forma tradicional puedan encontrar aplicación inmediata en su práctica clínica” (p. 19). Dividido en treinta y cinco capítulos cortos que presentan un tema concreto relevante y se inician con recomendaciones para terapeutas y pacientes. Cada uno consta además de hojas de trabajo que terapeuta y paciente pueden utilizar para indagar en los temas presentados, aunque las autoras insisten en que no es, en ningún caso, un tratamiento estandarizado, sino que debe adaptarse al paciente y su momento y emplearse en el contexto de la relación terapéutica. Se estructura en cinco grandes secciones. La primera, “Primeros pasos”, introduce los principios del enfoque y da algunas recomendaciones. La segunda, “Conceptos y habilidades básicos”, plantea los conceptos centrales del modelo, resumiendo el papel del cerebro, el cuerpo y el sistema nervioso en el trauma y los problemas de apego y los elementos del cambio. Las restantes tres secciones, “Desarrollar recursos”, “Abordar la memoria” y “Avanzar”, corresponden a las tres grandes etapas del tratamiento y desarrollan los conceptos y métodos de las mismas.

Aunque el libro no plantea un modelo de tratamiento específico para los trastornos disociativos, sí incluye información relevante sobre la disociación relacionada con el trauma tanto en “Principios esenciales” como en “Orientación para pacientes” y “Orientación para terapeutas”. Además, cada capítulo cuenta con una sección titulada “Adaptar este material para pacientes disociativos” que propone como ajustar los conceptos y hojas de trabajo a este tipo de problemática.

Sección I y II. Primeros pasos y conceptos básicos

El cuerpo se ajusta a la historia de forma procedimental

El cuerpo registra las experiencias de manera procedimental desde mucho antes de la adquisición del lenguaje. Esta memoria se estructura en torno a la previsibilidad y las expectativas de lo que ocurrirá a continuación e implica un modo de adaptarse al entorno. El niño se ajusta a las demandas del ambiente en su fisiología, su movimiento, su postura e incluso la propia estructura corporal para asegurar su supervivencia y maximizar los recursos disponibles. Todas estas expectativas y ajustes inevitables quedan en el inconsciente –procedimental– y condicionan la vida posterior de la persona, resultando muy limitadores ante condiciones de trauma o apego inadecuado. De hecho, los esquemas corporales/mentales resultantes resultarán más rígidos conforme aumente la disfuncionalidad del ambiente, impidiendo nuevos aprendizajes. Por ejemplo, una conducta inicial de búsqueda de proximidad como extender la mano hacia otro, con todas las implicaciones emocionales y de sentido que tiene, si es contestada temprana y consistentemente con rechazo o censura puede inhibirse con la expectativa de que futuros acercamientos resultarán también en frustración. Este aprendizaje queda fijado de manera

procedimental, pudiendo involucrar creencias inconscientes pero también patrones musculares, posturales, respiratorios o de atención selectiva.

A través de estos hábitos físicos que han quedado fijados, nuestros cuerpos reflejan, pero también sostienen y perpetúan de un modo automático, nuestras expectativas relacionales limitadoras. Así, lo que en su día fueron respuestas adaptativas a un entorno peligroso o limitado, se mantienen en la edad adulta contribuyendo a reproducir las mismas sensaciones, emociones, pensamientos y vínculos que entonces.

Ajuste ante trauma y ante apego inadecuado

Las autoras hacen una distinción que creemos muy importante –porque tendrá consecuencias clínicas–, en cuanto a cómo estos ajustes corporales difieren en entornos traumáticos –en los que la sensación de peligro para la vida deviene en experiencias abrumadoras que no pueden integrarse– y lo que llaman *problemas de apego*: limitaciones en la crianza relacionadas con falta de sintonía, excesiva presión, desatención, etc. que causan sufrimiento emocional pero no desregulación extrema.

Para argumentar esta distinción acuden a Porges (2016), creador de la *teoría polivagal*, y del término *neurocepción* (p. 13). La neurocepción es un proceso inconsciente y diferente de la cognición que evalúa las características del entorno en términos de seguridad-amenaza y determina el nivel de activación a través del sistema nervioso autónomo, especialmente de las ramas del nervio vago. La rama parasimpática ventral de este nervio, activada ante la neurocepción de seguridad, regula entre otros los músculos de la cara y la cabeza, fomentando la conexión social. Al mismo tiempo, la neurocepción de seguridad inhibe los sistemas de defensa ante la amenaza –que son regulados por el sistema simpático y la otra rama del nervio vago, la dorsal– permitiendo conductas más flexibles –no defensivas– y de regulación autónoma e interactiva. Estos niveles de activación fisiológica variables pero dentro de una sensación global de seguridad neuroceptada permanecen dentro del llamado *margen de tolerancia* de la persona.

Los *sistemas defensivos animales* se activan –inhibiendo la conexión social– a partir de la neurocepción de amenaza o peligro para la vida. En primer lugar se activan defensas activas reguladas por el sistema simpático –grito de separación en el bebé, defensa de paralización rígida, huída o lucha–. Pero cuando estas defensas no son posibles o podrían aumentar el peligro, la rama dorsal del nervio vago se activa y el cuerpo se colapsa, quedando entumecido, apagado. Es la defensa pasiva de muerte fingida. Ambos tipos de defensa implican niveles de activación extremos –altos o bajos–, muy alejados del margen de tolerancia.

Cuando la crianza no garantiza de forma consistente la sensación de seguridad en el niño, su excitación oscila entre extremos de hiperexcitación e hipoexcitación y su sistema de conexión social no puede funcionar de un modo óptimo. Los niños que padecen una traumatización relacional –y desarrollan un apego desorganizado– tienen dificultades para regularse por sí mismos o relacionalmente.

Estas respuestas inicialmente adaptativas al ambiente pueden convertirse en patrones procedimentales de respuesta más o menos rígidas a las situaciones. De adultos, además de que pueden presentar una neurocepción –percepción instintiva del peligro– defectuosa, confundiendo situaciones seguras y peligrosas, tendrán una pobre regulación de la excitación (hiperexcitación, hipoexcitación u oscilación entre ambas).

Pero, en muchos casos, la crianza no implica situaciones vividas como peligrosas o amenazadoras para la vida, o estas son excepcionales y resueltas con el apoyo adecuado. Entonces, el cuerpo no necesita consolidarse en torno a la supervivencia, y no hablaríamos de problemática de trauma. Lo que las autoras llaman *problemas de apego* incluye todas las dificultades emocionales, el sufrimiento y los ajustes a este que resultan de un apego con limitaciones pero no amenazante. Del mismo modo que el niño crea unos modelos operativos internos, su cuerpo también busca el modo de anticipar, ajustarse y reaccionar de la mejor manera posible a la conducta y las expectativas de los cuidadores. Conocemos las diferencias emocionales, cognitivas y vinculares derivadas de los diferentes estilos de apego. Lo que las autoras nos señalan es que todos estos elementos están, al mismo tiempo, reflejados, sostenidos y confirmados por hábitos sensoriales, posturales y motrices. Por ejemplo, un paciente con antecedentes de apego inseguro evitativo puede tener tendencia a evitar las situaciones de intimidad, idealizar la independencia y tener una hiperregulación de los afectos. Y eso, corporalmente, se observa y se asienta en su mayor dificultad para emprender acciones sencillas que implican acercamiento –como extender la mano hacia el otro o establecer contacto visual– o en lo cómodo que estará en una mayor distancia física o ante movimientos de apartar o poner límites.

Hay que aclarar que, en este enfoque, las problemáticas denominadas “de trauma” no implican necesariamente el recuerdo explícito de episodios traumáticos, sino que incluyen a todo paciente con dificultades para la regulación. Lo importante es la regulación y los recursos para ella, independientemente de que el origen del problema sea un episodio concreto y recordado conscientemente, un recuerdo que aparece posteriormente, un recuerdo que es meramente corporal, o un problema derivado de la identificación con la desregulación de los cuidadores.

Dirigir la conciencia hacia lo somático

Un punto central en la metodología de la psicoterapia sensoriomotriz es el uso de la *conciencia plena dirigida y relacional*. La conciencia plena, heredera de técnicas meditativas, consiste en prestar atención a cómo se despliega la experiencia momento a momento en el presente en sus cinco elementos constituyentes –pensamientos, emociones, percepciones, sensaciones internas y movimientos o impulsos motrices-. Sin embargo, esta aplicación terapéutica no es una práctica silenciosa y solitaria, sino que se caracteriza por desarrollarse en la relación terapéutica y ser más directiva. El terapeuta instruye al paciente en prestar atención a cómo se va desarrollando su experiencia mental, emocional y corporal mientras hablan. Informar sobre esta experiencia se prioriza sobre la conversación ordinaria, que es hablar acerca de temas. El foco se pone entonces en lo que ocurre aquí y ahora mientras se habla de temas.

La transición de conversación ordinaria a conciencia plena se da mediante el *marco de trabajo*: el terapeuta propone, a la vista de la historia y sus correlatos corporales, explorar más atentamente una parcela concreta de la experiencia en conciencia plena.

El terapeuta explica –psicoeduca– al paciente los beneficios y el sentido de trabajar atendiendo al cuerpo y aclarando temores o prejuicios. Explica especialmente que todo el trabajo se realizará en colaboración, y que tendrá todo el tiempo el control de lo que sucede en la sesión. Esto es central sobre todo para pacientes traumatizados o con experiencias tempranas invasivas. El objetivo es sustituir una experiencia corporal de

desconexión, desagrado o desregulación por una que resulte estimulante a través de la exploración de modo seguro y la promoción de experiencias de éxito.

Poder tomar perspectiva de los patrones emocionales y corporales ayuda a regular experiencias que se sienten muy desbordantes, pero también a conocer y profundizar en cómo están configurados procedimentalmente algunos hábitos automáticos. Podemos ver un eco en esto del *acoplamiento de experiencias* de H. Bleichmar: el paciente puede estar evocando una experiencia –cognitiva, emocional, sensorialmente- y, simultáneamente, observando en la relación terapéutica qué efecto va produciendo en él. El terapeuta actúa como regulador interpersonal y también modela una actitud de curiosidad ante la experiencia.

Pero este no se limita a seguir de forma atenta la experiencia del paciente, sino que es más directivo. Acompañar sin más esta experiencia podría conducir a los pacientes desregulados a más desregulación y a aquellos con apego no traumático a seguir sus secuencias habituales –dar vueltas de la misma manera- de manera frustrante. La conciencia plena *dirigida* implica que puede guiar al paciente a atender parcelas de la experiencia concretas que resulten útiles para el objetivo terapéutico. Se trata de que, una vez observados los patrones habituales –de desregulación, sufrimiento o círculo vicioso autoconfirmatorio -el terapeuta pueda preguntar o hacer propuestas que favorezcan nuevas experiencias.

Una opción es profundizar en la experiencia que está ocurriendo, mantenerse con ella en vez de evitarla o atravesarla rápidamente de modo automático. Ralentizar el proceso y enfocar la atención permite comprender mejor los hábitos. Además, el terapeuta puede sugerir un cambio de foco que aporte una nueva perspectiva. Por ejemplo, un paciente puede estar en contacto con pensamientos desvalorizadores y tristeza mientras no es consciente de cómo levanta su barbilla o aprieta sus puños. Llevar el foco de atención a esos movimientos puede permitirnos acceder a una parte de la experiencia –orgullo, enfado...- que está siendo inconsciente y que puede ser novedosa y útil terapéuticamente.

Otra opción es el concepto de *experimento terapéutico*. El terapeuta puede, en el contexto de la conciencia plena, proponer al paciente alguna acción física o verbal para observar lo que ocurre entonces. La acción puede ir en la misma dirección de lo procedimental – por ejemplo, evitar más conscientemente la mirada del terapeuta- para saber más sobre ese hábito, o bien en dirección contraria –extender la mano, mirar directamente, enderezar la columna- como modo de indagar qué ocurre cuando se desafía lo aprendido. Estas intervenciones no son *role playings* o entrenamientos: no tienen respuestas correctas o incorrectas, sino que buscan “sorpresas seguras” (p. 51), descubrir nueva información en torno a cómo se articula la experiencia del paciente.

Hay que remarcar que estas y otras intervenciones en la psicoterapia sensoriomotriz están marcadas por un ritmo deliberadamente lento, que prioriza la atención y la conciencia por encima de lo expresivo o lo catártico, alejándose intencionadamente de otros enfoques experienciales o corporales.

La respuesta de orientación

Uno de los motivos por los que el terapeuta dirige la atención del paciente hacia determinados elementos es que esta función está, como el resto de comportamientos corporales, guiada por hábitos muy arraigados que tienen que ver con la historia personal.

La respuesta de orientación es un reflejo innato que enfoca la atención hacia determinados estímulos mientras que ignora o filtra otros. De forma natural y saludable nos orientamos –giramos nuestra cabeza, nuestro cuerpo, enfocamos la mirada, etc.- hacia estímulos novedosos o que pueden resultar amenazantes para evaluarlos. Pero del mismo modo que una historia de trauma o apego inadecuado genera creencias o hábitos posturales limitantes, también sucede con la respuesta de orientación. La dificultad para filtrar estímulos puede resultar en experiencias abrumadoras, y la estrechez de foco en torno a determinados estímulos –por ejemplo, mensajes críticos o aquellos que recuerdan lo traumático- perpetúan las dificultades y nos pueden convertir en esclavos del pasado. Por eso, ayudar al paciente a tomar conciencia de las relaciones entre sus estados internos y los estímulos externos hacia los que se orienta, es el inicio para poder desafiar estas respuestas automáticas y desarrollar nuevos hábitos más satisfactorios y ajustados a las circunstancias del presente.

Cerebro triuno y niveles de procesamiento

El *modelo del cerebro triuno* de McLean, aunque haya recibido críticas, proporciona a las autoras un mapa para conceptualizar y también explicar a los pacientes el sentido de algunas experiencias.

Según Mc Lean, el cerebro está constituido por tres partes que, aun siendo interdependientes, han evolucionado filogenéticamente separadas, incorporándose sucesivamente como capas superpuestas. Aparecen en momentos distintos del desarrollo y cumplen funciones diferentes.

- El *cerebro reptiliano*, integrado por estructuras inferiores y posteriores como el tronco encefálico y el cerebelo, es el más primitivo y el primero en aparecer. Regula la activación fisiológica y los procesos homeostáticos. También es el centro de comportamientos reflejos o impulsos motrices instintivos.
- El *cerebro paleomamífero*, integrado por el sistema límbico, el hipocampo o la amígdala, se encuentra en todos los mamíferos y parece regular, entre otras funciones, las emociones sociales como el apego y los cuidados.
- El *neocórtex*, en la corteza prefrontal, es el último en aparecer evolutivamente y también el último en desarrollarse en la vida del ser humano. Se ocupa de las funciones cognitivas superiores como el razonamiento, el lenguaje o el pensamiento lógico.

Cada uno de estos “tres cerebros” procesa la información de forma diferente. El reptiliano entiende y reacciona al entorno de forma refleja y corporal, el paleomamífero procesa la información a través de las emociones y el neocórtex a través del pensamiento. El hecho de que haya tres procesamientos simultáneos de la misma información hace que en ocasiones –especialmente en casos de desarrollo en ambientes dañinos o en vivencias traumáticas- no se dé una buena integración.

Las tres áreas se influyen mutuamente, a través de conexiones ascendentes y descendentes. Sin embargo, las primeras son más numerosas y rápidas. El procesamiento descendente implica la regulación de lo emocional y lo corporal a través del pensamiento. El procesamiento ascendente es el modo en que lo corporal y lo emocional condicionan las creencias o cogniciones.

El desarrollo de cada una de las estructuras y de sus conexiones depende de las experiencias con los cuidadores. Por ejemplo, una experiencia de estrés o amenaza continua puede sobreestimular la amígdala, que puede volverse especialmente sensible a estímulos similares en la vida adulta, indicando a la persona que está en peligro aunque este no sea real. Se trata de un *secuestro ascendente*, en el que la información emocional –miedo- o sensoriomotriz –tensión, sobrecogimiento...- toman el control de forma automática y amortiguan el procesamiento cognitivo –desactivación temporal de zonas del neocórtex para priorizar la acción defensiva- o bien lo condicionan en forma de pensamientos relacionados con estar en peligro, difíciles de abordar desde lo puramente verbal.

Las repercusiones prácticas de este mapa son variadas. De una parte, permite comprender por qué determinados síntomas son resistentes a un tratamiento puramente verbal – procesamiento descendente- al no estar generados cognitivamente. Por otra parte fundamenta la intervención corporal, que proporciona un modo ascendente de procesamiento en la que será el cambio en las sensaciones internas lo que facilite cambios emocionales o de creencias.

Explorar la sensación corporal

Dada la importancia del procesamiento ascendente, la psicoterapia sensoriomotriz se caracteriza por prestar una especial atención a las sensaciones corporales. La mayoría de los enfoques psicoterapéuticos enfocan especialmente las cogniciones, las emociones o una combinación de ambas. Las autoras afirman que las sensaciones corporales cimentan, aunque sea de forma rápida e inconsciente, las emociones y las creencias. Una creencia puede parecer verdadera porque se siente así: porque genera una determinada reacción visceral cuando la expresamos. Las sensaciones físicas suponen un trasfondo permanente a lo que experimentamos, sea emocional o cognitivamente. Pero es un trasfondo invisible, poco atendido. Recuperar esta conciencia va a proveer de nueva información, enriqueciendo la experiencia interna y dotando de vitalidad.

En la terapia se procura atender a las sensaciones corporales a la vez que se desarrolla un vocabulario rico y matizado que permite afinar esta atención. Además, se remarca la diferencia entre sensaciones, emociones y pensamientos, ya que con frecuencia se mezclan los niveles. Así, alguien que trata de atender a sus sensaciones corporales puede decir “me siento triste” o “enfadado” –emociones-, cuando el correlato corporal apropiado podría ser “siento ganas de llorar, una respiración superficial y mis brazos sin fuerza” o bien “noto mi respiración agitada, mi mandíbula apretada y tensión en mis hombros”. También alguien podría decir “siento que no soy buena persona” o “siento que no valgo para nada” –pensamientos-.

Esta discriminación, que parece sin importancia, es central en este enfoque. Cuando la experiencia es expresada en términos emocionales –“estoy aterrorizado”- o mentales –“siento que tengo la culpa”- es más probable que se desregule o se convierta en un bucle repetitivo y que aporte poca información nueva. Enfocar la sensación y atenderla en detalle es un recurso útil cuando la excitación se desregula mucho y también cuando las emociones o las creencias están alejadas del momento presente –no arraigadas en el cuerpo-, sino autoalimentadas. Observar la sensación y nombrarla con su vocabulario en vez de pasar a palabras referidas a emociones o pensamientos permite experimentar la experiencia de modo más neutral sin desbordarse.

En el trabajo con trauma, terapeuta y paciente evaluarán de modo seguro, a través de las sensaciones corporales, el nivel de activación fisiológica. El paciente aprenderá a detectar y a estudiar cuándo su activación amenaza con salir del margen de tolerancia, sea hiper o hipoexcitándose. También a identificar los desencadenantes –imágenes, recuerdos, pensamientos...- que lo provocan.

Disociación y complejidad del Yo

Las autoras se apoyan en autores como Bromberg (p. 42) y van der Hart (p. 45) al hablar de disociación. El yo no es un ente fijo, sino un proceso asociativo emergente que depende de una disposición innata al vínculo y está condicionado por las circunstancias de la infancia. Este proceso genera déficits en la integración con diferentes niveles de gravedad.

La desconfirmación por parte de los cuidadores de algunas características o experiencias del niño genera en este distintos modelos del sí mismo o *estados del yo*. Cada uno de ellos con una verdad afectiva, modelos de referencia, pautas corporales, de pensamiento y sentimiento; relativamente diferentes e incomunicados en diversos grados. Normalmente, estos estados no se perciben muy compatibles, y esto implica que determinadas necesidades, pensamientos, sentimientos o impulsos puedan no reconocerse o ignorarse.

Esta desconfirmación, relacionalmente inevitable y básicamente implícita, se produce en un continuum que va de lo leve (en entornos de apego suficientemente seguro) a lo intenso (en entornos traumatogénicos).

En ambientes traumáticos la desconfirmación es tan severa que las dificultades para integrar los estados del yo llegan a ser muy graves. La disociación resultante del trauma relacional es muy diferente a los conflictos internos entre los estados que se producen en aquellos pacientes no traumatizados. A un nivel experiencial, en las personas con trauma, cada estado del yo puede ser vivido como estanco e incomunicado –incluyendo la amnesia o/y un sentido rudimentario de la propia identidad en cada una de las partes disociadas-. A nivel neurobiológico, se observa la activación simultánea de tendencias de acción defensivas –lucha, huida, paralización, colapso...- y tendencias de acción asociadas a la vida cotidiana –exploración, juego, cuidado, conexión social...-. En condiciones normales, estas tendencias se activan de modo diferencial ante la percepción de amenaza o seguridad, pero en estos pacientes, con una dificultad para la neurocepción adecuada y la regulación emocional, la activación simultánea de los dos tipos de sistemas produce una mayor compartimentación de la experiencia. Sin un conocimiento suficiente de la disociación asociada al trauma, el terapeuta puede percibir al paciente como defensivo, ambivalente, resistente o identificado con un *falso yo*. Pero la división es más profunda: implica a *partes del yo* en conflicto con diferentes sentidos del yo y regidos por tendencias de acción distintas e incluso contradictorias.

Relación terapéutica

Las autoras destacan la importancia de la relación terapéutica en este enfoque, por distintos motivos. La relación es la que va a proveer al paciente de la suficiente sensación de seguridad para atravesar las dificultades inherentes a la psicoterapia. Esta seguridad se transmite no solo a través de palabras, sino especialmente con la comunicación afectiva implícita, corporal. Los cuerpos de terapeuta y paciente se reajustan físicamente uno al otro. A través de un diálogo implícito cada uno interpreta y reacciona a las señales del otro.

Así, el terapeuta se convierte con su tono de voz, sus movimientos, su postura y sus propuestas en un *córtex auxiliar*: un regulador relacional de la activación del paciente. Esto implica estar más atento a los niveles de activación de este y a cómo se ven afectados por la actuación del terapeuta que a su narrativa verbal. El terapeuta procura que la experiencia del paciente esté en sus márgenes de tolerancia para que pueda ser integrada, y modula sus respuestas para aumentar o disminuir esta activación con ese fin: puede sobrerregular o subregular al paciente cuando sea necesario para los objetivos terapéuticos.

Para poder ser un buen regulador, el terapeuta debe a su vez ser capaz de permanecer en su propio margen de tolerancia. Pero la seguridad no es suficiente: el terapeuta debe, en el marco de la seguridad, llevar al paciente a ampliar su margen, animarlo a salir de la evitación y ayudarlo a tolerar niveles de activación diversos. Para poder seguirle en este desafío, el margen de tolerancia del propio terapeuta debe ser lo suficientemente amplio como para sostener y acompañar oscilaciones. La atmósfera de la relación debe ser “segura pero no demasiado segura” (p. 57): el trabajo debe darse dentro de los márgenes de tolerancia, pero en los bordes superior e inferior para propiciar su expansión. Una terapia que permanece constantemente en el centro resulta solo tranquilizadora y evitativa, no aportando novedad.

Las autoras dedican poco espacio a los aspectos transferenciales y contratransferenciales de la relación. Entre paciente y terapeuta se produce una conversación explícita y otra implícita e inconsciente, a través del diálogo y el cuerpo. Esta relación implícita es inevitable y necesaria, un *enfrentamiento de dos subjetividades* fruto de estados disociados que buscan encontrar su lugar en la relación terapéutica (citando a Bromberg, 2011). Instan al terapeuta a aprovechar la oportunidad de las escenificaciones fruto de estos enfrentamientos, situándose en una perspectiva relacional al analizar los *impasses*: paciente y terapeuta necesitan reflexionar y elaborar juntos lo que ocurre entre ellos para superar la experiencia del otro como un objeto al que controlar o por el que ser controlado y restaurar la confianza en la existencia de una relación humana duradera.

Las tres fases de la terapia

Las siguientes tres secciones del libro se corresponden con las tres fases de terapia en el modelo. Este modelo de tratamiento por fases (estabilización, abordar los recuerdos e integración) fue desarrollado por P. Janet (1898) y continúa siendo una referencia para pacientes con trastorno por estrés postraumático y trastornos disociativos, aunque en este texto su estructura se amplía a pacientes no traumatizados.

Las fases son orientativas y no necesariamente lineales, pero incluyen objetivos, intervenciones y conceptos distintos.

1. Fase 1: Desarrollar recursos. Gira en torno al reconocimiento y desarrollo de recursos y capacidades para gestionar la activación, aumentando la sensación de dominio.
2. Fase 2: La memoria: integrar el pasado. Aprender a identificar los signos actuales de las memorias no verbales implícitas que se forman durante la infancia o que están disociadas a causa del trauma. Trabajar con estos recuerdos implícitos para integrar sus efectos en vez de revivirlos de forma indeseada o evitarlos.

3. Fase 3: Avanzar. Fase ideada inicialmente para, una vez abordado e integrado lo traumático, desarrollar aquellas áreas relacionadas con la vida cotidiana que quedaron interrumpidas. Implica la superación de creencias o emociones dolorosas, y la flexibilización del uso del cuerpo y del margen de tolerancia.

Sección III. Fase 1. Desarrollar recursos

Tratar de abordar los síntomas explorando los recuerdos de los sucesos que los generaron puede crear más desregulación, especialmente en casos de trauma. Es por eso por lo que P. Janet recomendaba a principios del siglo pasado una primera fase de estabilización, que la psicoterapia sensoriomotriz y otras terapias enfocadas al trauma recogen.

En ella se exploran recursos existentes y se desarrollan recursos ausentes que ayuden al paciente a regular su excitación fisiológica y al mismo tiempo a aumentar su sensación de dominio y mitigar la indefensión.

Hay que decir que al hablar de recursos las autoras engloban conceptos muy variados: estrategias de afrontamiento, respuestas al estrés, patrones corporales, habilidades, capacidades, apoyo social, mecanismos de defensa... lo que puede resultar simplificador pero también muy didáctico para los pacientes. Cualquier cosa que haya servido en el pasado o sirva en el presente para regular el estrés y el malestar y para desarrollar sentimientos agradables de calma o placer es un recurso.

Los *recursos de supervivencia* son aquellos que el paciente ha usado de manera instintiva para sobrellevar el sufrimiento o el terror, pero que en el presente pueden resultar limitadores o dañinos. Reformular conductas desadaptativas o limitadoras -como pueden ser la sumisión, la adicción, la hipervigilancia o incluso las autolesiones- como recursos que han ayudado a sobrevivir en situaciones difíciles puede ayudar a pasar del autorreproche a la autocomprensión y la autocompasión. Tratan de dar una lectura positiva para luego admitir que, aunque fueron ajustes útiles en el pasado, resultan problemáticos ahora, bien por lo rígidos, bien por lo anacrónicos.

Los *recursos creativos*, por el contrario, son aquellas habilidades, capacidades o apoyos externos que ayudan a gestionar el estrés, a procurar sensaciones placenteras y a crecer de forma adaptativa.

Es importante *hacer inventario* de los recursos existentes, tanto de supervivencia como creativos y distinguir entre ambos. Ayudar al paciente a identificar y potenciar aquello que le ha ayudado y le ayuda en el presente parece un buen giro hacia una posición de mayor sensación de agencia. Las autoras diferencian entre recursos internos –capacidades- y recursos externos –vínculos, redes sociales y materiales-. También aportan ejemplos detallados que ayuden a hacer el inventario de recursos: relacionales, somáticos, emocionales, intelectuales, artísticos, materiales, psicológicos, espirituales y naturales.

Recursos somáticos

Especial atención merecen los *recursos somáticos*, que son “las funciones, las acciones y las capacidades físicas que nos proporcionan una sensación de bienestar y de competencia a nivel físico y que, a su vez, afectan de un modo positivo al modo en que nos sentimos” (p. 279). Los recursos somáticos son individuales. Una misma acción, movimiento, o

postura puede ser reguladora para una persona y desreguladora para otra. Por ejemplo, para un paciente en un determinado momento la quietud puede ser tranquilizadora y el movimiento desregulador, y para otro paciente ser al revés.

La autorregulación somática es instintiva, y se realiza de manera inconsciente. Balancearse, mover los pies, juntar las manos o moverse de un lado a otro al hablar algo importante son conductas corporales realizadas automáticamente para regular la activación: son expresiones de la sabiduría corporal. Reconocer los recursos somáticos que el paciente ya emplea sin darse cuenta y darles valor es una manera de empezar a entrar en contacto con las potencialidades de esta sabiduría. Las autoras hablan de una paciente que al sentirse ansiosa se abrazaba a sí misma sin darse cuenta, y así se calmaba. Notar y explorar ese sencillo gesto le hizo recordar a una tía que la abrazaba cuando era pequeña y reconocer un recurso que había interiorizado en un ambiente de poco cuidado.

Identificar los recursos que ya usan de forma inconsciente permite a los pacientes disponer de ellos con más facilidad cuando los necesiten. Hay tres tipos de recursos somáticos que todas las personas usan de un modo automático. Los *recursos de centramiento* implican movimientos o focalizaciones que facilitan conectar de forma tranquilizadora con lo interior, como por ejemplo conectar con el centro de gravedad o distintas formas de autocontacto. Los *recursos de contención* implican la sensación de estar contenidos físicamente en nuestros cuerpos, con nuestra piel y nuestra musculatura superficial, y de poder contener los sentimientos y la activación. Tensar diferentes partes del cuerpo –por ejemplo la espalda o los pies contra el suelo- pueden ser recursos de contención. Los *recursos de movimiento* son modos de regularse que involucran movimientos variados. Hay personas que se regulan mejor moviéndose: balanceándose, caminando, estirándose, bailando, etc.

El arraigo. Existen algunos recursos somáticos especialmente interesantes como reguladores de la excitación. Uno de ellos, el arraigo [*grounding*], puede ayudar a modular la activación o a procesar sentimientos de estar perdido o fuera de control. Explorar y practicar una postura de arraigo implica relajar la tensión del cuerpo dejando que el suelo lo sostenga, pero manteniendo cierta tonicidad en los músculos. Tanto una tensión excesiva –rodillas trabadas o caderas y piernas tensas- como demasiada flacidez –músculos débiles en piernas, caderas o pies- interfieren con la sensación de arraigamiento. La incapacidad para arraigarse puede disminuir la sensación de capacidad para lograr nuestros objetivos, la claridad mental o la firmeza para defender nuestras convicciones o decisiones. Aumentar la conciencia de la tensión y la posición de la columna, las piernas, las caderas y los pies y realizar pequeños movimientos en torno a esa conciencia ayuda a desarrollar este recurso somático.

La alineación del núcleo. Los seres humanos, como otros animales, adaptan la posición de su columna en situaciones amenazantes: pueden curvarla, encogiéndose, para protegerse y expresar sumisión, o bien tensarla y ponerla rígida para expresar dominio o mostrarse poderosos. Las experiencias tempranas de dolor emocional, trauma o determinadas expectativas de los cuidadores hacen que los niños organicen sus columnas de forma adaptativa, por ejemplo hundiéndose para resultar invisibles o expandiendo el pecho e hiperextendiendo la columna para parecer invulnerables. Esta adaptación, al volverse crónica, puede reforzar creencias limitadoras sobre sí mismo y el mundo.

Una postura alineada se sitúa en el punto intermedio de tensión entre una columna rígida y una hundida. Implica la sensación de que cada parte del cuerpo descansa, relajada y

flexible sobre la parte inferior, lo que permite usar poca energía para mantener la verticalidad de forma natural.

El núcleo alineado incluye la sensación de verticalidad flexible promovida por la columna y por la activación de los músculos transversos abdominales, que contribuyen a sostenernos. Trabajar con la alineación ayuda a regular la activación y a estimular un *locus* de control interno.

Utilizar la respiración. La respiración se ajusta automáticamente – inconscientemente- a las necesidades fisiológicas y a los estados emocionales. Pero, en situaciones sostenidas de trauma o dolor emocional ese ajuste puede cronificarse en forma de hábitos o patrones fijos. Un paciente ha podido aprender a respirar muy superficialmente como manera de disminuir su activación y disociarse con frecuencia, y para otro puede que respirar forzada y torácicamente sea un modo de sentir y expresar poder y amenaza como defensa ante sentimientos de temor.

Los patrones respiratorios también reflejan, sostienen y confirman patrones de desregulación, creencias limitadoras o problemas fóbicos, por lo que la intervención en ellos puede ser útil. Sin embargo, las autoras advierten de que los trabajos respiratorios pueden desencadenar estados emocionales intensos –catarsis-, tanto si provocan hiperventilación –muy desaconsejada- como si provocan una respiración profunda y tranquila, que puede asociarse tanto al apagamiento sentido durante el episodio traumático como a un estado de indefensión corporal. Como los patrones respiratorios han podido surgir como respuesta al miedo, cambiarlos rápidamente puede hacer que este emerja de nuevo. Resulta una buena advertencia, con la que se desmarcan de enfoques corporales más basados en cambios respiratorios bruscos –en la dirección de la relajación o en la dirección de la catarsis- que pretenden transformaciones rápidas pero poco cimentadas.

Por eso sugieren intervenciones conservadoras y graduales, en las que primero se estudian los hábitos respiratorios: la frecuencia, profundidad, el hincapié en inspirar o expirar, o el movimiento y tensión de los músculos participantes. Después, poco a poco, se introducen pequeños cambios en los mismos y se permanece en contacto con los efectos de esos cambios de manera atenta. En general, poner un poco de énfasis en la inspiración aumentará ligeramente la activación, mientras que poner atención en la espiración ayuda a relajarse. Investigar estos efectos ayuda al paciente a aumentar su capacidad para regularse y a ampliar su margen de tolerancia. El terapeuta puede, también, ir enlazando las observaciones sobre la respiración con correlatos verbales o emocionales, por ejemplo enfocando cómo la respiración se modifica ante ciertas temáticas o estados en el momento.

Un sentido somático de los límites. Personas cuyos deseos han sido desatendidos, censurados o manipulados, es posible que no hayan aprendido a desarrollar límites sanos, lo suficientemente firmes y flexibles para relacionarse. Con más gravedad, las situaciones de trauma relacional son violaciones extremas de los límites.

Se hace necesario, para estos pacientes, recuperar la información subjetiva de sus preferencias o deseos, hacerse conscientes de cuándo están sintiéndose invadidos, y poder expresar el límite. Sin embargo, habitualmente este trabajo incluye de forma prioritaria lo verbal. Las autoras advierten que el proceso de conectar con los deseos, con la

necesidad de poner límites e incluso la expresión al otro de esos límites es, antes que nada, corporal.

En el trabajo somático con este recurso, el terapeuta ayuda a conectar con aquellas sensaciones corporales del paciente que informan de los deseos y los límites: de cuánta distancia física y cuánto contacto es aceptable, de qué informaciones quiere o no recibir, de en qué medida desea seguir o parar con algo. Además, se explora la comunicación del límite de forma no verbal. Pacientes con historias en que los límites han sido obviados pueden aprender a decir *no* verbalmente, mientras sus cuerpos se encogen, vacilan, retienen la respiración o eluden la mirada. Conforme reconocen y modifican estos hábitos, se sienten más coherentes y capaces.

Sección IV. Fase 2. Abordar la memoria

Mientras que las terapias verbales se centran en crear narrativas coherentes del pasado, el enfoque sensoriomotriz enfatiza el enfoque ascendente del recuerdo, y procura reorganizar el impacto del pasado sobre el cuerpo. La segunda fase de la terapia, una vez reconocidos y adquiridos los recursos físicos para poder regular la activación fisiológica, implica abordar la memoria.

Memoria implícita

Gran parte de la memoria es implícita: se experimenta como estados somáticos y afectivos, sin la sensación de estar recordando algo concreto. Los recuerdos implícitos de las experiencias de apego emergen a través de los hábitos relacionales. Los recuerdos implícitos de las experiencias de trauma suelen ser reviviscencias no verbales como las imágenes intrusivas, las sensaciones corporales o las defensas animales rígidas. El desencadenamiento de estos recuerdos implícitos suele ser automático, provocado por similitudes de la situación actual o por hablar del pasado, en lo que se denomina *memoria dependiente de estado*. Es importante en un primer momento identificar cuándo estas reacciones pueden estar activadas por recuerdos implícitos. Las reacciones emocionales intensas, la desconexión emocional extrema, el pánico, el entumecimiento, etc., ante situaciones no peligrosas suelen ser respuestas procedimentales a recuerdos difícilmente verbalizables. La propuesta de la psicoterapia sensoriomotriz para abordar estas situaciones es el procesamiento ascendente: en lugar de dotar de significado inicialmente a estas reacciones, se trata de observarlas, estudiarlas desde la sensación de seguridad garantizada por el uso de los recursos somáticos individualizados.

Memoria explícita

Por otra parte, lo que se persigue con aquellos recuerdos que sí son explícitos es reorganizarlos. Las autoras afirman, con Siegel (2003), que “la recuperación de la memoria explícita es una forma de modificación mnémica más que una rememoración exacta de los hechos” (p. 389). El motivo por el que simplemente relatar un evento doloroso o traumático no solo no ayuda a integrarlo, sino que puede agravar sus efectos, es que recordarlo del mismo modo una y otra vez hace que se consolide. La terapia debe conseguir que la información sea recordada en el contexto de una nueva experiencia, de tal forma que la memoria se reorganice de formas más saludables. Poder recordar permaneciendo en contacto con los recursos actuales de regulación y una sensación de seguridad o calma es un modo. Otro modo es enfocar, en el recuerdo, los recursos que

fueron útiles antes, durante y después del suceso doloroso. Habitualmente, el recuerdo está organizado por sensaciones de indefensión, incapacidad, terror o humillación. Reenfocar la atención hacia elementos diferentes del recuerdo puede ayudar a conectar con sensaciones diferentes y a reorganizar la memoria explícita.

La reorganización de la memoria no puede realizarse sin una cierta evocación del acontecimiento que active el procesamiento de estado. Algunos pacientes que permanecen fríos y desconectados emocionalmente mientras recuerdan tienen dificultades para cambiar aquello que solo saben intelectualmente: les cuesta *volver al pasado*. Pero por otra parte, como hemos dicho antes, si la evocación es desmedida y el suceso se revive, corre el riesgo de ser retraumatizante. Hay pacientes a los que les cuesta recordar sin desregularse: tienden a ser *atrapados por el pasado*.

Conciencia dual

La *conciencia dual* es una forma de conciencia plena dirigida aplicada al trabajo con la memoria. En ella, se presta atención a cómo se despliega la experiencia en el presente a través de sus elementos constitutivos –pensamientos, emociones, sensaciones, percepciones y movimientos– al tiempo que se evoca el suceso. La conciencia dual permite que la atención oscile entre el recuerdo y la experiencia presente, de tal manera que se pueda conseguir una evocación dependiente de estado permaneciendo en el margen de tolerancia para que la memoria se reorganice. El terapeuta puede empezar preguntando: “¿Qué notas al regresar a ese día? Tal vez observes ciertas imágenes, o tu cuerpo cambie. Podrías tener una respuesta emocional o un pensamiento. Límitate a permanecer con ello y dime qué sucede cuando empiezas a recordar”. Se ayuda al paciente a que esté con un pie en el pasado y otro en el presente. A partir de aquí, dónde se haga hincapié en esta oscilación dependerá del paciente y su nivel de regulación. Para aquellos pacientes más desconectados, el foco se pondrá más en el recuerdo para activar la memoria dependiente de estado, aunque podamos incidir en las sensaciones del presente para estudiar la tendencia a la evitación. Para los pacientes que tiendan más a la desregulación, predominará la conciencia de la experiencia en el presente mientras recuerdan como manera de permanecer en el margen. Si la desregulación aumenta, la exploración en conciencia dual debe ser interrumpida hasta que se regulen con la ayuda de recursos somáticos.

Elegir un fragmento de memoria

En la evocación del evento traumático o de la escena dolorosa no se trae a la memoria el suceso completo, sino únicamente un pequeño fragmento cada vez. Recordemos que el trabajo no se centra en el contenido de la memoria o su narrativa, sino en cómo esta afecta a la persona en el presente. Se selecciona un fragmento que active un estado interno similar al que se experimentó durante el acontecimiento. Puede consistir en un sonido fuerte –el que ocurrió en una explosión–, una mirada cruel o un grito –en un caso de maltrato–, un olor, el movimiento de alguien que se acerca o aleja, la imagen del paciente, de pequeño, encogido o solo en la habitación, etc. No se trata entonces de desplegar toda la secuencia de hechos, sino de focalizarse en una escena a modo de fotograma que resulte activador. De manera espontánea, tienden a surgir los efectos de lo que ocurrió en el momento actual en forma de sensaciones, percepciones –imágenes, sonidos...–, movimientos, emociones y pensamientos. A partir de aquí se realiza el trabajo de conciencia dual antes explicado, conducente a modificar esos efectos y a reorganizar progresivamente la memoria.

La selección del fragmento es importante, porque debe resultar evocador pero no desregulador, y se hará en función del paciente y su momento del proceso. Para pacientes más desregulados o con un margen de tolerancia estrecho, se usarán fragmentos más pequeños: pueden ser aspectos como la fecha de un accidente, el momento anterior, una imagen relacionada más neutral o incluso la perspectiva de empezar a hablar de ello próximamente. En el otro extremo, con los pacientes hipoexcitados se emplearán recursos más evocadores, e incluso pueden ser necesarios algunos recursos de movimiento –que suban ligeramente su activación- antes de abordar la memoria. Además, el impacto del fragmento en los pacientes deberá ir evaluándose momento a momento, para constatar si el fragmento elegido es el adecuado.

A veces el paciente no tiene un recuerdo explícito de lo sucedido. Entonces el fragmento puede ser sustituido por aquello que sabe que ocurrió porque se lo contaron o a partir de la memoria implícita.

Restablecer acciones fortalecedoras

Dentro de los componentes de la experiencia evocados por el fragmento de la memoria, están los impulsos motrices, que son especialmente importantes en la reorganización, y deben ser atendidos de forma especial, sobre todo en los casos de trauma.

Todos los mamíferos, incluidos los seres humanos, están equipados con una serie de respuestas defensivas instintivas ante la amenaza neuroceptada. Estas respuestas instintivas son de dos tipos: movilizadoras e inmovilizadoras.

Las *defensas movilizadoras* impulsan a actuar con una excitación alta e incluyen la lucha, la huida y el grito de ayuda –llanto de apego en bebés-. Además hay algunas defensas movilizadoras aprendidas que se han hecho automáticas por su uso repetido y que se activan en contextos no relacionales: girar el volante, agarrarse al caer, apartar el cuerpo ante un objeto que se aproxima o alzar los brazos, etc.

Hay dos tipos de *defensas inmovilizadoras*: la respuesta de paralización implica una alta excitación simpática, una hipertensión muscular, hiperatención y dificultad para moverse –el ciervo ante los faros-. La respuesta de apagamiento, por el contrario, se alimenta de la rama dorsal del nervio vago (parasimpático) y promueve una inmovilidad laxa o apagada, con hipoexcitación, disminución del ritmo cardiaco e incluso desmayo –colapso-.

Estas defensas están diseñadas evolutivamente para adaptarse a distintas situaciones peligrosas de forma jerarquizada: normalmente las movilizadoras son las primeras en ser seleccionadas instintivamente, y cuando no son útiles se produce la inmovilización. Por ejemplo, hay situaciones en que intentar huir, luchar o pedir ayuda puede aumentar el peligro.

La dependencia subcortical –incluida cierta desactivación cortical- de estas defensas las hace muy rápidas, pero supone que en contextos de amenaza repetida tiendan a convertirse en hábitos somáticos rígidos y resistentes a su procesamiento descendente (cognitivo o emocional). La persona tenderá a usar, de forma anacrónica, aquellas respuestas que fueron relativamente útiles en el contexto del trauma (sea paralizarse, colapsarse, luchar, huir o pedir ayuda). Esto puede suponer usar estas defensas de forma inadecuada –cuando no es necesario-, desregulada –de modo excesivo- o cuando otras

defensas serían más útiles –por ejemplo paralizarse sistemáticamente en situaciones actuales en las que podría ponerse un límite.

El trabajo con estas defensas implica tomar conciencia de ellas a través del fragmento de memoria, en conciencia dual y dentro del margen de tolerancia y permitir que se desarrollen en el presente. La atención lenta a estos impulsos –no su expresión catártica- permite integrarlos, regularlos y enriquecerlos. Por ejemplo, una persona que se paralizaba sistemáticamente ante el maltrato y sigue haciéndolo en el presente puede entrar en contacto, durante la evocación del fragmento de memoria, con cierto impulso movilizador en sus brazos o piernas que toman forma de huida o protección activa –límite- que le ayudará a restablecer una sensación subjetiva de mayor poder y autonomía.

La secuencia sensoriomotriz

La energía necesaria para las defensas animales ante la sensación de amenaza proviene de la secreción de adrenalina que prepara al cuerpo para luchar, huir o pedir ayuda. La evocación de fragmentos de memoria traumática puede provocar descargas de la energía somática en forma de temblor, movimientos involuntarios como tics, hormigueos, sacudidas, etc., similares a la que se movilizó para estimular la supervivencia y que se sienten no como impulsos –como ocurría con las defensas- sino como movimientos que ocurren por sí solos. Este incremento de energía fisiológica debe abordarse y procesarse corporalmente –de forma ascendente- para que la persona recupere la sensación de seguridad.

Cuando los pacientes intentan manejar por sí solos estos incrementos de energía, rápidamente asocian las sensaciones a emociones fuertes, y estas a pensamientos como “estoy en peligro” o “soy incapaz”, con lo cual las sensaciones se incrementan hasta niveles intolerables, y tratan de evitarse por todos los medios implicando ciclos de evitación/intrusión. Los intentos –descendentes- por tranquilizarse, ya sean solos o en terapia, no son suficientes, dado el arraigo subcortical de la experiencia. Y tratar de dar sentido a la vivencia como manera de manejarla tampoco funciona, ya que el sentido está teñido, distorsionado, por la desregulación. Dar sentido a la experiencia solo puede hacerse cuando la sensación de peligro ha terminado, no antes.

La *secuencia sensoriomotriz* es una intervención específica para la hiperactivación relacionada con trauma. Consiste en trabajar en conciencia dual de manera exclusiva las sensaciones corporales –dejando a un lado por un tiempo lo cognitivo y lo emocional o las imágenes-, prestando atención a cómo las sensaciones que acompañan a la descarga de energía evolucionan hasta normalizarse por sí mismas. El terapeuta puede hacer preguntas y dar pautas, cuando detecta señales de un aumento de energía somática involuntaria –temblor, sacudidas, cosquilleo, etc.-, que ayuden al paciente a mantenerse en contacto con la sensación: “¿qué sucede en tu cuerpo cuando ves esa imagen?, ¿cómo cambia tu sensación cuando piensas en ese momento del combate?, siente ese pánico solo como una sensación corporal”.

Los ingredientes de esta técnica son tres. Primero: mantener la atención centrada en la sensación, excluyendo lo emocional y lo cognitivo, mientras se informa de ella. Segundo: confiar y transmitir confianza en que el cuerpo tiende a regular la activación por sí mismo. Tercero: observar la sensación como un proceso, una *secuencia* y no una sensación fija, y guiar al paciente para observarla. Preguntas como “observa el hormigueo de tu brazo, ¿dónde comienza y dónde termina?, ¿qué pasa después del hormigueo?” inciden en la

evolución de la sensación. Así, el paciente aprende a permitir que su cuerpo se calme sin tratar de controlarlo.

Emociones y defensas animales

Algunas experiencias emocionales problemáticas que los pacientes traen a consulta incluyen emociones desreguladas y excesivas, emociones aparentemente sin sentido – como enfadarse o entrar en pánico sin motivo- o falta de emocionalidad: sentirse desconectado o vacío. Un procesamiento emocional habitual implicaría intervenciones que condujeran a la evocación, expresión e integración de las emociones. Sin embargo, las emociones que surgen en contextos de trauma o muy amenazantes no se resuelven así: su expresión no alivia, o proporciona un alivio momentáneo, y la emoción parece no terminar, dando una información errónea.

La psicoterapia sensoriomotriz toma de Janet el concepto de *emociones vehementes* para referirse a aquellas emociones que, al estar asociadas a situaciones traumáticas –sea el trauma relacional o no- tienen por objetivo impulsar la acción de las defensas animales y asegurar su eficacia. Estas emociones son circulares, están fuera del margen de tolerancia, y buscan una acción que no encuentran. La neurocepción defectuosa del peligro asociada al trauma hace que la evocación de las emociones vehementes confirme internamente – distorsione- la sensación de peligro, alimentándolas hacia más desregulación.

Es tarea del terapeuta diferenciar las emociones cuya desregulación sugiere que provienen de la neurocepción de una amenaza vital –con fuerte implicación del SNA- de aquellas que, aun pudiendo ser intensas, expresan dolor emocional.

La intervención propuesta por este modelo ante las emociones vehementes es el procesamiento ascendente, que enfoque las sensaciones corporales, la excitación fisiológica y los impulsos motrices en lugar de dar expresión a la propia emoción, lo que podría intensificarla inútilmente. Este trabajo pone a un lado el contenido de la emoción o su expresión como tal, atendiendo exclusivamente lo corporal, en lo que puede llevar al paciente a desarrollar secuencias sensoriomotrices –que le permitan regular su activación- y a atender y completar *movimientos preparatorios*: tensiones musculares o pequeños movimientos que puedan ser indicios de defensas activas que el cuerpo quiso y quiere realizar, y que proporcionan una sensación de mayor capacidad e integración somáticas.

Las autoras nombran a una paciente, abusada de niña por su padre, que tenía distintos problemas emocionales de adulta, como estallidos de ira desproporcionada. Una de las partes de la intervención que describen es el trabajo con la rabia ante un fragmento de memoria de aquella época partiendo de cierta tensión que aparecía en sus hombros y que, atendida y desarrollada, evolucionó hacia el impulso de levantarlos para protegerse. En lugar de una rabia ciega o destructiva, la acción que *quería ocurrir* era la defensa activa que no pudo darse en su momento. Este procesamiento ascendente resultó fortalecedor, además de una relectura de su sentimiento actual.

Sección IV. Fase 3. Avanzar

La última sección del libro está destinada a la última fase de la terapia según Janet. En el contexto del trauma y la desregulación, son necesarias las fases anteriores: reducir

síntomas aprendiendo a manejar la activación y procesar la memoria traumática. Pero una vez esto está relativamente elaborado, la psicoterapia sensoriomotriz aborda temas que han podido quedar condicionados o limitados por los síntomas, como las creencias y patrones emocionales o vinculares. “La gente viene a terapia porque quiere ir más allá de la supervivencia” (p. 33), afirman las autoras.

Por otra parte, muchos pacientes pueden acudir a terapia con problemáticas que no incluyen el trauma o la desregulación grave. Las autoras llaman *problemas de apego* – por contraposición a *problemas de trauma*- a aquellas crianzas que, sin ser amenazadoras o transmitir peligro, han sido limitadoras en determinados ámbitos o han desatendido algunos aspectos de los hijos, lo que ha supuesto cierto grado de sufrimiento emocional. Este sufrimiento ha requerido ajustes inevitables por parte del niño con el objetivo de maximizar la atención que tienen también sus expresiones corporales en forma de hábitos, tensiones o patrones limitadores, que pueden ser explorados y ampliados mediante el trabajo ascendente.

Las creencias y el cuerpo

Muchas de las creencias nucleares sobre uno mismo, los otros y el mundo, se generan procedimentalmente. El sentido que los seres humanos necesitan dar a su experiencia para que esta sea predecible es inicial y primordialmente corporal, lo que implica que las creencias están reflejadas y sustentadas por las pautas procedimentales del cuerpo. Aunque estas creencias pueden modificarse con la experiencia, algunas de ellas, especialmente las generadas para hacer frente al trauma o al dolor emocional, se muestran especialmente resistentes, y tienden a confirmarse al repetir las acciones que fueron adaptativas en el pasado. Los correlatos posturales, motrices y perceptivos de estas creencias pueden identificarse y desafiarse con trabajo corporal.

Las creencias que han resultado adaptativas para manejar el trauma conllevan desregulación y giran en torno al peligro extremo y la indefensión (p. ej. “si me quedo solo me moriré”). Las creencias limitadoras desarrolladas en relaciones de apego no traumáticas pueden estar acompañadas de emociones dolorosas en el extremo del margen de tolerancia pero no acarrear pánico sino dolor emocional (p. ej. “siempre estaré solo”). Las primeras se abordan con procesamiento ascendente, desarrollo de recursos y trabajo de la memoria traumática. El abordaje de las segundas supone acceder a las emociones dolorosas de desaprobación, falta de apoyo o rechazo que las generaron para poder expresarlas e integrarlas, de forma que puedan ser desafiadas mediante significados nuevos.

Dar sentido a las emociones

Los contextos tempranos traumáticos provocan, como ya sabemos, la aparición de *emociones vehementes* cuya principal característica es la desregulación y los contenidos referidos a la amenaza vital. Por otra parte, aquellos contextos de crianza relativamente seguros –no traumáticos- pueden generar adaptaciones emocionales a los progenitores – a sus expectativas, a sus estilos, a sus preferencias, etc.- que buscan maximizar el apego y disminuir al máximo el dolor emocional del rechazo, la crítica o la desatención. Estos ajustes son *emociones pautadas*, defensas relacionales –no animales- que ayudan a ocultar emociones más primarias o *nucleares* que podrían ser censuradas o despreciadas.

Las emociones pautadas son patrones procedimentales referidos a experiencias dolorosas del pasado, limitadores y sostenidos por una determinada organización corporal, y en psicoterapia sensoriomotriz se ayuda a los pacientes a distinguirlos y a indagar y experimentar las emociones nucleares subyacentes. Enfocando en conciencia plena fragmentos de memoria que evoquen estas emociones, se pretende un procesamiento dependiente de estado que lleve al paciente a “experimentar plena y efectivamente sus emociones nucleares de manera que expanda su gama afectiva, lleve a término los encuentros pasados y recupere las emociones disociadas, devaluadas o suprimidas” (p. 539).

Investigar y ampliar algunos movimientos importantes

El estudio corporal de algunos movimientos importantes (como son la forma de andar, de poner límites físicos o de realizar conductas de aproximación) se realiza en psicoterapia sensoriomotriz con el objetivo de indagar de forma ascendente en algunas creencias encarnadas en lo procedimental que reflejan cómo se siente la persona en el mundo y en las relaciones, y también para estudiar opciones corporales que amplíen o desafíen esas creencias de forma más saludable.

La *forma de caminar* está determinada no solo por la anatomía, sino también por el desarrollo y el contexto psicológico. El patrón característico de cada persona surge de una combinación de imitación y ajuste a las expectativas de figuras importantes, y es una conducta habitual que refleja, sostiene y confirma las creencias y tendencias emocionales sobre el lugar en el mundo. Un modo de caminar vacilante, con la columna hundida y la cabeza gacha, en la que los brazos cuelgan flácidos a los lados del cuerpo, ha podido surgir de un ambiente traumático del pasado o de una creencia antigua como “es inútil tratar de conseguir lo que necesito”. Explorar este hábito permite obtener información procedimental relevante e investigar opciones de cambio ascendente.

Otro tipo de movimientos y sensaciones importantes está relacionado con el sentido somático –basado en sensaciones y movimientos- de *los límites relacionales*. Dependiendo del tipo de crianza y sus experiencias tempranas, las personas han podido desarrollar diferentes estilos. Identificarlos, investigar sus significados y buscar modos corporales de enriquecerlos es el objetivo de la intervención.

Un *estilo infradelimitado* es propio de contextos familiares en los que la diferenciación no es bien recibida, y tienden a priorizar sentimientos de unión o lealtad, hasta el punto que los límites pueden experimentarse como falta de respeto. Personas con este estilo pueden presentar sensaciones de poco poder, asociado a poco tono muscular, contención o falta de arraigo, y tener dificultades para expresar sus necesidades o decir no, y ser más susceptibles a someterse.

Un *estilo sobredelimitado* es propio de contextos familiares en los que se evita el contacto físico o emocional y se prioriza la autonomía o bien en los que no es seguro ser vulnerable o bajar la guardia. Así, la desconfianza podría resultar más adaptativa que la confianza. Personas con este estilo pueden tener sensaciones de rigidez, cautela, fuerza y “estar cerradas”, asociadas a musculaturas y posturas excesivamente tensas y poco flexibles.

Estos dos estilos y el llamado *estilo pendular*, que oscila entre ambos, pueden ser entendidos como hábitos adaptativos a un entorno concreto que han quedado fijados y

resultan limitadores, estudiados corporalmente y dotados de recursos somáticos que los flexibilicen.

Por último, la psicoterapia sensoriomotriz trabaja también con las llamadas *conductas de búsqueda de proximidad* de Bowlby, modos innatos para procurar la cercanía de las figuras de apego –que incluyen, por ejemplo, el contacto visual, el manejo de la distancia física o de gestos como extender la mano hacia el otro-. Estas conductas innatas pueden ser distorsionadas e incluso abandonadas en contextos de crianza traumática o cuidado inadecuado en los que han encontrado respuestas de rechazo o abuso importantes. Estas respuestas quedan registradas procedimentalmente en forma de expectativa de futuro y provocan que la persona contenga o incluso desactive de forma adaptativa las conductas que originariamente las provocaron. Estas dificultades para el contacto visual o físico pueden ser observadas y trabajadas en sesión para dotarlas de significado, procesarlas emocional o corporalmente y proveerlas de recursos que las hagan más saludables y ajustadas al presente.

Por ejemplo, en un gesto a priori tan simple como extender la mano una persona puede advertir cómo simultáneamente necesita alejar el tronco, bajar la cabeza, desviar la mirada, mantener el codo muy pegado al cuerpo o el antebrazo tenso... y evoca emociones de miedo al rechazo, creencias como “no merezco recibir”, y conecta con fragmentos de memoria –que se elaborarán- que contribuyeron a formar ese hábito.

Ir más allá. Desarrollar lo lúdico y afrontar desafíos

En la medida en que los pacientes han superado con éxito los objetivos de regular su activación e integrar el pasado doloroso, se pueden empezar a plantear crecer en nuevas direcciones, lo que implica *desarrollar el placer y afrontar nuevos retos*.

Distintas investigaciones muestran una disminución de la conducta lúdica y exploratoria en los niños relacionada con problemas de trauma y de apego. No es de extrañar, en la medida en que las respuestas defensivas requieren de una inhibición de las conductas lúdicas o espontáneas. Pero el juego es importante: las conductas de juego son innatas en el niño, que procura involucrar al criador muy pronto en ellas. Resultan interacciones en las que se dan oscilaciones extremas de alta y baja excitación emparejadas con emociones agradables. Este emparejamiento del placer con los cambios de activación ayuda al niño a desarrollar un margen de tolerancia amplio y a incluir estados emocionales intensos y sosegados. Así, el juego ayuda a desarrollar una capacidad para apreciar el placer compartido y una mayor tolerancia a las oscilaciones de excitación, pero requiere para ello que se dé en el contexto de una experiencia subjetiva de seguridad y receptividad.

Conforme los pacientes van resolviendo su desregulación y elaborando los recuerdos dolorosos, pueden sentir la necesidad de disfrutar más de su vida y caer en la cuenta de cómo inhiben sus conductas de juego y exploración por los efectos del trauma o el apego inadecuado. A veces los sentimientos agradables asociados a estas conductas pueden resultar perturbadores por lo novedosos o bien sentirse fuera de control. Dentro de la tarea terapéutica estará desarrollar estas emociones agradables asociadas a actividades lúdicas o al placer, estudiando el modo en que se contienen o inhiben, los temores y defensas corporales.

Cuando las autoras afirman, citando a Bromberg (2006), que el contexto de un buen tratamiento debe ser “seguro, pero no demasiado seguro” (p. 189), están recordando que

permanecer demasiado a salvo puede resultar evitativo y una fuente de empobrecimiento vital. Los seres humanos necesitan un equilibrio entre seguridad y novedad que proporcione un estímulo manejable. Aquellos pacientes que han sido víctimas de trauma o apego inadecuado han podido estrechar sus márgenes de tolerancia de manera fóbica, como una adaptación a entornos peligrosos u hostiles. Han podido aprender de forma procedimental a permanecer “demasiado a salvo”, por lo que es necesario que la terapia les estimule, una vez han aprendido a regularse y han procesado las influencias de sus pasados dolorosos, a afrontar desafíos que hagan sus vidas estimulantes y ayuden a ampliar sus márgenes de tolerancia, proporcionando una base segura más amplia, una mayor confianza en la propia capacidad y más esperanza en el futuro. Todo el trabajo anterior con las sensaciones físicas, la neurocepción adecuada del peligro, la integración de la memoria, las emociones y las creencias procedimentalmente adquiridas, en el contexto de la relación terapéutica, les ha preparado para ello.

Comentario

Estamos de acuerdo con las autoras en que el cuerpo es el gran olvidado en las psicoterapias verbales, y en que es un importante reto incluirlo de forma efectiva y coherente en la práctica clínica por el enorme potencial que su uso encierra. Este potencial viene dado por diferentes elementos.

En primer lugar, la información procedimental que las sensaciones y los impulsos motrices pueden aportar: información que refleja aspectos inconscientes que no han sido reprimidos sino que son implícitos, que han podido ser incorporados mediante identificación o como ajuste temprano a determinadas circunstancias, y que es muy difícilmente accesible mediante el análisis verbal. Este modelo aporta intervenciones que facilitan el acceso a esa información *ascendente*, que el cuerpo del paciente *sabe sin que él lo sepa*. Como dice Clyman (1999): “No es conocimiento simbólico, la información codificada procedimentalmente no está en representación de otra cosa... El conocimiento declarativo puede ser recordado, el conocimiento procedimental solo puede ser actuado” (p. 352).

En segundo lugar, el cuerpo puede ser no solo una fuente de información, sino también un foco para el cambio. Sabemos que muchos de los hábitos, creencias matrices o patrones emocionales limitadores están inscritos con una fuerza que a veces supera el trabajo que actúa sobre las narrativas. Los patrones somáticos –perceptivos, atencionales, musculares- reflejan pero también sostienen y confirman los patrones emocionales y cognitivos que se resisten a cambiar. En este sentido, las autoras proponen intervenciones interesantes y variadas que tratan de acceder a la memoria dependiente de estado, focalizando la atención en el cuerpo y observando cómo se despliega la experiencia para posteriormente proponer pequeños cambios *experimentales* que permitan obtener más información de lo procedimental o bien desafiarlo suavemente. Todo el trabajo incide en ir más allá de recordar, procurando un estado de evocación que facilite reinscripciones de la memoria cuando ésta está lábil.

La otra gran aportación del modelo es su aplicación específica a los problemas de desregulación emocional. Hay que tener en cuenta que, así como hay patrones desregulatorios *descendentes*, esto es, que comienzan con determinada idea, fantasía o deseo, muchos otros son *ascendentes*: comienzan como activaciones neurovegetativas extremas, automáticas y muy rápidas, sin que intervenga el pensamiento ni inicialmente

la emoción, patrones rápidos de respuesta defensiva en forma de tensión, congelación, movimientos de huida, etc. que luego desencadenan fuertes emociones o creencias muy persistentes. Especialmente en estos casos, la intervención corporal será más acertada que la verbal, y consistirá inicialmente en estudiar el patrón de desregulación para estabilizarlo gradualmente mediante recursos somáticos. Creemos que es de especial interés en este sentido la diferenciación entre experiencias sensoriomotrices y emocionales que hacen las autoras: poder observar exclusivamente los elementos sensoriales, propioceptivos y musculares sin nombrarlos como experiencias emocionales o cognitivas supone una disociación terapéutica ingeniosa y muy reguladora, que permite al paciente mantenerse en contacto con ellas sin reprimirlas o desbordarse, para poder posteriormente integrar todos esos elementos de la experiencia. Por otra parte, creemos que es también muy valiosa la incorporación de intervenciones destinadas a los pacientes hiperregulados, a veces auténticos olvidados de la mirada clínica. Poder advertir en ellos las rápidas –y defensivas– secuencias de hiperactivación-desactivación, y dotarles de herramientas para poder estar más en contacto con su cuerpo y no solo con sus pensamientos creemos que abunda en más posibilidades de cambio profundo para ellos.

A nuestro entender, resulta imprescindible el concepto de *margen de tolerancia* para trabajar desde cualquier enfoque, sabiendo que únicamente las experiencias terapéuticas que se sitúan dentro de ese margen de activación y que no desencadenan fuertes respuestas autonómicas podrán ser procesadas de forma eficaz. El peligro de ignorarlo es doble: una persona hiperactivada corre el riesgo de retraumatizarse al intervenir en su narrativa sin tener en cuenta su cuerpo. En el otro extremo, una persona hipoactivada puede modificar su narrativa sin que esa modificación conlleve cambios más profundos: se haga consciente sin que cambie en lo inconsciente. Poder observar con el paciente, por lo tanto, los indicadores de activación y ayudarle a regularlos, hará nuestro trabajo mucho más eficaz. Para nosotros, de hecho, ha sido un descubrimiento a la vez sencillo y extraordinario. En coherencia con esto, el trabajo con *fragmentos de memoria* y no con narrativas completas o conceptos abstractos, permite evocar pero dentro de cierta seguridad: ayuda a que el paciente reexperimente gradualmente escenas concretas y detalladas, pero esta vez con conciencia minuciosa, dentro del margen y acompañada de recursos, de tal manera que la experiencia que se reinscriba sea esta vez exitosa, y no una mera repetición que retraumatiza o una historia intelectualizada y vacía de afectos y posibilidades.

Creemos, pues, que la aportación del modelo es novedosa, bien argumentada y enriquecedora. Otra cuestión es en qué medida puede ser integrable, vivida como coherente, para un terapeuta de una orientación más psicodinámica.

Ogden y Fisher señalan en el inicio del libro que este es un modelo a integrar, no un enfoque en sí mismo. Esto puede ayudar a ver con más calma algunos vacíos que percibimos inevitablemente. La importancia de la relación terapéutica, con sus elementos de sostén, de experiencia emocional correctiva y de estudio de lo transferencial se señalan, pero apenas se profundiza en ellos. Las intervenciones resultan, sin tener esto en cuenta suficientemente, demasiado *tecnificadas*, pudiéndose ignorar en qué medida ciertas propuestas y sus respuestas puedan tener más de tema relacional que de técnica. En esta línea, para algunos terapeutas acostumbrados a trabajar de forma poco directiva, las propuestas pueden resultarles invasivas o muy condicionantes. Sin embargo, pese a la directividad reconocida, se hace hincapié continuamente en el carácter cooperativo y atento a la respuesta del paciente en cada propuesta terapéutica. Además, muchas de las intervenciones están guiadas por la *conciencia plena relacional*, que significa observar la

experiencia como se presenta momento a momento sin juzgarla. El reto para terapeutas entrenados en observar cómo se desarrolla esta experiencia a nivel afectivo y cognitivo puede ser añadir en su foco lo corporal: observar, reflejar y preguntar *también* en esa dirección.

El uso de propuestas somáticas –de analizar y estudiar el cambio de movimientos, posturas o gestos- podría malinterpretarse como una intervención simplista del estilo “enderece su columna y se sentirá más capaz” o “extienda su mano y se sentirá con derecho a pedir”. James Kepner (1992) previene sobre lo que llama enfoques terapéuticos *singulares* que, asumiendo la relación entre mente y cuerpo como ámbitos conectados pero separados, confían con demasiado optimismo en que cambiando las cogniciones y afectos cambiará la vivencia somática o, en sentido inverso, cambiando la experiencia somática cambiará de forma espontánea lo cognitivo-afectivo. Las autoras no caen en esta simplicidad, sino que toman una posición *holística* que reivindica la unidad mente/cuerpo. El foco en lo corporal se alterna sistemáticamente con la atención a recuerdos, afectos, imágenes, pensamientos, etc. como elementos diferentes dentro de una misma experiencia que se despliega. Así, proponen incluir al cuerpo olvidado en la clínica, y no olvidar la mente por el camino. Una propuesta como “enderece su columna” viene acompañada de la observación de qué experiencia global supone ese cambio: cómo se despliegan los elementos cognitivos, sensoriomotrices y emocionales al hacerlo. La narrativa, el significado, surge conforme la experiencia corporal se produce, y no aislada de esta.

La articulación del tratamiento en fases puede resultar ajena, pero las fases bien entendidas resultan de sentido común: en esencia, los pacientes desregulados deben, antes de afrontar su historia o su dolor emocional intenso, tener cierta capacidad de autorregularse, y eso es también un objetivo terapéutico.

La presentación del libro da una impresión de rigidez y protocolo que no hace justicia al modelo, que bien integrado puede resultar muy flexible y rico. Creemos que para aquellos profesionales que quieran aprender sobre este enfoque terapéutico, el libro anterior de Pat Ogden, *El trauma y el cuerpo*, resulta más argumentado, profundo y fluido. La utilidad de este es su didactismo, sus fichas y la posibilidad de compartirlo con determinados pacientes.

Para terminar, un agradecimiento. Para nosotros, el descubrimiento del modelo de Pat Ogden y sus colaboradores fue una casualidad feliz. Llegamos a Forum y al modelo de Hugo Bleichmar procedentes de una formación y práctica experienciales -especialmente gestálticas- atraídos por la combinación de profundidad, afán integrador y respeto a la complejidad de los pacientes. Y fue durante una sesión de formación allí que oímos hablar por primera vez de Pat Ogden y su enfoque y decidimos formarnos en él. Este modelo nos ayuda a incluir el cuerpo en las sesiones y a abordar el trabajo con lo procedimental con más conciencia y profundidad.

Y como todo lo bueno, nos encanta compartirlo.

Referencias

- Bleichmar, H. (1983). *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona, España: Paidós.
- Bleichmar, H. (noviembre, 2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas*, (9). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=178>.
- Bromberg, P. M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, Estados Unidos: Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Clyman, R. B. (1991). The procedural organization of emotions: A contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 39 (Supl.), 349-382.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes*. París, Francia: Felix Alcan.
- Kepner, J. (1992). *Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. Ciudad de México, México: El Manual Moderno S.A.
- Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Porges, S. W. (2016). *La teoría polivagal. Fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación*. Madrid, España: Pléyades.
- Siegel, D. (2003). An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma. En M. Solomon y D. Siegel (Eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (pp. 1-56). Nueva York, Estados Unidos: Norton.