

<https://aperturas.org/articulos.php?id=0000963&a=El-cambio-activo-en-terapia-psicodinamica-momentos-de-alta-receptividad>

Número 054 2017

# El cambio activo en terapia psicodinámica: momentos de alta receptividad

Autor: [Bleichmar, Hugo](#) - [de Iceta Ibáñez de Gauna, Mariano](#) - [Soler Roibal, M<sup>a</sup> Ángela](#) - [Méndez Ruiz, José Antonio](#) - [Ingelmo Fernández, Joaquín](#)

## Palabras clave

Acoplamiento de experiencias, Active technique, Cambio terapeutico, Experiential coupling, High-receptiveness moments, Momentos de alta receptividad, Momentos presente, Present moment, Técnica activa, Therapeutic change.

**Para citar este artículo:** De Iceta Ibáñez de Gauna, M., Soler Roibal, M.A., Méndez Ruiz, J.A., Ingelmo Fernández, J.A., Bleichmar, H. (Enero 2017) El cambio activo en terapia psicodinámica: momentos de alta receptividad. *Aperturas Psicoanalíticas*, 54. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000963&a=El-cambio-activo-en-terapia-psicodinamica-momentos-de-alta-receptividad>

**Para vincular a este artículo:** <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000963&a=El-cambio-activo-en-terapia-psicodinamica-momentos-de-alta-receptividad>

*Una versión resumida del presente trabajo se publicó en enero de 2015 en The American Journal of Psychotherapy, vol 65, 1, pp. 65-86, con el título "Active change in psychodynamic therapy: moments of high receptiveness".*

## Resumen

Se presenta el concepto de momentos de alta receptividad (M.A.R.) que deriva del acoplamiento de experiencias de Bleichmar (2001). El acoplamiento de experiencias ha recibido apoyo empírico en los trabajos de Schiller y cols. (2010).

Se muestra asimismo su ubicación respecto a los desarrollos de Stern y cols. (Stern y cols. 1998, Stern, 2004). Se ilustran los elementos diferenciales de ambos conceptos en diversas viñetas clínicas haciendo hincapié en las repercusiones para la técnica.

También se describen estímulos potenciales de evocación activa, cómo identificar y aprovechar los momentos de alta receptividad. Por último, se señalan algunas características de los terapeutas y del proceso terapéutico para el trabajo con este tipo de técnica con la vista puesta en intentar minimizar en riesgo de iatrogenia.

## Abstract

This article presents the concept of "moments of high receptiveness" (MoHR or "Momentos de Alta Receptividad"), which is derived from the concept of "experiential coupling" ("Acoplamiento de Experiencias") proposed by Bleichmar (2001). Experiential coupling recently received empirical support by the work of Schiller and colleagues (2010). We will also show the conceptual placing of moments of high receptiveness with respect to the developments of Stern and colleagues (Stern and et al., 1998; Stern, 2004). In order to achieve both objectives, we focus on various clinical vignettes stressing the differences in repercussions of the technique. We describe use of

stimuli for active evocation, explain how to identify moments of high receptiveness, and review ways to take advantage of these moments. Lastly, to minimize the risk of iatrogenic symptoms, we examine the role of therapists and some features of the therapeutic process when using this technique.

**Palabras clave:** Momentos presente, momentos de alta receptividad, acoplamiento de experiencias, cambio terapéutico, técnica activa.

**Keywords:** present moment, high-receptiveness moments, experiential coupling, therapeutic change, active technique

## INTRODUCCIÓN

### *Eficacia de la psicoterapia psicodinámica*

Tradicionalmente, el psicoanálisis ha sido criticado por mantener una postura de espaldas a la investigación o a la correlación con otras ramas del saber.

Como expondremos más adelante, diversos hechos en los últimos diez o quince años demuestran que estas críticas, merecidas en el pasado, carecen de validez en la actualidad.

No obstante, cambiar esta percepción, supone acciones a múltiples niveles: redoblar esfuerzos en la investigación y la difusión de sus resultados en medios extranalíticos; la implicación en la Universidad y en la formación de especialistas en el área de salud mental (Cohen, 2000); y no menos importante, una reformulación de la formación en investigación o medición de la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en los institutos psicoanalíticos (Boesky, 2002).

Un estudio publicado por la Asociación Americana de Psicología (Shedler, 2010), que revisó ocho meta-análisis que incluían 160 estudios de terapia psicodinámica, además de nueve metaanálisis de otros tratamientos psicológicos y los medicamentos antidepresivos, llegó a la conclusión de que (pág. 98): *"La evidencia empírica apoya la eficacia de la terapia psicodinámica. Los tamaños del efecto de la terapia psicodinámica son tan grandes como los encontrados para otras terapias que se han promovido activamente como "apoyadas empíricamente" y "basadas en la evidencia".*

Parcialmente responsable de la eficacia de la terapia psicodinámica es el notable impulso de desarrollos teóricos en el cambio terapéutico en los últimos 15 años. Los desarrollos de Stern y sus colegas del Grupo de Estudio de Boston del Proceso de Cambio (Boston Change Process Study Group) ocupan un lugar destacado en este campo. Aplicaron la perspectiva del desarrollo infantil al material clínico para mostrar los mecanismos no interpretativos del cambio en la relación terapéutica (*"el algo más"* en las palabras de Stern). Más recientemente, Stern elaboró aún más estas ideas que introducen el concepto de "momento presente" (Stern, 2004), que abarca los conceptos de ambos "momentos ahora" ("now moments") y "momentos de

encuentro" ("moments of meeting") previamente elaborado en su estudio ampliamente citado de 1998 (Stern y cols, 1998). Stern propone pasar del conocimiento explícito (terapeuta como el que da significado a los relatos de los pacientes) al conocimiento implícito que se produce en el momento presente como una experiencia encarnada por terapeuta y paciente que ambos comparten.

Como otro factor para entender la eficacia de la terapia psicodinámica, cabe destacar el mutuo diálogo fructífero entre la terapia psicodinámica y la neurociencia. Así:

- o Avances en la neurociencia han venido a confirmar muchos de los elementos centrales de la teoría psicoanalítica, a la vez que obviamente se han descartado otros (entre otros Westen, 1999; Kandel, 2007).
- o Además, propician cambios en los desarrollos teóricos y técnicos del psicoanálisis. Por ejemplo, los descubrimientos en el campo de la memoria con el desarrollo de la teoría de la reconsolidación (Sara, 2000), están en la raíz de un desarrollo clave en la comprensión de los mecanismos de cambio terapéutico, el *acoplamiento experiencial* ([Bleichmar, 2001](#)). [1]
- o No sólo eso, a su vez algunos de estos conceptos han tenido una comprobación empírica que los valida externamente. Así, el grupo de LeDoux (Schiller et al, 2010), realizó la comprobación experimental del acoplamiento experiencial de Bleichmar.
- El tercer y último elemento a considerar es el impulso a los desarrollos teóricos sobre cambio terapéutico dentro del psicoanálisis en estos últimos 15 años. El listado de aportaciones es muy amplio, y su revisión excede el alcance de este trabajo. Asumiendo errores de omisión y sólo a fin de ejemplificar nuestro argumento podemos mencionar algunas aportaciones en el área del cambio terapéutico: la "co-construcción del encuadre" como factor terapéutico (Labor, 2007); la "comunicación inconsciente" (Hook, 2000); formas de cambio para los modelos mentales implícitos (Fosshage, 2005); el "inconsciente relacional" (Gerson, 2004); los mecanismos no-interpretativos de cambio (Hollinger, 1999); la "mentalización" (Fonagy & Target 1998; Fonagy et al 2002); el "movimiento hacia delante" ("forward edge" Tolpin, 2009); la experiencia de la "mutualidad" (Aron, 1996); la progresión por etapas en la organización mental en el análisis (Friedman, Lasky & Ward, 2009); los "puntos de inflexión" en la terapia ("turning points" Lush, 2011); el "reconocimiento" como elemento de cambio (Eisold, 1998; Pizer, 2008); las funciones terapéuticas de la "relación real" (Couch, 1999), o como precisa Frank la "relación personal" (2005); la "sincronicidad" (Hogenson, 2009); la "terapia basada en la transferencia" (Kernberg, revisado por Díaz-Benjumea, 2009). Aunque no se mencionen expresamente queremos aclarar que no circunscribimos en exclusiva el cambio terapéutico en los momentos de alta

receptividad, compartiendo la alerta que otros autores han señalado respecto de los desarrollos de Stern (Orange, 2008)

- Para nuestro trabajo destacaremos, amén de los desarrollos de Bleichmar con conceptos como la *transformación referenciada*, la *valencia motivacional de las intervenciones* o el ya citado *acoplamiento experiencial* (Bleichmar, 2001; Bleichmar, 2004), la línea de trabajo de Stern y el Grupo de Boston para el cambio terapéutico, con desarrollos como el *momento presente* (“present moment” Stern, 2004) o los conceptos *momentos ahora* (“now moments”) y *momentos de encuentro* (“moments of meeting”) de su trabajo de 1998 (Stern, 1998) uno de los más citados en psicoanálisis[2].

En este contexto de diálogo abierto entre disciplinas, ubicamos nuestra aportación, los **momentos de alta receptividad** a partir de dos de estos conceptos: el *acoplamiento experiencial* del que deriva, y el *momento presente*[3] en el que se engloba (Stern, 2004). Pasamos a definirlos ejemplificando clínicamente su utilidad (una oportunidad para la integración del conocimiento implícito y explícito), y discutiremos sus aplicaciones para la técnica para promover el cambio activo en la terapia.

### **Origen del concepto**

El concepto de M.A.R. se desarrolla a partir del concepto de Bleichmar de *acoplamiento experiencial* (Bleichmar, 2001), que ejemplifica en el caso de las adicciones. Dice Bleichmar: “*el componente procedimental (el placer en el beber) difícilmente es accesible a la interpretación a menos que se reviva, se reexperimente esa sensación, activándose el recuerdo y entrando en lo que se denomina un estado de memoria lábil, donde como sabemos por diversos estudios neurocientíficos la memoria se reconsolida, esto es se construye de nuevo, pudiendo por tanto en ese momento incorporar los elementos que la interpretación aporta*”.

Por tanto, el acoplamiento experiencial diferencia dos tipos de momentos con respecto a la interpretación, uno de alta receptividad, donde la memoria procedimental entra en estado lábil, y uno de baja receptividad, donde la misma interpretación con idéntica valencia motivacional (Bleichmar, 2004) resultaría ineficaz con relación al cambio, dada la ausencia del componente vivencial o procedimental del mismo.

### **Ubicación conceptual de los momentos de alta receptividad respecto de los desarrollos de Stern y el Grupo de Boston de Estudio del Proceso de Cambio** (The Boston Change Process Study Group (BCPSG)[4]

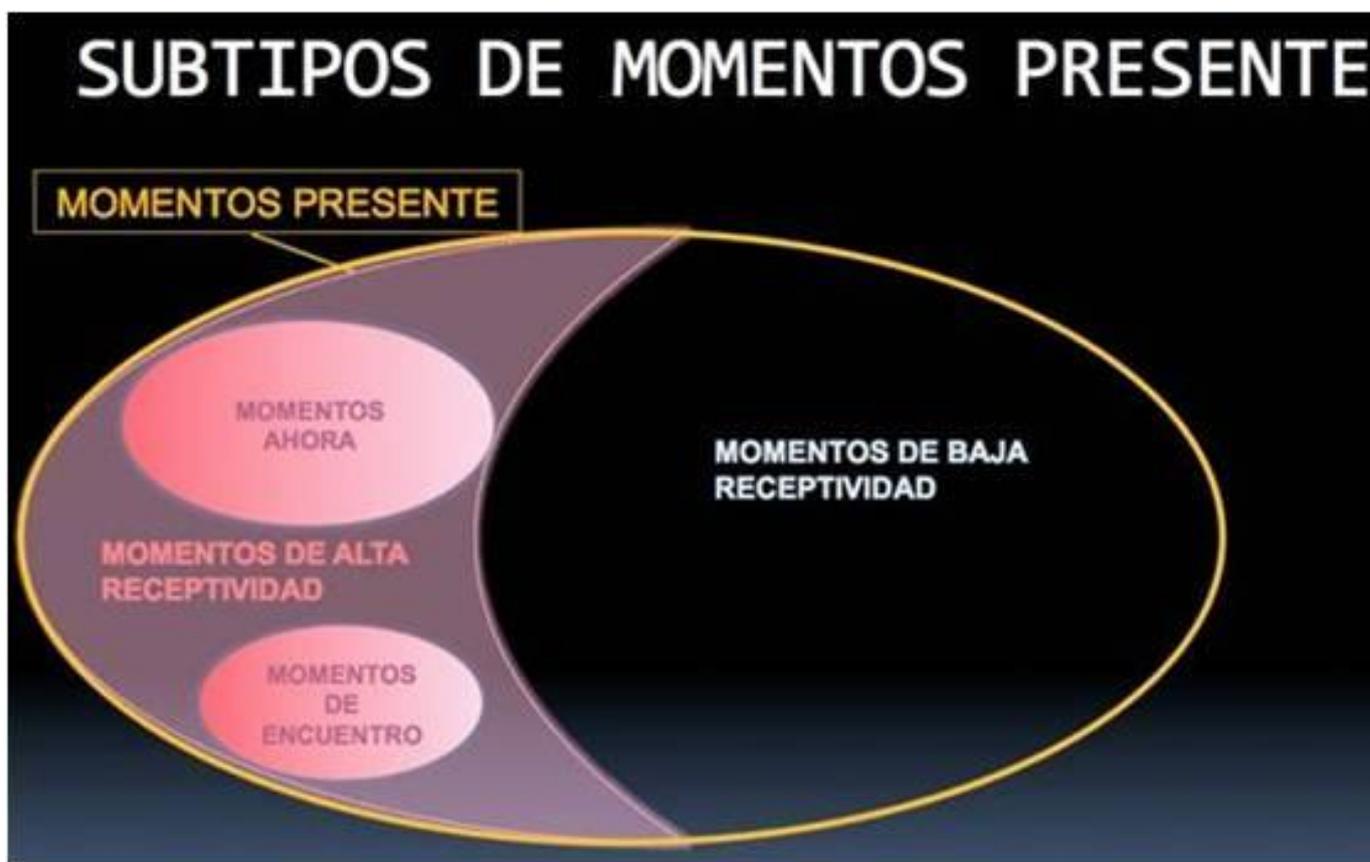
Los M.A.R. describen un estado transitorio del paciente en tratamiento, que facilita la capacidad de ciertas intervenciones del terapeuta para producir cambios. La alta receptividad para facilitar el cambio puede derivarse (como veremos más adelante) no solo del vínculo terapéutico, sino también de otras

condiciones que provengan de elementos externos al vínculo terapéutico o incluso a lo interpersonal, como por ejemplo el efecto de ciertos sueños[5].

Los conceptos momentos ahora (“now moments”)[6] y momentos de encuentro (“moments of meeting”)[7] desarrollados por el grupo de Stern (Stern et al, 1998), se refieren al cambio que se produce por y dentro de la relación terapéutica. Así, se corresponden con solo uno de los factores del cambio terapéutico.

La figura 1 intenta representar gráficamente la relación entre los desarrollos de Stern (2004) y los momentos de alta receptividad. Los momentos de alta (y baja) receptividad son subtipos de momentos presente. Los Momentos de Alta Receptividad (MAR), englobarían tanto a los momentos ahora, como a los momentos de encuentro (Stern et al, 1998; Stern, 2004).

**FIGURA 1**



### **Momentos de Alta Receptividad (M.A.R.): Definición**

Se trataría de un subtipo de *momento presente* (Stern, 2004). De forma espontánea (como en los momentos ahora) o a través de distintos estímulos, se activan múltiples elementos mnésicos (semánticos y/o procedimentales; implícitos y/o explícitos). Estos determinan una ventana temporal en la que, independientemente de la *valencia motivacional*[8] de una intervención (Bleichmar, 2004), el estado del paciente es de mayor receptividad (mayor

potencial de impacto en términos de cambio). La receptividad es específica en términos de producir cambio (o daño) a ciertos estados emocionales o áreas temáticas. No es generalizada para cualquier intervención.

Este estado puede darse bien por la activación de la memoria procedimental que entra en estado lábil (ver teoría de la reconsolidación de la memoria, Sara, 2000; revisada en Bleichmar, 2001). O bien porque nodos semánticos de la red mnésica del paciente aparecen de novo al desbloquearse su acceso a los mismos por la resolución de algún elemento displacentero, es decir, de algún conflicto que impedía su aparición.

También en situaciones de déficit, es decir, porque determinados elementos no se hayan constituido hasta el momento es que se ponen en marcha en la relación con el analista. Son momentos concretos en la relación terapéutica que posibilita que afloren elementos nuevos porque esta situación (el momento en el proceso terapéutico junto con las características de la relación terapéutica) permite que puedan ser nombrados.

A este respecto, queremos recordar que las representaciones con que trabaja el psiquismo son multinodales (Westen, 1999). Con ello queremos decir que se constituyen como un conjunto de componentes asociados en los que participan elementos semánticos, sensoriales y emocionales. Cada uno de estos conjuntos complejos van a relacionarse con otros conjuntos semejantes.

Todos estos elementos pueden o no ser activados en un momento dado en base a factores internos del paciente y especialmente, en la mayoría de los casos, a factores relacionales. En este sentido, la relación terapéutica en general, y momentos concretos de ella en particular, posee gran potencia a la hora de activar o inhibir los diferentes nodos representacionales. En ocasiones, hace aflorar componentes semánticos; en otras muchas, activa los factores sensoriales y emocionales presentes. Es esta última activación la que, de un modo preferente, pondrá en marcha los momentos de alta receptividad (M.A.R.) y les conferirá su potencia terapéutica.

### **MAR: Mecanismos subyacentes**

Otro aspecto importante a considerar, es el de los mecanismos subyacentes a la aparición de los momentos de alta receptividad. En esencia:

- La disminución de la resistencia al vínculo terapéutico: el narcisismo (rivalidad o culpa), o miedos que impían la emergencia de algunos aspectos del self, cuya declaración es sentida como peligrosa por anticipar una respuesta aversiva del otro (auto-conservación).
- La disminución de la resistencia intrapsíquica: miedo a revivir pensamientos, estados afectivos desregulados, el famoso miedo al colapso de Winnicott, independientemente de las acciones del otro, etc. no solo por desaprobación

superyoica, sino también para evitar revivir estados profundamente angustiosos o de desregulación neurovegetativa muy intensa...

Estos mecanismos rara vez se presentan aislados. Habitualmente aparecen simultáneamente en grado y combinaciones variables para cada uno de los MAR.

Además de estos mecanismos generales, queremos subrayar dos tipos de situaciones que nos parecen particularmente importantes, algunas de las cuales llevan a una intervención y otras a recogida de información nueva. De nuevo, la realidad de la situación clínica nos dice que habitualmente se requiere una mezcla de ambas, pero las hemos separado por propósito de ilustración:

1. ***Situaciones donde las intervenciones del analista se ven favorecidas por una mejora de la valencia motivacional dada.*** Y ello resulta válido para el conjunto de los sistemas motivacionales predominantes en ese momento del proceso terapéutico de ese/a paciente con ese/a terapeuta. Lo que queremos significar es que es un efecto que no está provocado por la intervención en sí misma. Veamos esta circunstancia en un paciente con tendencia al sometimiento y que sufre de intensa inhibición cuando no hay una figura al lado señalando los pasos a seguir. Parte del proceso terapéutico seguramente incluiría, en mayor o menor medida, el intentar contactar con su propio deseo y catectizar el llevar esos deseos a su realización en la realidad. Es una línea que nos parece correcta, pero que encierra un posible peligro y es que el paciente pueda sentirse instado/a a una acción en la realidad que siente que tiene más que ver con un deseo del terapeuta que con uno propio. Pensemos por ejemplo, en un error del terapeuta, como un enactment contratransferencial (revisado por Moreno, 2000) al margen de los objetivos terapéuticos que puedan considerarse. Si el/la paciente puede tener una percepción de esa situación y la plantea, sería esperable un cierto sentimiento de sentirse “en falta” por parte del terapeuta, seguido de un reconocimiento contratransferencial en mayor o menor grado. Un clima así, con una cierta inversión del balance narcisista en la sesión, seguramente sería facilitador para la recepción de interpretaciones dirigidas al modo en cómo se adapta al deseo del otro, especialmente si se mejora la valencia motivacional de la intervención iniciando la interpretación celebrando la novedad que supone el ir adquiriendo la capacidad de darse cuenta del sometimiento y, sobre todo, el poder plantearlo frente a una figura de autoridad como el analista. Si esa misma intervención, con el mismo contenido verbal, se realiza a partir de un acontecimiento que ha tenido lugar con una figura externa que no es el analista, en una situación que no es la sesión analítica, probablemente va a tener un menor poder transformador, salvo que consigamos una verdadera recreación vivencial del acontecimiento, ya que no son momentos que se den exclusivamente a partir del vínculo

transferencial. En definitiva, lo que nos parece fundamental es que, al margen de que ambas intervenciones tengan las mismas características intrínsecas, y de que ambas estén ajustadas en cuanto a timing y los otros elementos no verbales de la intervención, el que una de ellas se haya podido dar en un *momento de alta receptividad*, aumenta de modo decisivo su poder de conseguir el cambio terapéutico.

2. *Situaciones donde el foco primario es la disponibilidad de acceso a nodos semánticos remotos o inaccesibles previamente por emocionalmente displacenteros, en los que un estímulo encuentra un atajo o una red asociativa alternativa a los mismos y los incorpora al discurso compartido.* Siempre implica la activación de los afectos que los mantenían inaccesibles, y de otros que los conectan, no se trata de un mero elemento mnésico semántico. En estos casos, el énfasis se pondría en la recogida de información junto con el manejo (contención, práctica de la auto-regulación) de los elementos emocionales emergentes.

## ILUSTRACIÓN CLÍNICA

### *Momentos de alta receptividad (MAR) y momentos ahora (“now moments”)*

Como se muestra en el diagrama propuesto (ver Figura 1), todos los momentos ahora son MAR, pero no a la inversa, siendo la categoría de los momentos de alta receptividad más abarcativa. Dado este carácter inclusivo de los momentos de alta receptividad respecto de los momentos ahora, es lógico que compartan sus características.

Para mostrar la distinción entre ambos conceptos, y especialmente su **repercusión en la técnica** tomaremos la ejemplificación clínica de un momento ahora y un momento de encuentro entre paciente y terapeuta, publicado en la literatura (Altman, 2002). Altman escribe la siguiente viñeta sobre uno de sus pacientes, Mr. P, con el que había estado trabajando durante dos años (pág. 509):

“...vino a mi oficina un día, me saludó, y cayó en un silencio. No era raro para nosotros que nos sentáramos en silencio como ése. Yo había aprendido que era por lo general inútil para mí intervenir en un silencio, para hacer preguntas o hacer observaciones. Mr. P respondería a lo que dije, pero sólo superficialmente. Los intercambios realmente significativos y cargados de emoción, casi siempre fueron iniciados por el propio Sr. P, por lo que yo había aprendido a esperar.

Mientras estaba sentado allí, me di cuenta de que el sonido de un piano procedente de fuera de mi ventana, tocando una hermosa melodía, triste y conmovedora. Parecía como música de fondo para nuestra sesión, me

esperaba que sucediera algo triste. Mr. P dijo que había estado escuchando el nuevo álbum de Emmy Lou Harris (una cantante de música country), y una de las canciones le había “tocado” tanto que había pasado una hora del día anterior, solo en casa, sollozando y pensando sobre su padre. Él describió la belleza de la música, cómo la letra de la canción evoca las tristes reflexiones de la cantante sobre un hombre que había sido fatalmente herido emocionalmente hacía mucho tiempo. Da la casualidad que yo también soy un fan de Emmy Lou Harris, había asistido recientemente a uno de sus conciertos, y tenía previsto salir a comprar este disco tan pronto como me fuera posible. Yo no había oído la canción de mi paciente estaba describiendo, pero justo después de mi premonición asociada con la música de piano triste (que mientras tanto había desaparecido o pasado a segundo plano), me sorprendió encontrar que existía una forma de responder compartida a esta cantante particular, este territorio emocional de nuestras vidas de afuera.

Escuché atentamente lo que mi paciente me decía acerca de la canción que tanto le conmovió, añadiendo algunas de mis propias asociaciones a la letra. Hacia el final de la sesión le conté al Sr. P, con asombro, mi respuesta a la música de piano (él dijo que no la había oído), y cómo compartía su amor por Emmy Lou Harris. Se preguntó si yo había oído la canción, y yo le dije que no, pero que lo haría antes de nuestra próxima sesión.

El señor P, hasta esta sesión, no era consciente de tener sentimiento alguno hacia su padre. Su padre era tan distante emocionalmente, si no muerto, que el Sr. P sentía que su muerte física sería casi superflua.”

Más tarde añade Altman (pág. 510); *“Así que el hecho del Sr. P sintiéndose superado por los sentimientos hacia su padre era un gran avance.”*

Con todas las salvedades de la lectura desde fuera, en nuestra opinión, hay un MAR previo que se produjo en el domicilio del paciente cuando éste escuchó la canción de Emmy Lou Harris. Es probablemente ese momento el que abre un área temática nueva y sobre todo un nivel de conexión/carga afectiva a la misma.

Si bien esto pudo ser recogido en la sesión, y eventualmente la autorrevelación de Altman pudo reabrir/reactivar esta temática durante la misma (creando un nuevo MAR), se nos plantea cómo hubiera sido revivir juntos Altman y el Sr. P la escucha de esa canción en la propia sesión.

Según la teoría de la reconsolidación de la memoria, la escucha de la canción, reactivaría los elementos mnésicos con alta carga afectiva conectados con su padre que emergieron y los pasaría justo en ese momento (de alta receptividad) a un estado lábil. En ese estado, sí serían susceptibles de acoplarse a otra experiencia diferente para ser modificados. Esta experiencia pudiera ser: la respuesta emocional de Altman, elementos interpretativos sobre dichos afectos, combinaciones de ambas, etc.

De alguna manera, la definición del momento ahora/momento de encuentro (de la que Altman era conocedor) dirige su mirada en un sentido y orienta la técnica. Son válidas y

en ocasiones supone la mejor forma de aprovechar momentos espontáneos que se producen en la terapia.

Nos parece que el concepto de momento de alta receptividad, que abarca a los anteriores, ofrece dos elementos diferenciales que le otorgan un valor en sí mismo:

- Su origen en un concepto teórico con basamentos en la neurobiología y refrendado a nivel experimental (el acoplamiento experiencial).
- Nos orienta a la posibilidad de emplear directamente algunos de estos estímulos dados dotándonos como terapeutas de elementos técnicos adicionales para propiciar el cambio terapéutico. Además, aporta nuevos fundamentos para una técnica activa en psicoterapia psicodinámica.

### ***Momentos de alta receptividad y momentos de encuentro***

Como ya hemos señalado, los MAR aluden a un concepto que engloba los momentos de encuentro. Comparten características, pero los MAR (a diferencia de los otros) pueden derivarse de elementos ajenos al vínculo terapéutico. Más tarde en el artículo nos detendremos en mayor profundidad en este aspecto, cuando propongamos algunas formas de inducir, reconocer y aprovechar los MAR.

Intentaremos mostrar la naturaleza abarcativa de los MAR con un ejemplo. Para ello, pensemos en primer lugar en una secuencia temporal ideal en el modelo descrito por Stern (Stern y cols., 1998):

1. Aparición espontánea de momento ahora en el espacio intersubjetivo paciente-terapeuta.
2. Resolución por medio de una intervención específica, con la firma del terapeuta del momento ahora, que da lugar a un momento de encuentro.

Ambos momentos serían MAR.

Ahora imaginemos el mismo inicio de secuencia, pero en el momento 2, en lugar de producirse una respuesta del terapeuta con todas esas características señaladas por Stern para los momentos de encuentro, se produce una intervención carente de ellos.

En este escenario puede apreciarse la diferencia. En el modelo teórico de Stern, el momento presente generado no sería ni un momento ahora (no es espontáneo, se deriva de los efectos de una intervención del terapeuta), ni tampoco un momento de encuentro.

En el modelo que proponemos, el momento presente creado sería un MAR. Una intervención fallida, como veremos más adelante en los estímulos desencadenantes, también produce un MAR, que, si se aprovecha adecuadamente, posee un gran potencial terapéutico.

### ***Momentos de alta y de baja receptividad***

Examinamos a continuación algunas viñetas clínicas donde se percibe la diferencia entre momentos de baja y de alta receptividad a la interpretación.

Veamos el **caso de C.** *Una mujer de 46 años en tratamiento por múltiples fobias, pero en particular por cuadros de intenso bloqueo emocional que, en determinados momentos, llega a ser cognitivo frente a figuras masculinas de autoridad. La paciente había realizado algunos tratamientos previos, y en ellos pudo entender algunos aspectos de su biografía infantil que se relacionaban con su bloqueo. Así, había podido establecer una relación entre sus vivencias infantiles de un padre descalificador y unos hermanos varones que traspasaban la agresividad y el rechazo que experimentaban de su padre a los hermanos menores, entre los que se encontraba C.* Este conocimiento estaba bien establecido y era correcto, como pudimos constatar en el tratamiento a partir de múltiples pruebas. Sin embargo, el poseer dicho conocimiento no le evitaba reexperimentar la sensación de bloqueo en todas las ocasiones.

Fue necesario un trabajo de reexperimentación con carácter vivencial de esas sensaciones en la sesión (lo que crearía el momento de alta receptividad), junto con propuestas de acción en la realidad (a fin de dotarle con recursos yoicos suficientes) para posibilitar el cambio. A partir de la reexperimentación del bloqueo, y de las experiencias nuevas en la realidad, la información que ya tenía fue calando en su estructura, contribuyendo además como paso preparatorio para esas nuevas experiencias.

Proceso complejo en cuanto a la cantidad de elementos intervinientes para producir el cambio: exposición, aprendizaje de recursos yoicos, comprensión de sentimientos y estados emocionales etc., pero en el que lo previamente sabido, sólo tiene un efecto limitado por ser planteado en un momento de baja receptividad, en el que hacer consciente lo inconsciente, no determinó la superación del síntoma. Sólo cuando a la interpretación se unió el acoplamiento experiencial, es posible que aquella ejerza su efecto, sólo en esos momentos, que denominaremos de alta receptividad, la interpretación fue eficaz en este tratamiento.

Contra esta conclusión podría argumentarse que las interpretaciones previas no se realizaron en los mismos términos, y que quizá la valencia motivacional de las mismas fuera insuficiente para producir el cambio. Sin embargo, las modificaciones técnicas que se introducen en este tratamiento, se inician a raíz de que la lectura del trabajo de Bleichmar lleva a la aplicación de las ideas contenidas en él al caso clínico. Seguramente, las intervenciones durante el primer año de tratamiento, no serían exactamente las mismas, en términos de valencia motivacional, pero resulta difícil atribuir el cambio a dichas diferencias, o al resto de elementos participantes en exclusiva. La razón para

cuestionar dicho mecanismo estribaría en que el cambio experimentado por la paciente fue sólo conductual, sino de lo que Bleichmar denomina *creencias matrices pasionales* ([revisadas por Méndez e Ingelmo, 2012](#)).[9]

Siguiendo con la descripción de la evolución del caso clínico, podemos decir que, a lo largo de su evolución, C. ha sido capaz de adaptarse, con un buen rendimiento, a un nuevo entorno laboral con un nuevo jefe y compañeros. Asimismo, y aunque existían otros múltiples determinantes, fue capaz de separarse y explorar otras posibles relaciones de pareja, incluyendo el poderse citar con desconocidos a través de un servicio de contactos. Tanto en su separación como en las relaciones que ha ido estableciendo, estaba presente un sentimiento de valor en sí misma, de tener algo valioso que ofrecer. Esto ha permitido que pueda acercarse de otro modo a los hombres, de modo que ya no está únicamente atenta a la posibilidad de ser rechazada o no. Esta angustia, cuando ha sido hegemónica, lo cual ocurría la mayor parte de las veces, determinaba la sensación de parálisis de un modo casi automático. Por el contrario, en estos momentos es capaz de representarse que ella también merece que le aporten cosas y actuar en consecuencia, esto es, poder entonces elegir, y en varios casos, rechazar la oferta de relación de modo activo.

Pensemos en otro **caso, M.**, una mujer de 52 años con una personalidad borderline, en la que la disociación constituye un mecanismo muy prevalente. Tiene con su pareja una relación de apego muy dependiente, simbiótica, sentimiento este que está disociado en su mente. Cuando la figura de apego falla en la realidad, se produce una secuencia que comienza por una respuesta rabiosa, con distintos modos de plasmarse en la realidad, que actúa en un ataque hacia sí misma como forma de dañar al otro. A continuación se desencadena un sentimiento de culpa que le lleva al reencuentro con el otro en una posición de sometimiento a su deseo como la que tenía en un principio.

Interpretar esta secuencia, además de intentar describir y recorrer la variación y la complejidad de los estados afectivos implicados, apenas producía cambios. Fue útil no obstante para aumentar su capacidad de autoobservación, lo cual supuso un caldo de cultivo propicio en el momento en el que la falla procedió del propio terapeuta, una vez establecido como figura de apego. En ese momento, la misma interpretación, produjo los siguientes efectos: un comentario en tono asertivo “*ahora sí lo entiendo*”, un cambio en el tono de los procesos transferenciales (se puso de manifiesto el sometimiento transferencial tras la rabia y ésta se redujo), y surgieron asociaciones de la paciente sobre otras motivaciones en relación con la conducta autoagresiva. Por ejemplo, en una ocasión cuenta que se ha rapado la cabeza a tijeretazos (no es evidente a simple vista porque tras varias horas de peluquería le pegan casi literalmente pelo a pelo con queratina unas extensiones que lo hacen indistinguible salvo que se toque el pelo). Tras pedirle que me hable del momento del corte, de cómo le cuesta parar, de la mañana escapándose con un gorro a la peluquería y las casi 4 horas de reconstrucción, hablamos de los

distintos mecanismos que aparecen en esa secuencia, de su dolor, su sentimiento de abandono y cómo la rabia acaba cayendo sobre ella, dañando al otro, pero sufriendo más ella. Es ese recordar de forma vívida en presente como si lo estuviera experimentando en ese momento lo que crea el momento de alta receptividad.

Pensando en otras motivaciones asocia *“creo que es una forma de no meterme en líos, porque no soporto que alguien que no sea mi marido me toque el pelo”* (en alusión a otras actuaciones como la promiscuidad o el recurso a la prostitución). Aquí surgen diversas preguntas: ¿se trata fundamentalmente de una manifestación de sometimiento al terapeuta, transformación referenciada según la máxima del terapeuta *“la conducta se explica por motivaciones complejas, puede haber más de una razón tras una acción”*? o aumento del insight y cambio.

En una sesión posterior con la misma paciente, y en el momento en que nos encontramos repasando unas fotos de su adolescencia encuentra una que le trae otra asociación: Es una foto donde aparece con una larga melena negra, *“miro esta foto y recuerdo la sensación de cepillarme la melena y cómo me sentía al salir a la calle. Era un motivo de discusión con mi madre, a la que no le parecía “fino” (para ella el pelo se tenía que llevar corto o recogido, me aclara). A P. mi novio entonces, le encantaba, mi madre decía que era de gitanas, y yo le respondía que a P las gitanas le encantaban, le parecían las mujeres más guapas del mundo”*. En ese momento [\[10\]](#), vuelve a traer lo de su corte de pelo y añade un enlace entre una de las interpretaciones previas sobre su reacción al abandono *“antes de que me dejen me marchó yo”* y el corte de pelo *“cuando lo veo con canas, sin la vitalidad que tenía antes, ya no lo siento como mi pelo”*. La foto trae, conectando con una memoria afectivamente cargada, el sentimiento de posesión narcisista que representaba su melena y el sentimiento de pérdida con el paso de los años, que abre además la posibilidad de tratar la vejez y el miedo al deterioro (su madre tuvo Alzheimer). Este estado emocional complejo está causado por la fotografía y el recuerdo que ésta suscita. A ello se añade el trabajo previo fomentando la autoobservación y proporcionando hipótesis de trabajo junto con un modelo para mirar las cosas. Todo esto es necesario, también las interpretaciones previas, pero sin ese estado de alta receptividad, difícilmente se hubiera podido conseguir el mismo efecto, sobre ambas cuestiones.

Para precisar el concepto, conviene aclarar que el componente semántico mnésico aislado no constituye un momento de alta receptividad. Es imprescindible que exista un componente experiencial, y ello no solamente porque es el motor sobre el que va a poner en marcha el MAR, sino porque es indispensable que el paciente se sienta sujeto de la acción. El resultado es que ese momento con alta valencia emotiva del recuerdo de esa vivencia, por la calidad de la emoción, resuelve la defensa del paciente frente a dicha memoria. Podríamos decir que no se puede negar a sí mismo lo que está

sintiendo en ese mismo momento a la vista del otro. Pensemos, como ejemplificación de lo que acabamos de decir, en la experiencia emocional que supone la realización de una ecografía a una mujer embarazada, o escuchar el latido fetal durante la exploración. La experiencia de estar embarazada queda fuera de cuestión para ambos, “está más allá de toda duda”. De modo que lo que resulta central, a partir de ese momento vivencial, es cómo abordar dicha experiencia, cómo llevarla adelante o interrumpirla, cómo iniciar los cuidados adicionales al feto o a la madre, etc.

Veamos una viñeta clínica adicional del caso M. El relato sobre su maternidad, carecía del componente emocional asociado, era puro componente semántico, dicho con un tono de “normalidad” que englobaba todo. Un día en una sesión, M. hace referencia a una novela que está leyendo y en la que ha encontrado una escena que ha hecho que algo de sí misma se haya conmovido, aunque no sepa exactamente qué es. El intercambio transcurre en estos términos:

*“Estoy leyendo una novela y hay algo que tiene que ver conmigo en una escena pero no sé qué es.”*

Le pido que lea el texto de la novela, cuyo resumen incluyo a continuación:

Una madre y su hijo de 10 años van de excursión a un lago. La madre experimenta una crisis de pánico descrita como invasión de oleadas negras, y que el suelo tiembla bajo los pies. Mientras sucede, ve la imagen de su hijo chapoteando, enciende un cigarrillo y se va sintiendo aturdida, su hijo se hunde en el agua, oye a lo lejos los gritos de su hijo pidiendo auxilio, sigue aturdida hasta que los gritos hacen acudir a otro excursionista que llega demasiado tarde y el hijo muere. El excursionista le interpela ¿Por qué no gritaste?

Más adelante en el texto se describe como la madre padece dolor de cabeza, pesadillas difusas de no poder escapar del terror, “la cabeza se le llenaba de gritos”.

**La lectura del texto en la consulta, intentando conectarse con las emociones del mismo, produce el siguiente recuerdo “olvidado”:**

**Estaba en un chalet con piscina con unos amigos. Mi hijo de año y medio estaba jugando en el borde de la piscina, que aún estaba sucia del invierno. Tenía que entrar en la casa y subir a la segunda planta. Le miré antes de subir. Había otros adultos en el jardín. Al subir me asomé desde la planta de arriba, no estaba tranquila, y vi como se caía de cabeza. No grité. Bajé corriendo y me lancé a la piscina gritando ¡Ay Dios mío! Le saqué aunque necesité ayuda, le hice el boca a boca y se recuperó.**

**Durante mucho tiempo al cerrar los ojos se me venía la escena a la mente y me invadía un sentimiento de pánico.**

Se abre así todo un mundo de emociones reprimidas, pero no sólo sobre ese momento angustioso vivido con su hijo, ya que la activación de esa representación, en sus aspectos semánticos sensoriales y emocionales, como decíamos más arriba, pone en marcha una cadena de activaciones de otros nodos representacionales que guardan cercanía o semejanza con ella. Así, en el caso de esta paciente, esa situación abre el discurso a los momentos en que la maternidad resultaba angustiosa. Cuenta que su segundo hijo tuvo convulsiones febriles, y cómo pasó una temporada en la que llamaba 10 o más veces a la guardería preguntando por él. En una ocasión comenta *“iba conduciendo y llegaba tan agobiada, que al parar embestí con el coche la cabina desde la que iba llamar... Fue un período difícil, suerte que la directora de la guardería lo supo llevar, me supo calmar”*.

La relectura de ese texto en la consulta, crea ese momento de alta receptividad en el que puede conectarse con esos sentimientos de angustia durante la maternidad, lo que a su vez abrió la puerta a otro sentimiento relacionado y aún más distante, como era la relación de maternaje con sus hermanos pequeños.

De ellos, sabemos que tienen actualmente unas vidas cargadas de conflictos, marcados seguramente por el vínculo con unos padres abandonicos, en donde el papel jugado por M., supuso un sustituto insuficiente.

Lo cual no evitó en ella que se generase un doble efecto traumático, por un lado, el sentimiento de culpa y de abandono hacia sus hermanos y por otro la falta de registro de su propio abandono al tener que asumir ese papel adulto. Y ello, pese a que la diferencia de edad era mínima, y que tenía cinco hermanos a su cargo, teniendo ella apenas 10 años y siendo la tercera de las hermanas (las dos mayores estaban fuera de casa por estudios).

Siguiendo esta línea de trabajo, trabajamos sobre una foto de su infancia que trae a una de las sesiones. En ella, se le ve sentada en el centro con la hermana más pequeña en su regazo y el resto de sus hermanos pequeños alrededor. Trabajar sobre esta foto tuvo un efecto similar al del texto, y nos permitió continuar en el clima emocional del MAR.

Surgieron nuevas asociaciones y sueños que fueron amplificando la capacidad de conectarse afectivamente con sus sentimientos de angustia y sus propias necesidades de cuidado hasta ese momento prácticamente inexistentes.

De nuevo queremos insistir en que la enorme eficacia que los MAR tienen para la consecución del cambio psíquico, viene dada, como hemos podido constatar en las viñetas clínicas, porque esos sentimientos resultan innegables para la paciente y el terapeuta. Esto es así en gran medida debido al carácter vívido y experiencial que tienen, y a que se manifiestan en el contexto de la sesión. El trabajo no se sitúa ya en vencer “resistencias” para acceder a ellos, sino que adquieren la característica de hecho sabido. Independientemente de su alto poder evocador, y de los sentimientos dolorosos que puedan acarrear, podemos trabajar a partir de ahí, volviendo en distintos momentos del trabajo

posterior a evocar esos Momentos, para retomar algún otro aspecto de los mismos (marcador vivencial). Se trata de una situación en la que se engloban el paciente y el terapeuta, los procesos transferenciales-contratransferenciales, y el entorno de ambos.

Otro ejemplo de las diferencias entre momentos de baja y alta receptividad lo constituye **la diferencia entre un relato de un sueño realizado de un modo convencional y el relato de ese mismo sueño en tiempo presente y de una forma vivencial**, como ilustramos en un trabajo previo (de Iceta, Méndez, 2003). En este caso, en el primer escenario del sueño nos encontramos con unas determinadas asociaciones, sin embargo, cuando se vuelve a relatar el sueño, pero en esta ocasión incrementando el carácter vivencial, se amplifica la cantidad de elementos mnésicos activados, con lo que aparecen nuevas asociaciones, con conexiones nuevas. El resultado de todo ello es que la aparición de este nuevo material, unido a su nueva cualidad vivencial, incrementa la receptividad para las intervenciones técnicas referidas a estos elementos de “nueva aparición”. En definitiva, estamos planteando la vieja diferencia freudiana (1915), al referirse a los contenidos mentales, entre lo que se tiene vivenciado y lo que se tiene oído, como formas muy diferentes de procesar las representaciones y de trabajar sobre ellas.

Diríamos entonces que existen estados donde la receptividad o la accesibilidad es alta, frente a otros donde no se dan esas condiciones. Es bueno aclarar que no nos estamos refiriendo a una receptividad/accesibilidad general, sino concreta y específica, ligada a contenidos vinculados por los procesos inconscientes activos en ese momento.

Queda después la oportunidad/acierto del terapeuta de aprovechar esos momentos, y también el riesgo de iatrogenia según el modo en que intervengamos, riesgo importante sobre el que incidiremos después. No podemos olvidar que los MAR son momentos de alta vulnerabilidad. Podríamos usar el paralelismo entre la vía oral y la intravenosa respecto del ajuste de dosis de la medicación, la vía oral permite un ajuste de dosis algo más amplio. El uso de la vía intravenosa, más rápido, más eficaz de cara al cambio, requiere un ajuste mucho más fino, porque el riesgo de daño es mucho mayor.

### ***Otras ejemplificaciones clínicas de momentos de alta receptividad***

Otros mecanismos de cambio al margen de la interpretación como el fenómeno del *après-coup*[\[11\]](#) (ver revisión del concepto en Faimberg, 2005) constituyen ejemplos de momentos de alta receptividad. Recordemos que en la descripción inicial de Freud (aunque la definición del término es posterior a él mismo, a partir de Lacan y otros, como señala Faimberg, 2005), en su relato sobre cómo el contemplar una escena de su primita en una relación de carácter sexual con su padre resignifica en la niña los acercamientos previos (carentes

de significación sexual en su codificación hasta ese momento) de su padre hacia ella. El “momento” que se produce al contemplar esa escena, incluye la aparición de determinados estados afectivos (quizá excitación sexual, envidia, susto, rabia u otros), y la conexión con determinados elementos mnésicos semánticos (el recuerdo de algunos detalles de los acercamientos, determinadas frases, actitudes, aromas...) probablemente de carácter intensamente vivencial, como si estuvieran sucediendo en ese momento. Un “momento” así permite un gran cambio en la vida mental.

Estas situaciones terapéuticas en las que aparecen fenómenos que tienen que ver con el del “après-coup” o semejantes, pueden darse de modo espontáneo o cuando favorecemos que los pacientes aporten material de gran valor emocional para ellos como lecturas, fotos etc. Situaciones así suponen MAR para introducir, en ese momento, interpretaciones de contenido muy concreto en relación con el fenómeno que se trate. Pueden ser interpretaciones sobre determinados síntomas físicos, sobre determinadas sensaciones, sobre determinados recuerdos muy vivenciados etc.

En el ejemplo que mencionábamos más arriba, una interpretación que incluya la recreación verbal de determinados síntomas físicos y su relación con haber padecido abusos sexuales en su infancia, va a tener una alta receptividad por parte de la paciente. Por el contrario, estimaríamos que la receptividad a la misma sería baja si la interpretación se produjese sin haber contemplado esa escena, o tiempo después de haberla contemplado, intentando mantener ese recuerdo en el olvido.

## **IMPLICACIONES PARA LA TÉCNICA ACTIVA**

### **Evocación activa de momentos de alta receptividad**

Como decíamos antes, los momentos de alta receptividad son susceptibles de ser evocados o producidos por distintos mecanismos o estímulos. La lista que reseñamos no pretende agotar los mismos [\[12\]](#):

- *Imágenes visuales*: Uso de fotos como estímulos mnésicos. El propio Freud solicitaba con frecuencia fotos y recuerdos a los pacientes. Ejemplo del caso M, (foto maternal, ver más abajo). Uso del cine como instrumento terapéutico.
- *Olfativos*: Altamente evocador y de gran relevancia en numerosos pacientes con estrés postraumático. Los pacientes víctimas de incendios, por ejemplo, tienen intensas evocaciones al verse expuestos al olor a quemado. O las pacientes víctimas de abusos sexuales, con la colonia del abusador.
- *Sonidos*: Como la canción de Emmy Lou Harris en el caso del Sr. P que presenta Altman (2002).
- *Relecturas de texto*: libros (cuando el paciente nos los señala como tal, como el caso M), cartas, historia clínica.

- *Momentos de desencuentro en el proceso terapéutico debidos a errores por parte del analista:* son momentos del proceso transferencial-contratransferencial en los que algún elemento de autorrevelación por parte de aquel puede abrir el tratamiento a nuevos elementos emocionales que sirvan para conectar con situaciones importantes para el paciente.
- *Interpretaciones adecuadas en contenido semántico y emocional y en cuanto al timing.*
- *Momentos de encuentro.*
- *Sueños,* especialmente cuando se trabajan en tiempo presente e intentando conseguir un recuerdo lo más vivenciado posible (ver de Iceta & Méndez, 2003).
- *Acontecimientos de la realidad del paciente:* Viajes, pasar por determinados lugares, reencuentro con personas, contacto con eventos de las personas significativas que rodean al paciente (incluyendo los que acontecen en la vida del analista\*: embarazo de la terapeuta, baja por maternidad/paternidad, duelo por la pérdida de un ser querido, ausencia del terapeuta por una conferencia (Fried, 2008), enfermedad grave con riesgo de muerte del terapeuta (Brokaw, 2008)...) etc..
- *Variables previas al tratamiento:* Prestigio del terapeuta, el tipo de derivación etc.
- *Primera entrevista* con todas las variables que se juegan en el primer encuentro (factores ambientales, personales, manejo de las ansiedades etc.).
- *Entrevistas conjuntas con personas emocionalmente significativas* para el paciente: padres, parejas et.

Como vemos, son muchos los factores que pueden intervenir y que hacen las veces de estímulo desencadenante, sin embargo, independientemente de la naturaleza del estímulo, se activan distintos elementos mnésicos (procedimentales y semánticos) con una variación notable en cuanto a la intensidad del estado afectivo que se provoca (a más o a menos). Cuanto mayor sea el número de elementos mnésicos activados (esto es, si simultáneamente se activan elementos de memoria procedimental, múltiples nodos semánticos previamente no compartidos con el terapeuta o consigo mismo), mayor receptividad, o lo que es lo mismo, mayor potencial para el cambio. Esto es debido a que aumenta el número de temáticas o áreas abordables en ese momento. Independientemente de cuáles se vayan a trabajar.

**Algunas características de los terapeutas para el aprovechamiento de los momentos de alta receptividad**

Existen dos condiciones previas:

Trabajo en el contexto de relación analítica.

Vínculo de apego seguro.

En cuanto a las características de los terapeutas, de forma ideal deberían tener:

- *Bagaje teórico*: No se percibe lo que no se sabe que existe.
- *Empatía/autoconocimiento*.
- *Flexibilidad*: Aumentar la flexibilidad en la práctica psicoanalítica y un reconocimiento de la inevitabilidad y el valor del proceso de negociación que tiene lugar en cada día analítica. Greenberg (1995) se refiere a esto como la matriz interactiva, y argumenta que el propio marco y las "reglas" se cambian en función de la naturaleza específica de las subjetividades del analista y del paciente. En sus escritos sobre los límites profesionales, Gabbard ha argumentado que, para evitar los peligros de la rigidez defensiva debemos conceptualizar los límites analíticos como fluidos y en relación con aspectos del contexto en una determinada día analítica (Gabbard y Lester, 2002). Otros autores inciden en este punto (Bass, 2007; Labor, 2007).

Este cambio no quiere decir que "todo vale" en la sesión analítica. Eso sí, la rígida adhesión a una postura técnica que no alcanza a encontrar un "espacio" interpersonal suficientemente cómodo para ambos participantes a menudo puede ser tan antiterapéutica como un "análisis salvaje". Este espacio involucra al paciente en el tipo de negociación interpersonal creativa que se espera de fomentar en otras relaciones de la persona. Según Mitchell (1997), la negociación y la adaptación mutua son fundamentales para la acción terapéutica. Señala que:

*“No existe una solución general o técnica, porque cada resolución, por su propia naturaleza, deben ser diseñados a medida. Si el paciente siente que el analista está aplicando una técnica o muestra una actitud o postura genéricas, el análisis no puede funcionar” (p. 58). A partir de este proceso de entrar mutuamente uno en las experiencias subjetivas del otro, lo que finalmente emerge es lo que Mitchell llama "algo nuevo de algo viejo" (p. 59), que él considera como el mecanismo central de la acción terapéutica.*

- *Capacidad de respuesta óptima* (Bacal & Herzog, 2010): La capacidad de respuesta de un analista debe estar basada en su conocimiento de que el proceso terapéutico comprende operar un sistema complejo y único de relaciones recíprocas de cada pareja analista-paciente. Por lo tanto, la tarea del analista es la de ofrecer respuestas que, en consonancia con

su capacidad para ese paciente en particular, faciliten las interacciones terapéuticas que serán óptimas para el progreso terapéutico del paciente. La Teoría de la especificidad nos dice que hay infinitas posibilidades para la interacción terapéutica en la diada analítica y que no sólo los modos tradicionales de capacidad de respuesta deben ser considerados para su posible eficacia. Esto invita al terapeuta a ampliar el uso de su conocimiento empático de forma directa para ayudar en la elección de las numerosas respuestas verbales y no verbales disponibles. También se requiere que el terapeuta realice un seguimiento cuidadoso de cómo se percibe que responde a las necesidades psicológicas del paciente. La teoría de la especificidad legitima el intento del analista para adaptar el tratamiento de modo que pueda ser más útil a las necesidades terapéuticas del paciente, que funcione para mejorar el ajuste entre analista y analizado, mientras que al mismo tiempo reconoce las limitaciones inherentes a una diada particular al hacerlo. Además, la teoría de la especificidad abre nuevas vías para la discusión formal de las intervenciones terapéuticas cruciales que antes se consideraban fuera del alcance del discurso analítico formal.

- Actitud científica: Coincidimos con Renik (2000) que supervisar lo espontáneo, la técnica no estándar, con seguimiento estrecho del impacto en el paciente y el proceso terapéutico, es imprescindible, particularmente si tenemos en cuenta el potencial iatrogénico que podemos causar con determinadas intervenciones.

### **¿Cómo identificar un M.A.R.?**

Nos parece este un tema de capital interés sobre el que dirigir investigaciones futuras a partir de la grabación y observación detallada del lenguaje verbal y no verbal de paciente y terapeuta. Igualmente, ambos aspectos deben constituir la base tanto de la formación de futuros psicoterapeutas como de su supervisión durante el ejercicio de la psicoterapia.

Lo que sigue por tanto, no es un tema cerrado. Damos algunas pautas de utilidad para su reconocimiento. En tanto momento ahora (Stern, 2004), cumpliría las características que lo definen. Esto es:

1. Es un momento con carga afectiva, ya que pone en cuestión la naturaleza de la relación paciente-terapeuta.
2. Generalmente se topa o amenaza el setting, está en juego cómo va a ser “estar/trabajar juntos” a partir de este momento.
3. El nivel de ansiedad en el paciente y el terapeuta crece. Ambos son arrastrados forzosamente al aquí y ahora.

4. El terapeuta siente que una respuesta técnica de rutina no es suficiente. Esto incrementa su ansiedad.
5. Se ha creado una crisis que necesita una resolución. Dicha resolución puede venir en forma de un *momento de encuentro* o por una interpretación.

Un hecho común a todas estas situaciones es que se produce en ellas, invariablemente, un cambio notable del clima emocional en la sesión, bien de la intensidad (incremento o descenso) o de la cualidad del estado afectivo dominante (como por ejemplo el pasar de la rabia al sometimiento en el caso de nuestra paciente). Es el grado de cambio en el tono o en la cualidad de la emoción, lo que debe alertarnos sobre la posibilidad de un momento de alta receptividad.

Otros indicios pueden ser los que tradicionalmente se han considerado para reconocer una buena interpretación aparición de nuevo material o asociaciones (Etchegoyen, 1998). Además, el conocimiento de los estímulos de evocación activa (ver más arriba), obliga a un estado de alerta por parte del terapeuta cuando se presentan, y ayuda a elegir alguna de las posibles líneas de aprovechamiento. Igualmente, resulta útil una actitud atenta y abierta frente a novedades y componentes sorprendidos por parte del terapeuta.

### **¿Cómo puede aprovecharse un M.A.R.?**

Como coda a este trabajo, aportamos algunas sugerencias técnicas para aprovechar al máximo los MAR.

Lo primero que debe señalarse, en relación con los M.A.R., como con cualquier elemento activo de la técnica, es el riesgo de iatrogenia. Por ser momentos de gran receptividad al cambio, la vulnerabilidad durante los mismos es máxima, por lo que requiere de nuestra mayor finura y rigurosidad como analistas a la hora de intervenir. Debemos alertar contra una técnica que busque la intensidad por la intensidad, como una meta en sí misma, haciendo hincapié en que no siempre más intensidad emocional propicia mayor receptividad. Al igual que es necesario un monto de ansiedad para trabajar, pero cuando ésta sobrepasa un determinado dintel, variable en cada caso, resulta inmanejable para el paciente y el analista, obstaculizando la buena marcha del tratamiento (Bleger, 1964). En resumen, debemos subrayar el hecho que, como enfatiza el Enfoque Modular-Transformacional (Bleichmar, 1997), la aplicación este tipo de técnica no difiere del resto; es decir, debe adaptarse específicamente al tipo de paciente, relación terapéutica y situación clínica en la que nos encontremos.

Siempre ha de tenerse en cuenta la posibilidad de abstenerse y “guardar” el material para inducir otro momento de alta receptividad más adelante entonces sí con la intensidad emocional adecuada. Para poder hacer esto, es esencial en

primer lugar la existencia de un vínculo seguro, y la información sobre la vulnerabilidad del paciente, la capacidad de tolerar intensidad emocional o la significación (e intensidad resultante por tanto) de una emoción determinada que el terapeuta ha podido adquirir en el curso de la terapia.

Más aún, dada la característica única y específica de los momentos de alta receptividad, no puede hablarse de una intervención tipo pues habría que generarla en base a los determinantes específicos de cada caso y tomando en cuenta como variable fundamental los sistemas motivacionales activos en ese momento del proceso terapéutico. De igual modo, es indispensable trabajar a partir de las características particulares de paciente y terapeuta.

No obstante, sí creemos que pueden ofrecerse algunas sugerencias que pueden ser de utilidad con las salvedades mencionadas:

- *Señalarlos como tal.* No hay necesidad (ni seguramente conveniencia o capacidad) de agotar todo lo que traen en una única sesión. Introducir una especie de marcador vivencial común al que poder retornar en el futuro puede ser especialmente útil (ejemplo, evocar las entrevistas con la familia en el trabajo posterior con un adolescente).

- Enlazando con lo anterior, son momentos propicios para el *trabajo en la autorregulación psicobiológica*. Es importante tener presente que la alta receptividad implica alta vulnerabilidad, y se debe estar especialmente atento a la dosis a transmitir al paciente, no porque la ventana esté abierta se debe lanzar toda la información en ese momento. Graduar las interpretaciones, *ayudar a autoapaciguarse*, pueden ser intervenciones de valor inapreciable por el aprendizaje experiencial de la autorregulación.

- Oportunidad privilegiada para la *resolución de disociación* ideoafectiva o entre distintos afectos. La presencia de ambos en el momento, las hace innegables a paciente y terapeuta.

- *Acoplamiento de experiencias.*

- *Extinción* (ver trabajo del grupo de LeDoux, Schiller et al, 2010).

- *Refuerzo/constitución self sujeto de acción*, eficiencia como sujeto de acción.

- *Trabajo en secuencias emocionales* (por su especial interés, queremos desarrollar de manera más extensa el uso de los M.A.R en el trabajo psicoterapéutico sobre las secuencias emocionales, en un trabajo posterior).

Quisiéramos finalizar aclarando que, aunque no esté mencionado de forma expresa en este trabajo, no consideramos que el cambio terapéutico suceda de forma exclusiva en los MAR, como otros autores han señalado con respecto al trabajo de Stern (Orange, 2008).

Finalmente, nos gustaría recalcar que si bien nos referimos a los MAR dentro de la psicoterapia psicoanalítica, este mecanismo de cambio puede ocurrir en otras formas de terapia al igual que al margen de cualquier terapia. Debido a su mayor foco en la relación terapéutica, la terapia psicoanalítica puede ofrecer un mejor marco para minimizar los riesgos asociados con la técnica activa.

## Referencias

- Altman, N. (2002). Where is the Action in the "Talking Cure"? *Contemp. Psychoanal.*, 38:499-513.
- Bacal, H. A., Herzog, B. (2003) Specificity Theory and Optimal Responsiveness: An Outline. *Psychoanalytic Psychology*, 20: 635-648)
- Bass, A. (2007). When the frame doesn't fit the picture. *Psychoanal. Dial.*, 17:1-27.
- Blagys, M. D., Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167-188.
- Bleger, J. (1964) *La entrevista psicológica: su empleo en el diagnóstico*. Universidad de Buenos Aires, B.A.
- Bleichmar, H. (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós. Buenos Aires.
- Bleichmar, H. (2001) [El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes](http://www.aperturas.org). *Aperturas psicoanalíticas* (No. 9, Noviembre 2001) <http://www.aperturas.org>
- Bleichmar, H. (2004). Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic change. *Int. J. Psycho-Anal.*, 85:1379-1400.
- Boesky, D.(2002). Why Don't Our Institutes Teach the Methodology of Clinical Psychoanalytic Evidence?. *Psychoanal Q.*, 71:445.
- The Boston Change Process Study Group (2010)*Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm* W. W. Norton & Company (Publishers).
- Brokaw, B.F. (2008). Winter Meets its Death. *Psychoanal. Inq.*, 28:599-611.
- Cohen, M. (2000). A Mirror to Analysis. *Am. J. Psychoanal.*, 60:317-327.
- De Iceta, M. y Méndez Ruiz, J.A. (2003) [El análisis de los sueños desde el enfoque Modular-Transformacional: una propuesta para una técnica específica](http://www.aperturas.org). *Aperturas psicoanalíticas* (No. 13, Marzo 2003) <http://www.aperturas.org>
- Etchegoyen, H. (1998) *Los Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu editores.
- Faimberg, H. (2005). Après-coup. *Int. J. Psycho-Anal.*, 86:1-6.
- Freud, S. (1915) Lo inconciente. En: *Obras Completas* T.XIV, Amorrortu Editores, 1979 Buenos Aires.
- Fried, W. (2008). The Sweet Cheat Gone: Here and There—Elation, Absence, and Reparation. *Canadian J. Psychoanal.*, 16:3-22.
- Gabbard G.O., Lester, E.P. (2002) *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. American Psychiatric Publishing, Inc.

- Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic Technique And The Interactive Matrix. *Psychoanalytic Quarterly*, 64:1-22.
- Greenberg L.S., Rice L.N., & Elliott, R. (1993) *Facilitating Emotional Change. The Moment-by-Moment Process*. New York, The Guilford Press.
- Kandel, E.R. (2007). *En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Katz Ed. B.A.
- Laplanche, J. (2002). Après-coup. In: de Mijolla A, editor. *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Paris: Calmann-Levy.
- Méndez, J.A., Ingelmo, J.(2011) Las creencias matrices pasionales desde la perspectiva de la intersubjetividad. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 39 (Noviembre 2011). <http://www.aperturas.org>
- Mitchell, S.A. (1997) *Influence And Autonomy in Psychoanalysis*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Moreno, E. (2000) A propósito del concepto de “enactment”. *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 4 (Abril). <http://www.aperturas.org>
- Orange, D.M. (2008). Recognition as: Intersubjective Vulnerability in the Psychoanalytic Dialogue. *Int. J. Psychoanal. Self Psychol.*, 3:178-194.
- Power, D.G. (2000): “On trying something new: Effort and practice in psychoanalytic change”. *Psychoanalytic Quarterly*, LXIX (3): 493-526.
- Renik, O. (2000). ‘Personal and professional life’. In *Odysseys in Psychotherapy*, eds. J. J. Shay & J. Wheelis. New York: Ardent Media, 14, 312-36.
- Sander, L. W.(1992). Countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.* 73:582-584
- Sara, S.J. (2000): Strengthening the shaky trace through retrieval. *Nature Review: Neuroscience*, 1, 212-3.
- [Schiller D](#), [Monfils MH](#), [Raio CM](#), [Johnson DC](#), [Ledoux JE](#), [Phelps EA](#). (2010) Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature*. 2010 Jan 7;463(7277):49-53. Epub 2009 Dec 9.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York: Norton.
- Shedler, J.K. (2010) The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, Vol. 65. No.2: 98-109.
- Stern, D., Sander, L. W., Nahum, J., Marrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan A., Bruschiweiler-Stern, N. & Tronick, E. (1998). ‘Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: the “something more” than interpretation’. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79, 5, 9, 303-36.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday life*. New York: Norton.
- Tolpin, M. (2009). A New Direction for Psychoanalysis: In Search of a Transference of Health. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 4S:31-43.

---

[1][Ver más adelante la descripción del concepto.](#)

[2][Con evidentes raíces en los trabajos de Sander \(por ejemplo Sander, 1992\)](#)

[3][Stern, \(2004\) define el momento presente como “el lapso de tiempo en el que los procesos psicológicos agrupan unidades muy pequeñas de percepción en la unidad](#)

global más pequeña (una gestalt) que tiene un sentido o significado en el contexto de una relación. Objetivamente, los *momentos presentes* duran de 1 a 10 segundos con un promedio de 3 a 4 segundos. Subjetivamente, es lo que hemos experimentado como un ahora ininterrumpido. El *momento presente* está estructurado como una historia de micro-vida con un guión mínimo y una línea de tensión dramática compuesta de afectos de vitalidad. Es por tanto temporalmente dinámico. Se trata de un fenómeno consciente, pero no tiene que ser reflexivamente consciente, verbalizado o narrado. Es visto como el componente básico de las experiencias de relación”.

[4] The Boston Change Process Study Group (BCPSG) fue creado en 1995. Comparten que los avances en el campo del desarrollo, así como la teoría de sistemas dinámicos se pueden utilizar para entender y modelar los procesos de cambio en la psicoterapia psicodinámica. K. Lyons-Ruth, L. Sander, N. Bruschweiler-Stern, D. Stern, J. Nahum o A. Morgan son algunos de sus miembros. En 2010, han publicado un libro resumiendo sus trabajos desde 1995.

[5] Los medios para crear estados de alta receptividad son múltiples: la terapia Gestalt, el psicodrama, la terapia cognitiva, o la emocional de Leslie Greenberg (Greenberg, Rice & Elliott, 1993) tienen sus propios medios; el psicoanálisis a través de la interpretación o el señalamiento, etc.

Stern (2004), define el **momento ahora** como “un *momento presente* que surge de repente en una sesión como una propiedad emergente del proceso en curso. Es un momento con carga afectiva, ya que pone en cuestión la naturaleza de la relación paciente-terapeuta. Esto implica generalmente topar con o amenazar con romper el marco habitual o las "reglas" de cómo trabajan juntos y están juntos paciente y terapeuta. Lo que está en juego es cómo van a estar juntos. El nivel de ansiedad en el paciente y el terapeuta crece. Ambos son arrastrados forzosamente al presente. El terapeuta siente que una respuesta técnica de rutina no es suficiente. Esto incrementa su ansiedad. Se ha creado una crisis que necesita una resolución. Dicha resolución puede venir en forma de un *momento de encuentro* o por una interpretación”.

[6] Stern (2004), define el **momento de encuentro** (“moment of meeting”) como “un *momento presente* entre dos participantes que potencialmente resuelve la crisis creada por un momento ahora. Da nueva forma al campo intersubjetivo y altera la relación paciente terapeuta. Surge como una propiedad emergente del micro-contexto del *momento ahora* y debe ser exquisitamente sensible a este contexto. Implica una respuesta a la crisis a medida de la especificidad de esa crisis en particular. No puede ser una respuesta técnica en general, sino que debe ser específica, auténtica, y con la firma personal del terapeuta, por así decirlo....Al compartir intersubjetivamente con carga afectiva, se amplía el campo intersubjetivo de modo que su relación mutua se sintió de repente diferente de lo que era antes del *momento de encuentro*. Este cambio en el campo intersubjetivo, en virtud del *momento de encuentro* no requiere verbalización o narración para ser eficaz y duradero.”

[7] Bleichmar (2004), describe la valencia o peso motivacional en dos fragmentos “la cuestión no es sólo si la interpretación describe adecuadamente el funcionamiento del paciente, su mundo interno, sus formas de vínculo –debe hacerlo, no cualquier narrativa es igual-, o que su formulación se produzca en el momento adecuado –la cuestión del timing- sino, y especialmente si se espera que tenga carácter transformador, que *la meta hacia la que apunte posea mayor grado de preferencia motivacional para el paciente que sus automatismos. Para superar a estos automatismos tiene que haber una recompensa en algunos de los sistemas motivacionales que sea mayor que los que aquellos proveen*” (las cursivas son nuestras). Más adelante concluye, “El mérito que le vemos al concepto de *peso motivacional* o de *valencia motivacional* de la intervención

terapéutica –sea la interpretación, el señalamiento, el consejo o la relación que se va inscribiendo como memoria procedimental- es que ubica a ésta dentro de un modelo dinámico: en vez de ser algo en sí misma, su valor depende de su interacción con el estado de los sistemas motivacionales, con su capacidad para modificar su balance.”

[8]Creencias matrices pasionales incluye los juicios emitidos sobre el sujeto y que se transforman en representaciones de sí mismo o de los demás, junto con las reglas, transmitidas también por los otros significativos, para construir estas diversas representaciones mentales. Ambas en una permanente articulación con la afectividad, en un proceso a doble vía. Así, una vez que cierta creencia desencadena un estado afectivo, pongamos de miedo, ese estado afectivo activa las creencias con él asociadas.

[9] En este sentido, es necesario subrayar que incluir en la denominación la palabra *pasional*, tiene que ver con el deseo del autor de subrayar que hablamos de *creencias* que forman parte de una estructura cognitivo-afectiva (original de Bleichmar, revisado en Méndez e Ingelmo, 2011).

10]Es la contemplación de la foto evocando de forma vívida el recuerdo de peinarse el pelo en su juventud lo que crea el momento de alta receptividad.

[[11]Laplanche ofrece la siguiente definición de *après-coup*: ‘La noción de *après-coup* es importante para la concepción psicoanalítica de la temporalidad. Establece una relación compleja y recíproca entre un evento significativo y su resignificación posterior, en la que el evento adquiere nueva eficiencia psíquica” (2002, p. 121)

..[12]Si bien nuestro planteamiento para el trabajo con momentos de alta receptividad se ubica dentro de una psicoterapia psicodinámica acorde a la definición de Blagys & Hilsenroth (2000), los momentos de alta receptividad pueden suceder en cualquier encuentro terapéutico independientemente de la orientación teórica del terapeuta. De hecho, como muestra el caso de Altman (2002), pueden suceder asimismo fuera del espacio terapéutico