

Y AHORA QUE?... La experiencia del cambio

La presente exposición es producto de varios años de preguntarme y de investigar junto con mis pacientes.

Durante el tiempo de mi experiencia clínica me he dado cuenta de que se dan ciertos momentos críticos de inflexión en el proceso terapéutico, en ellos el paciente da un salto cualitativo en su proceso y ya no hay vuelta atrás.

Creo que claramente uno de estos momentos se da, cuando el paciente después de haber elaborado sus resistencias, mecanismos de defensa y su historia pasada la mayoría de las veces atravesando por un intenso dolor, nos pregunta indefectiblemente ¿ Y ahora que...?.

Es una manera de decirnos y decirse: Vale soy consciente de que mi forma de moverme en determinados aspectos me trae problemas y ya sé y siento porque, me he dado cuenta de que estoy repitiendo y repitiendo sin parar pasajes de mi historia pasada de una manera no adecuada en el presente, ¿ pero que hago?.

En esta nueva búsqueda gradual de nuevas formas de ser y estar en el mundo, que emprendemos junto con nuestros pacientes, es en la que me gustaría detenerme y intentar dar un paso adelante en que proceso o cúmulo de procesos se va modelando la nueva forma del paciente, cual es él mas valido y que va produciendo psico-corporalmente.

Además de mi intento para entender y apoyar la experiencia de mis pacientes, me he basado en los libros de Oliver Sacks, de V. S. Ramachandran, Sandra Blakeslee , Antonio Damasio todos ellos neurólogos, y en la teoría del vinculo de John Bowlby

Lo que me enseñaron en la facultad desde el psicoanálisis era que el proceso del cambio se hacía en la medida que los procesos inconscientes fueran tornándose conscientes, mediante el trabajo sobre los recuerdos, sueños y en la relación transferencial.

El darse cuenta y entender lo que ocurre y el traer a la memoria los recuerdos infantiles es lo que ayuda a cambiar.

Desde la teoría del aprendizaje el cambio de los hábitos antiguos por los nuevos, se hace, mediante la aplicación sucesiva a la acción de un refuerzo.

El conductismo radical ha cedido ante la evidencia de los procesos mentales que desdeñaba estudiar. En la actualidad, su aplicación a la psicoterapia toma la forma de intervenciones cognitivo-conductuales. La psicoterapia cognitiva está yendo más allá de los pensamientos automáticos accesibles a la auto observación e intenta desentrañar las redes asociativas inconscientes de las cuales los pensamientos conscientes son derivados.

Cuando estudiaba Análisis Bioenergético hace ya más de 10 años, me enseñaron a interpretar lo inconsciente, los mecanismos de defensa y la historia pasada de los pacientes no solo desde lo que el paciente me cuenta verbalmente, sino también añadiendo sus posturas musculares, su respiración, el tono de su voz, y la relación que me transfiere no solo verbalmente sino también corporalmente, es decir el carácter no es algo dicotomizado, algo puramente psicológico, el carácter es una estructura unificada y global de toda nuestra persona.

Desde esta lectura me enseñaron a ayudar a paciente a modificar desde el cuerpo en la mayoría de los casos, sus partes contraídas, estáticas, descargadas, escindidas y disociadas y que a través de esta experimentación el paciente fuera modificando aquello que desde su carácter le impedía vivir una vida más saludable y realista.

Mas tarde trabajando con David Campbell y leyendo a Bowlby fui dándome cuenta cada vez mas de que los ejercicios o modificaciones energéticas y posturales eran importantes para el cambio, pero no mas que la nueva forma de relacionarse que el paciente tiene la oportunidad de experimentar en el espacio terapéutico.

Una relación diferente en cada caso pero seguro que una relación más saludable, una relación que le confronta con sus carencias, duelos, traumas y conflictos y le hace experimentar que las relaciones pueden ser diferentes a las establecidas anteriormente.

Sí pero y que más, la ciencia a avanzado muchísimo y cada vez mas rápidamente y sobre todo en neurología, ¿qué es lo que produce respirar por fin, profunda y completamente, además de hacernos sentir una sensación de bienestar? ¿Cómo es que esto nos puede por ejemplo modificar nuestra manera de respirar desde ahora en adelante, y no ser algo simplemente momentáneo?. O como unos ojos que nos miran con amabilidad y cariño verdadero nos hacen sentir que es posible que nos amen y que nuestra historia se pueda modificar de aquí en adelante.

Lo que me ayudo a armar esta teoría propia fue el leer sobre todo los libros de Oliver Sacks y Ramachandran el notar como la forma en que ellos se relacionan con sus pacientes es parecida en cierta manera a la que establecemos los analistas bioenergéticos, miramos escuchamos sentimos a nuestros pacientes y es mas intentamos ponernos en su pellejo y tratamos de sentir por su cuerpo.

A propósito de la consciencia, Sacks en su libro “Con una sola pierna” nos relata su experiencia cuando después de un accidente traumático se rompió la pierna izquierda y perdió su inervación, con ello perdió la función y la sensación. Nos cuenta lo que esto le produjo y como consigue la recuperación de las dos funciones, la motora y la sensitiva.

La percepción que tenía de su pierna antes y después de la operación, incluso después de la recuperación del hueso, se puede resumir en que no la sentía, incluso cuando la miraba era como si no fuera de él, como si fuera un objeto y este completamente ajeno a su persona, después de todas las vicisitudes y el horror que paso, nos puede hacer una descripción realmente privilegiada sobre la investigación que llevo acabo sobre sí mismo, apoyada además en ser uno de los neurólogos investigadores más avanzados en la actualidad.

Sobre la conciencia, nos dice textualmente:

“Por lo general los neurólogos no se han enfrentado a la estructura de la conciencia. Gerald Edelman nos hace una descripción de la “conciencia primaria y la conciencia de orden superior” y su posible base neuronal. No se trata de un mero inventario de los cambios internos, como el que proporciona el mapa y la categorización sensorial, sino que se da también una comparación entre el presente y el pasado, entre el estatus actual y lo que se recuerda. La conciencia primaria es ese proceso singular. Es la conciencia que surge, según la teoría de Edelman de la categorización perceptiva, la memoria, el aprendizaje y la discriminación entre él yo y el no-yo. Y a partir de esa conciencia primaria se desarrolla en el hombre una conciencia de orden superior, acompañada de la capacidad para el lenguaje, los conceptos y el pensamiento. La conciencia así concebida es esencialmente personal; esta estrechamente ligada con el cuerpo vivo y actúa, con la localización y la afirmación del espacio personal; y se basa en la memoria, en un recordar que continuamente se reconstruye y se recategoriza a sí mismo. Para Edelman, la identidad, la memoria y el espacio son inseparables; juntos componen y definen la conciencia primaria.

Sigue diciéndonos:

“Pero fueron precisamente estos tres componentes los que desaparecieron cuando mi pierna se me hizo ajena. Se disiparon a la vez, dejando un abismo, un agujero en la memoria/identidad/espacio, que ahora podría interpretar como un agujero en lo que Edelman llama conciencia primaria. La conciencia de orden superior se esforzaba por comprender este fenómeno, utilizando todos los conceptos y el lenguaje a su disposición; escrutó ese abismo y fue capaz de encontrar conceptos o palabras para expresar lo que vió (lo “ajeno”, lo “anómalo”, lo “carente de espacio” y “carente de pasado”), pero no pudo hacer más. No pudo hallarle sustituto; yo era capaz de utilizar la construcción simbólica y lingüística de “pierna”, pero para mí carecía de realidad subjetiva. La conciencia de orden superior se basa en la conciencia primaria, y solo puede transmitirla y reflejarla, lo que significaba, en mi caso, expresarla simbólicamente con metáforas de lo inexistente. “Nada es mas real que nada”, nos recuerda Beckett.

Que un trastorno local, y además periférico, pueda provocar un importante trastorno de conciencia podría parecer de lo más sorprendente. Pero ello se debe a que hasta ahora no hemos elaborado una adecuada teoría de la conciencia “de abajo

arriba”, no hemos comprendido sus orígenes biológicos en los procesos perceptivos y su correspondiente localización en el organismo. Edelman nos muestra que las alteraciones de zonas receptoras primarias –trastornos locales- son causa suficiente de las alteraciones de la conciencia; no es necesario invocar una causa adicional, como la coexistencia de una neurosis o psicosis de “arriba abajo”.

Y solo La conciencia primaria, por supuesto, es por norma invisible: es automática, se oculta, como todo lo que actúa de modo normal. Paradójicamente, esconde su presencia. cuando sufre una importante interrupción puede convertirse (como así ocurre) en objeto de atención.

En Neurología no se pueden utilizar términos “personales”: la palabra “conciencia”, cuando se utiliza, denota un estado genérico de vigilia, contrapuesto a los estados de coma o estupor. No existe ninguna “neurología de la identidad”.

Y sin embargo siempre ha sido obvio, al menos intuitivamente (y ahora también, por fin, desde una perspectiva formal), que no somos máquinas sensoriales ni autómatas impersonales; que toda experiencia, toda percepción, es autorreferente desde el principio; que nuestra memoria no es como la de los ordenadores, sino que se trata de organizaciones y categorizaciones de la experiencia personal; que el “espacio” y el “tiempo” no son el espacio y el tiempo de la física, sino conceptos de referencia a nosotros mismos. En el cerebro no hay una representación del “espacio” abstracto, sino de nuestro “espacio personal”, propio, individual (como se ve claramente en el fenómeno de la extinción hemiespacial, una bisección del modelo personal del mundo. Y ante todo no hay duda de que nuestro cuerpo es personal, lo primero que define el ego o yo”.

¡Qué curioso! esto se parece mucho a lo que decimos nosotros pero de una manera si se me permite, más investigada y estructurada.

Unos años mas tarde en 1999, el neurólogo Ramachandran en su libro “Fantasmas en el cerebro”, nos relata como se puso a investigar sobre los miembros fantasma, es decir cuando tras padecer una amputación de un miembro, en muchos casos se sigue sintiendo el miembro fantasma, no solo su presencia sino las sensaciones de frío, calor, dolor etc. Y lo más curioso es que a veces esta percepción es la de un miembro deformado, es decir retorcido, mas corto o incluso que se puede alargar como chicle.

Ramachandran tomo como base la imagen o el esquema corporal, rescato el homúnculo de Penfield (1950). “El homúnculo es una pintoresca representación artística de la correspondencia entre las diferentes partes de la superficie del cuerpo y la superficie del cerebro; los rasgos grotescamente deformados pretenden indicar que ciertas partes del cuerpo, como los labios y la lengua, están mucho más representados

que otras.

El mapa se elaboro a partir de información obtenida de auténticos cerebros humanos”.

Figura 1

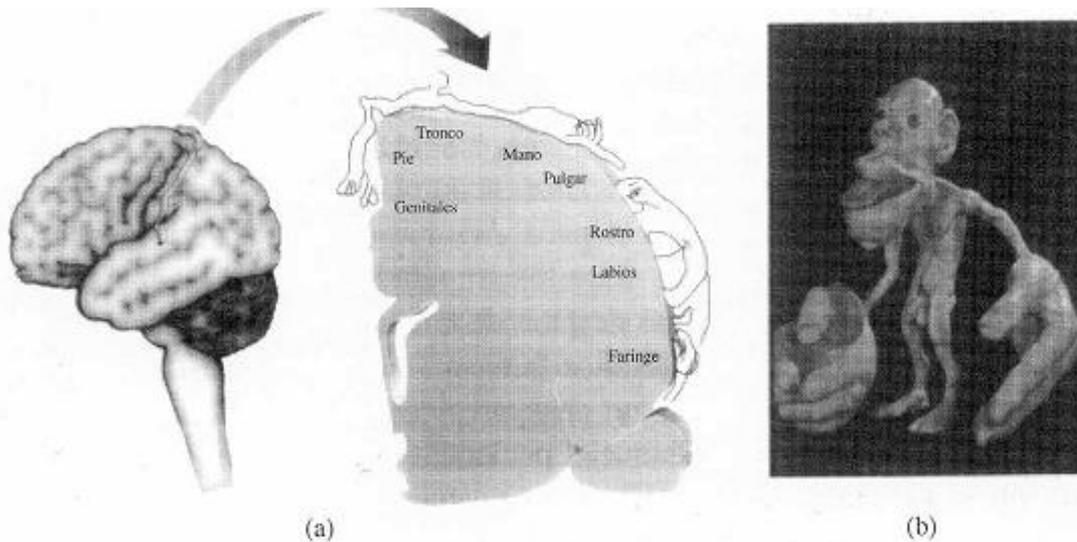


Figura 2.1. (a) Representación de la superficie del cuerpo en la superficie del cerebro humano (descubierta por Wilder Penfield) por detrás del surco central. Existen muchos mapas como éste, pero por motivos de claridad sólo mostramos uno. El «homúnculo» está cabeza abajo en su mayor parte, y los pies están metidos en la superficie medial (interna) del lóbulo parietal, cerca de su parte superior, mientras que la cara está abajo, cerca de la parte inferior de la superficie externa. La cara y la mano ocupan una porción desproporcionadamente grande del mapa. Nótese también que la zona de la cara está por debajo de la zona de la mano, en lugar de estar cerca del cuello, como sería de esperar, y que los genitales están representados debajo del pie. ¿Podría esto explicar el fetichismo del pie? (b) Modelo tridimensional del homúnculo de Penfield —el hombrecillo del cerebro— que representa las partes del cuerpo. Nótese lo desproporcionadamente grandes que son la boca y las manos. Reproducido con permiso del Museo Británico (Londres).

Y el trabajo más tardío de Tim Pons (1991) investigando sobre esta base con monos a los que se les había paralizado un miembro once años antes, “intentando averiguar la importante cuestión de la herencia frente a la crianza”.

Es decir: “¿Son fijos estos mapas de la superficie del cerebro o pueden alterarse con la experiencia, a medida que crecemos de bebés a niños, pasamos por la adolescencia y nos hacemos viejos?. Incluso si los mapas están ya formados al nacer, ¿hasta qué punto se pueden modificar en el adulto?”.

Llegaron a la conclusión de que los mapas cerebrales se pueden cambiar. Se pueden alterar los circuitos cerebrales de un animal adulto y se pueden modificar las conexiones a lo largo de distancias de un centímetro o más.

Cuando Ramachandran sobre esta base se puso a investigar con pacientes suyos que tenían un miembro fantasma o incluso que tenían una deformidad congénita en los miembros, se encontró por ejemplo en el caso de un paciente. Tom, que había perdido en un accidente su brazo izquierdo por debajo del codo, que había dos mapas completos de su mano perdida, uno en su cara y otro en la parte superior de su brazo izquierdo.

Figura 2



Figura 2.2. Puntos de la superficie del cuerpo que provocaban sensaciones remitidas a la mano fantasma (a este paciente le habían amputado el brazo izquierdo diez años antes de que nosotros lo examináramos). Nótese que en la cara hay un mapa completo de todos los dedos (numerados del 1 al 5), y en la parte superior del brazo hay un segundo mapa. Al parecer, las entradas sensoriales procedentes de estas dos zonas de piel activan ahora la zona del cerebro correspondiente a la mano (en el tálamo o en la corteza). Así, cuando se tocan estos puntos, las sensaciones se sienten como si procedieran de la mano amputada.

Es decir cuando se tocaban determinadas partes de su mejilla o de su brazo izquierdo el paciente sentía también que se le tocaban partes de su mano amputada. Entonces “las entradas sensoriales procedentes de estas dos zonas de la piel activan ahora la zona del cerebro correspondiente a la mano (en el tálamo o en la corteza). Así cuando se tocan estos puntos, las sensaciones se sienten como si procedieran de la mano amputada”.

“Después de la amputación dejaron de llegar señales de la mano perdida y, como consecuencia, las fibras sensoriales procedentes de la cara de Tom -que normalmente solo activarían la zona cortical correspondiente al rostro- habían invadido el territorio

vacante de la mano y empezaban a activar células de esta zona, y un segundo conjunto en el brazo; es decir las dos partes del cuerpo representadas en zonas contiguas (la de encima y la de debajo) a la zona correspondiente a la mano.”

Entonces lo que Ramachandran descubre ya claramente en este trabajo es que los mapas cerebrales cambian y es más a veces con mucha rapidez en 24 o 48 h.

El cerebro es plástico. Y él apunta la teoría de que en el cerebro ya desarrollado hay muchas conexiones cerebrales redundantes que solo entran en acción cuando se necesitan, los mensajes que mandan normalmente están ocultos porque son inhibidos por las fibras sensoriales que llegan del miembro real, cuando los miembros se amputan los otros mensajes quedan al descubierto y se les permite expresarse.

El que los pacientes “se dieran cuenta” de lo que les estaba sucediendo, no fue suficiente para que el fenómeno desapareciera, únicamente para encontrar algunos trucos. Si la mano fantasma me pica me rasco la mejilla.

Pero Ramachandran si que siguió investigando en esta dirección, siguió con pacientes que experimentaban fuertes dolores en sus miembros fantasma o que gesticulaban o los sentían retorcidos o informes.

Invento un sencillo aparato hecho a base de cajas de cartón y espejos de manera que por una ilusión óptica el paciente pudiera ver el miembro sano en el lugar del miembro fantasma, así en un paciente que permanentemente tenía las uñas clavadas en su palma en el miembro fantasma con la sensación de un fuerte dolor, pudo abrir la mano y el dolor desapareció. Dice Ramachandran:

“Consideremos lo que ocurre en el cerebro cuando desde la corteza pre-motora y motora se envían ordenes para cerrar el puño. Una vez cerrado el puño, los músculos y articulaciones de la mano envían señales retroalimentarias, que pasan por la médula espinal y llegan al cerebro, diciendo ¡ ya basta, no insistas mas!. Mas presión y dolería. Esta retroalimentación propioceptora aplica los frenos automáticamente, con increíble velocidad y precisión.

Sin embargo, si el miembro falta, esta retroalimentación no es posible. En consecuencia, el cerebro continua enviando el mensaje: “Ciérrate, ciérrate más.” La señal motora se amplifica cada vez más (hasta un nivel superior a lo que vosotros o yo experimentaremos jamás), incluso la propia insistencia o “sensación de esfuerzo” se puede experimentar en forma de dolor. El espejo puede funcionar porque aporta una retroalimentación visual para abrir la mano, eliminando el espasmo que la cierra.”

¡Que importante lo que nos está diciendo, la experiencia visual, es decir la retroalimentación de experiencia sensitiva (ver) hace que un fenómeno incluso fantaseado desaparezca!

Es curiosa otra experiencia que nos cuenta en el mismo libro Ramachadran, él tiene bastante experiencia con leprosos, y como quizás sabéis los leprosos con bastante frecuencia tienen que ser sometidos a amputaciones, y que curioso, ellos no experimentan fantasmas.

“El paciente aprende poco a poco a asimilar el muñón en su imagen corporal, gracias a la retroalimentación visual y quizás a la presencia simultánea de lesiones nerviosas progresivas, causadas por la bacteria de la lepra”.

Las implicaciones de estas investigaciones son muy importantes, normalmente vamos por la vida suponiendo que nuestro Yo está anclado en un único cuerpo, que se mantiene permanente hasta la muerte, pero realmente por muy segura y permanente que parezca nuestra imagen corporal es muy transitoria se va modificando a lo largo de toda nuestra vida con las modificaciones del desarrollo vital y se pueden modificar con unos “trucos sencillos” como dice el autor.

Volviendo al tema de la consciencia, el autor en este mismo libro hace referencia a dos síndromes:

La negligencia: síndrome que suele presentarse después de un ataque de apoplejía en el hemisferio derecho y en especial en el lóbulo parietal derecho, se caracteriza porque

el paciente no presta atención a nada que pase en la parte izquierda del mundo incluso en su propio cuerpo.

La anosognosia: Síndrome caracterizado porque un paciente que esta totalmente cuerdo en todos sus aspectos, asegura que se mueve el miembro paralizado.

¡No nos suenan estos síndromes verdad!. ¿No llamaríamos a esto mecanismo de defensa, disociación y negación?.

Las últimas investigaciones que ha encontrado el autor a propósito de este fenómeno, tienen que ver con las dos mitades o hemisferios simétricos de nuestro cerebro. Pero que a su vez son asimétricos, cada mitad controla los movimientos del lado opuesto del cuerpo, pero además están especializados en diferentes capacidades mentales, pero la asimetría más importante es la del lenguaje.

El hemisferio izquierdo esta especializado en la producción de sonidos lingüísticos, la estructura sintáctica del lenguaje y gran parte de la comprensión del significado.

El derecho interviene en los matices más sutiles del lenguaje, las metáforas, la alegoría y la ambigüedad.

El hemisferio izquierdo es el “dominante” porque habla. Además el derecho se ocupa de los aspectos holísticos de la visión, leer las expresiones faciales y responder con la emoción adecuada a las situaciones evocadoras.

Normalmente en cuando estamos despiertos nos vemos inundados con gran cantidad de entradas sensoriales, ante esto nuestro cerebro tiene que hacer un filtraje para poder generar acciones y además tiene un guión o sistema de creencias estable y con consistencia interna. Es decir cada vez que llega un nuevo estímulo, lo integramos en nuestra visión del mundo interna. De esto se encarga nuestro hemisferio derecho.

Cuando un elemento no nos encaja, no revisamos todo nuestro sistema desde el principio, esto nos llevaría a la locura y a la ineficacia, normalmente rechazamos esta

información (negamos) o la distorsionamos (confabulaciones, proyecciones racionalizaciones etc.) para que encaje en nuestro marco para poder mantener estabilidad.

Estos mecanismos de defensa impiden que nos veamos abocados a la indecisión pero tienen un inconveniente que nos está “mintiendo” este precio puede ser barato en nuestra vida cotidiana, pero a veces puede ser muy alto en momentos de crisis como lo estamos viendo en enfermedades como las amputaciones o paralizaciones o en lo que realmente nos interesa en los mecanismos de defensa que presentan nuestros pacientes en su vida cotidiana y en la relación transferencial ante el cambio.

Estamos actuando según un guión escrito por nosotros desde nuestra más pequeña infancia y ahora cuando ya no nos sirve no lo ponemos en cuestión.

Así pues, las estrategias de adaptación (recuerden la teoría del vínculo de Bolwy, según la cual el apego es una conducta instintiva) empleadas por los dos hemisferios son muy diferentes. La del hemisferio izquierdo consiste en crear el sistema de creencias o marco para poder interaccionar con nuestro medio ante los inconvenientes o excepciones reacciona con los mecanismos de defensa. El hemisferio derecho en cambio busca las inconsistencias globales, cuando la información anómala alcanza cierto umbral, este hemisferio empieza a hacer una revisión completa desde cero.

En los pacientes de Ramachandran, la lesión ocurría en el hemisferio derecho con lo que el izquierdo quedaba libre para recurrir a todos los mecanismos de defensa y el paciente no podía hacer una revisión de su estado real a pesar de esta actitud les abocaba a situaciones absurdas. Es decir lo que se avería es el sistema, por así decir, del cerebro para tratar con las discrepancias, incluso si con determinadas intervenciones (agua fría en el oído izquierdo) logra que el hemisferio derecho despierte, el paciente reconoce su problema pero esto dura a veces como máximo 30 m.

En general los pacientes con estos problemas suelen recuperarse al cabo de dos o tres semanas y paradójicamente niegan que hubieran negado su situación.

Cuándo nos llegan los pacientes por primera vez, se encuentran generalmente en la situación de que sus mecanismos de defensa que protegen su sistema de creencias empiezan a tener fisuras y justo están en ese momento, a veces privilegiado a pesar del malestar, en que empiezan a hacer una revisión desde cero ayudados por nosotros y tienen que cambiar su sistema o marco de creencias por lo menos en determinados aspectos de su vida, el antiguo está obsoleto aunque se siguen aferrando a él hasta que llega el momento que yo llamo ¿Y ahora que?.

Volviendo a Ramachandran, en este momento en que el cambio hace un punto de inflexión.

Él nos dice que hay dos idiomas el del cuerpo el de los impulsos nerviosos: las pautas espaciales y temporales que nos hacen, por ejemplo, ver el rojo. Y otro es el lenguaje (ondas de aire enrarecidas que van desde nosotros hasta el oyente).

El problema está en que no podemos transmitir a una persona incapaz de ver los colores, mis sensaciones subjetivas (mi experiencia de ver el rojo) en un lenguaje oral, la experiencia se pierde en la traducción.

La única manera que se le ocurre a Ramachandran es conectar un cable de cerebro a cerebro que transmitiera en directo las percepciones (es broma).

Él nos habla de que son estas sensaciones subjetivas pero que tienen unas determinadas características, él las llama qualia, las que constituyen nuestro marco de referencia, y las que producen el cambio del mismo.

Las características de los qualia son:

- 1- La percepción cargada de qualia no puede ser revocada por los centros superiores del cerebro y por tanto, no es manipulable, por ejemplo vemos un color rojo y es

rojo mientras que la que carece de qualias es flexible puede ser afectada por la ilusión.

- 2- Cuando nosotros tenemos una representación cargada de qualia podemos elegir lo que hacemos con la representación, es decir, podemos conjurar cualquier asociación con rojo.
- 3- Es irrevocable por el lado de las entradas y flexible por el de las salidas y además tiene que existir durante el tiempo suficiente para que el cerebro trabaje con ella, es decir tienen memoria.

En conclusión los qualia son irrevocables por el lado de las entradas y flexibles por el de las salidas y además tienen memoria.

La importancia de estos qualia es enorme por que al ser irrevocables nos permiten eliminar la duda y nos confieren estabilidad y certidumbre.

Esto es ni más ni menos lo que hacemos en nuestra practica clínica y de manera especial en el momento de inflexión, ayudamos a que el paciente pruebe sensaciones subjetivas nuevas que le parecen más válidas o sanas que las pautas anteriores que ya no le sirven y las que puede ir experimentando y le son mas útiles adquieren tal carácter de certidumbre que ya no hay vuelta atrás.

El cómo hacemos que estas experiencias subjetivas adquieran esta importancia para que el cambio se produzca en realidad es “fácil”, ayudamos a que el paciente respire de una manera completa y más sana, a que su estructura y postura corporal vaya siendo consciente y empiece a experimentar que puede estar parado sobre sus pies y en relación con el mundo de otra manera y lo que es más importante la relación que establecemos

con el paciente es diferente a la que tuvo en el pasado y que produjo que se relacionara de la manera que nos presenta.

Esta diferencia le llega al paciente en cada sesión en el ambiente que creamos juntos, en la manera en que respiramos con él, le miramos, le tocamos, le masajeamos, le hablamos etc.

Todas estas sensaciones y la calidad de la entrega que nosotros ponemos en ello, que son producto además de las sensaciones (qualia) de nuestra propia experiencia en nuestra vinculación infantil o como pacientes y estudiantes, son repetidas sesión tras sesión cambiando la experiencia del paciente haciéndole sentir que se puede estar en relación con el otro y con la vida de una manera diferente y van produciendo momentos de inflexión, momentos de darse cuenta mas allá de lo intelectual, de una manera que produce una certeza imposible ya de derrumbar y más allá de la duda abriéndoles un camino de nuevas posibilidades.

BLIBIOGRAFIA

El vínculo afectivo. John Bowlby

Con una sola pierna. Oliver Sacks

Fantasmas en el cerebro. V. S. Ramachandran y Sandra Blakeslee

The Remembered Present: A Biological Theory of Consciousness. Gerald M.

Edelman

El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. Hugo Bleichmar. Aperturas.org