

## Afectos en Diálogo

### *Affects in Dialogue*

Peter Fonagy<sup>1,2</sup> ORCID: 0000-0003-0229-0091

Mark Solms<sup>3</sup> ORCID: 0000-0003-4828-3882

## Resumen

Esta conferencia, a cargo de Peter Fonagy y Mark Solms, forma parte de un webinar organizado por la Fundación Turning Point para la Salud y la Sostenibilidad, presidida por la Dra. Andrea Rodríguez Quiroga. El encuentro académico de alto nivel reunió a dos de los máximos exponentes del pensamiento contemporáneo: el Dr. Peter Fonagy y el Dr. Mark Solms, con el objetivo de profundizar en la naturaleza y categorización de los afectos desde una perspectiva psicodinámica.

Bajo el marco de trabajo de la Fundación —caracterizado por la formación de clínicos informados por la investigación y el uso de modelos como la Terapia Dinámica Interpersonal (TDI) y la clínica neuropsicoanalítica— surge la necesidad de precisar el papel de los afectos en el proceso terapéutico. El diálogo se estructuró en tres ejes fundamentales: la exposición de las perspectivas teóricas de cada autor sobre los afectos, el análisis interdisciplinario de un caso clínico (omitido por razones de confidencialidad) y la síntesis técnica sobre el abordaje de los afectos. Este intercambio representa un avance significativo en la búsqueda de integración, desde la comprensión de los afectos, entre la teoría de la mentalización y el neuropsicoanálisis aplicada a la técnica psicoterapéutica actual.

*Palabras clave:* Mentalización, Neuropsicoanálisis, Afecto, Psicoterapia Psicodinámica, Técnica Clínica, Terapia Dinámica Interpersonal (TDI).

---

<sup>1</sup>University College London. Psychoanalytic Unit, London

<sup>2</sup>Anna Freud National Centre for Children and Families, London

<sup>3</sup>University of Cape Town. Psychology Department and Neuroscience Institute, Cape Town  
Webinar Organizado por la Fundación *Turning Point* para la Salud y Sostenibilidad. Av. Diputación 238, Barcelona, España. <https://foundationturningpoint.org>

Realizado el 13 de febrero de 2026

Versión original en inglés: [https://ucao365-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/revistapsicologia\\_uca\\_edu\\_ar/IQDabaSIiJUoT5MZEHYnfw3DAQdBDax4aa4SzEeRCrwYUeA](https://ucao365-my.sharepoint.com/:b:/g/personal/revistapsicologia_uca_edu_ar/IQDabaSIiJUoT5MZEHYnfw3DAQdBDax4aa4SzEeRCrwYUeA)

Mail de contacto: [info@foundationturningpoint.org](mailto:info@foundationturningpoint.org)

DOI: <https://doi.org/10.46553/rpsi.2026.7146>

Fecha de recepción: 31 de marzo de 2026 - Fecha de aceptación: 9 de abril de 2026

### Abstract

This conference, delivered by Peter Fonagy and Mark Solms, is part of a webinar organized by the Turning Point Foundation for Health and Sustainability, chaired by Dr. Andrea Rodríguez Quiroga. This high-level academic event brought together two leading figures in contemporary thought: Dr. Peter Fonagy and Dr. Mark Solms, with the aim of exploring the nature and categorization of emotions from a psychodynamic perspective.

Within the framework of the Foundation's work—characterized by the training of research-informed clinicians and the use of models such as Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) and neuropsychanalytic practice—the need arose to clarify the role of emotions in the therapeutic process. The dialogue was structured around three fundamental axes: the presentation of each author's theoretical perspectives on emotions, the interdisciplinary analysis of a clinical case (omitted for confidentiality reasons), and a technical synthesis on addressing emotions. This exchange represents a significant step forward in the search for integration, through an understanding of affect, between mentalization theory and neuropsychanalysis applied to current psychotherapeutic techniques.

*Keywords:* Mentalization, Neuropsychanalysis, Affect, Psychodynamic Psychotherapy, Clinical Technique, Dynamic Interpersonal Therapy (DIT).

### Nota Sobre los Autores

#### **Peter Fonagy**

El Profesor Peter Fonagy se formó en psicología y psicoanálisis en el University College London (UCL), donde desarrolló gran parte de su carrera académica. Es una de las figuras más influyentes en la psicología clínica contemporánea, particularmente en los campos de la teoría del apego, la mentalización y la psicoterapia basada en la evidencia. A lo largo de su trayectoria, ha ocupado posiciones de liderazgo en instituciones de prestigio, incluyendo su rol como Director Ejecutivo del Anna Freud National Centre for Children and Families y como Jefe del Departamento de Psicología Clínica, Educativa y de la Salud en UCL.

El Profesor Fonagy es ampliamente reconocido por el desarrollo del enfoque de la mentalización, que ha tenido un impacto significativo en la comprensión y el tratamiento de los trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno límite. Su trabajo ha contribuido a la creación de la terapia basada en la mentalización (MBT), una intervención innovadora y empíricamente validada. Ha recibido numerosos premios y distinciones internacionales por su contribución al campo de la salud mental, entre ellos la distinción como Comendador de la Orden del Imperio Británico, y es miembro de diversas academias científicas.

Autor de cientos de artículos científicos y varios libros fundamentales, su obra ha influido profundamente tanto en la investigación como en la práctica clínica a nivel global. La dedicación del Profesor Fonagy a integrar la teoría psicoanalítica con la investigación empírica ha sido clave para el desarrollo de enfoques terapéuticos contemporáneos. Su compromiso con la mejora de la salud mental, especialmente en niños y adolescentes, lo posiciona como una figura central en el campo, y es un honor contar con su presencia en esta ocasión.

**Mark Solms**

El Profesor Mark Solms fue educado en Pretoria Boys' School y en la Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo. Emigró a Inglaterra en 1988, donde trabajó académicamente en el University College London (Departamento de Psicología) y clínicamente en el Royal London Hospital (Departamento de Neurocirugía), mientras se formaba en el Instituto de Psicoanálisis (1989-1994). Regresó a Sudáfrica en 2002 y actualmente es Director en Neuropsicología en la Universidad de Ciudad del Cabo y el Hospital Groote Schuur (Departamentos de Psicología y Neurología) y es el Director de Formación de la Asociación Psicoanalítica de Sudáfrica. También es Director de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional (desde 2013).

Ha recibido numerosos premios y honores, como el Premio Sigourney, el Premio al Logro Científico Sobresaliente de la IPA y la Beca Honoraria del Colegio Americano de Psiquiatras. Es Director de Capacitación de la Asociación Psicoanalítica de Sudáfrica y Director del Departamento de Ciencias de la Asociación Psicoanalítica Americana. Ha publicado 350 artículos en revistas neurocientíficas y psicoanalíticas, y es autor de ocho libros. Su más reciente, *The Hidden Spring*, apareció a principios de 2021 (recientemente traducido al español).

El Dr. Solms ha dejado una marca indeleble en su campo. Es el editor y traductor de la Edición Estándar Revisada de las Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (24 Vol.) y de las Obras Neurocientíficas Completas de Sigmund Freud (4 Vol.). La dedicación del Dr. Solms para avanzar en nuestra comprensión de la mente y el comportamiento humanos es verdaderamente ejemplar, y nos sentimos honrados de tenerlo con nosotros hoy.

**Conferencia****Peter Fonagy**

Muchas gracias por invitarme. Es un placer estar aquí y espero poder hablar brevemente sobre las emociones en la Terapia Interpersonal Dinámica (TID), con un enfoque afectivo interpersonal, hablar sobre la emoción en la TID.

Las clínicas se están llenando de pacientes cuyo sufrimiento es inequívocamente emocional, pero cuyas emociones llegan en formas que son difíciles de sostener en la mente: ¿Como certeza absoluta? ¿Como crisis corporal, un apagamiento, como ataque? ¿Como cumplimiento? ¿O desaparición súbita?

Al mismo tiempo, el campo está tensionado entre lenguajes que, o bien psicologizan la emoción en experiencia privada, o la operacionalizan en conteos de síntomas y habilidades.

La TID se sitúa en una posición intermedia inusualmente útil. Es psicoanalítico en sus supuestos sobre las configuraciones del self y del otro, las funciones defensivas y el aquí y ahora de la relación. Sin embargo, es lo suficientemente estructurado como para hacer que su teoría sea clínicamente legible y enseñable.

Si podemos decir con claridad qué supone la TID acerca de la emoción normal, cómo entiende la desregulación en la depresión, cómo utiliza el afecto como puente hacia el foco afectivo interpersonal, o el IPAF, como lo denomina Alessandra Lemma; el camino que cambia en la atención compleja, y lo que el trauma hace a la representación de la vida y del sentir, entonces tenemos más que un modelo de la emoción. Tenemos un lenguaje para el

trabajo clínico que se mantiene psicoanalítico y, al mismo tiempo, transportable a través de los contextos contemporáneos.

Si queremos hablar de la emoción en la Terapia Interpersonal Dinámica, tenemos que comenzar con una afirmación engañosamente simple: que la TID no trata la emoción como un fenómeno intrapsíquico aislado que pertenece a un individuo y luego se filtra hacia las relaciones. La trata como inherentemente relacional y comunicativa desde el inicio.

Los afectos surgen en relación con otros reales o imaginados. Llevan consigo, a menudo con extraordinaria economía, un pronóstico de lo que probablemente sucederá si la cercanía se arriesga, si se admite la dependencia, si se expresa la ira, si el anhelo se vuelve visible, si se siente envidia o si se nombra la decepción. La emoción, en este sentido, es tanto experiencia como expectativa. No es solo lo que siento, sino lo que anticipo que seguirá al sentir en presencia de otro, ya sea que ese otro esté físicamente presente, o sea recordado, fantaseado o anticipado.

En lo que podríamos llamar un funcionamiento emocional normal, eso supone una especie de flexibilidad representacional. Los sentimientos pueden reconocerse como sentimientos, es decir, estados internos con significado, en lugar de hechos, mandatos o certezas. El afecto puede sostenerse en la mente. Puede mantenerse en mente el tiempo suficiente para pensarlo, en lugar de descargarse inmediatamente en la acción o cancelarse mediante el desapego. Y pueden establecerse vínculos entre sentimiento, significado, impulso y acción sin colapsar en la actuación impulsiva ni en la aridez defensiva.

La vida emocional, cuando funciona bien —o lo suficientemente bien—, sostiene el aprendizaje social. Señala lo que importa, lo que es amenazante y lo que es esperanzador, y guía la adaptación a través de la retroalimentación de las respuestas de los otros, manteniéndose a la vez diferenciable y revisable. Esa palabra, diferenciación, importa. Supone implícitamente que el afecto saludable no es simplemente menos intenso, sino también mejor discriminado. Se puede distinguir la vergüenza de la culpa, la ira del miedo, la tristeza del vacío, el anhelo del pánico. Se puede reconocer la ambivalencia sin necesidad de evacuarla. Por ejemplo: el amor y el resentimiento coexistiendo; la gratitud hacia alguien que también te ha decepcionado; el deseo de cercanía junto con el temor a la dependencia. Se puede tolerar la incertidumbre sobre la mente de otro sin pánico, ni falsa certeza, ni retirada hacia el cinismo.

En términos psicologistas, se podría decir que los afectos pueden sostenerse en forma simbólica, en lugar de volverse ya sea concretos o disociados. En términos de apego y relaciones objetales, las respuestas emocionales están incrustadas en modelos internos de trabajo. Están moldeadas por plantillas relacionales previas y activan, por todas partes, expectativas sobre las intenciones de los otros. La TID se siente cómodo con eso. A diferencia de la TCC, no requiere que el paciente tenga emociones equivocadas. Asume que la respuesta emocional tiene sentido dentro del mundo interpersonal habitual del paciente.

El problema clínico, por supuesto, es que en la depresión y presentaciones relacionadas esta flexibilidad se ve comprometida. La comprensión de la TID sobre la desregulación emocional en la depresión no es que simplemente haya demasiada tristeza o demasiado poco placer; es que el afecto se vuelve difícil de representar y comunicar.

La experiencia emocional se vuelve global, “pegajosa”, autoconfirmatoria, difícil de revisar. El paciente puede sentirse no solo deprimido, sino capturado por el sentimiento, como si el sentimiento fuera la descripción más exacta de la realidad, y no una señal dentro de ella. Por ejemplo: “Me siento inútil. Por lo tanto, soy inútil”. “Me siento abandonado, así que tú me estás abandonando”. En este estado, el afecto deja de funcionar como información y se convierte en un veredicto. Y eso es porque se siente como un veredicto. Se vuelve difícil pensar sobre ello sin colapsar en el sentimiento y sentirse abrumado, o intentar dejarlo atrás, evitarlo, distorsionarlo defensivamente y escapar.

Una forma útil de decirlo, en términos compatibles con la TID, es que la desregulación clínica refleja afecto bajo amenaza interpersonal. El paciente, cuyo modelo interno predice consecuencias catastróficas de sentir en relación con otra mente, vive el sentir como peligroso, no solo porque es intenso, sino por lo que significa interpersonalmente. Se vive como intolerable. La vergüenza se convierte en exposición: “Si ves mi necesidad, me despreciarás”. La dependencia se convierte en coerción o sometimiento: “Si dependo de ti, me controlarás”. La curiosidad por el significado se convierte en vulnerabilidad a la invalidación: “Si te lo digo, dirás que no es real, lo minimizarás”. Y el mero hecho de interesarse por el paciente puede provocar temores de abandono posterior o de reemplazo: “Encontrarás a alguien más interesante y yo desapareceré”. La emoción misma se siente como la avanzada de una catástrofe relacional. Por eso la TID está tan interesado en la forma en que el afecto depresivo está organizado en configuraciones self-otro.

La depresión no es simplemente un estado de ánimo interno, sino que a menudo está estructurada en torno a plantillas relacionales recurrentes. El self se experimenta como disminuido, fracasado, excesivo, expuesto, culpable, reemplazable, fundamentalmente no querible: un perdedor, patético, aburrido, nada especial. El otro es experimentado como crítico, ausente, indiferente, decepcionado, preocupado, inalcanzable o caprichoso: “Estás molesto conmigo. Estás cansado de esto. En realidad no te vas a implicar”. Estas no son cogniciones que flotan por encima de las emociones. Son representaciones self-otro cargadas de afecto que moldean la textura misma de lo que el paciente siente.

Si desaceleramos y escuchamos la vida emocional del paciente deprimido en este marco, comenzamos a oír no solo tristeza, sino vergüenza y humillación, a menudo defendidas mediante retirada, complacencia o ataque al self y a los otros. Oímos ira o rabia desmentida o redirigida hacia la autocrítica y la desesperanza. Oímos el miedo alternante a la dependencia y el miedo al abandono. También encontramos afecto positivo disminuido, que no es simplemente falta o ausencia, sino a menudo una constricción defensiva. Por ejemplo: el placer evitado porque implica esperanza; la esperanza evitada porque invita a la decepción; la vitalidad evitada porque despierta envidia o anticipa pérdida.

Vemos secuencias afectivas pautadas que son familiares y clínicamente esclarecedoras. La vergüenza lleva a ira desmentida, luego a autoataque y retirada: “Estallo, luego me odio y después cancelo los planes”. El anhelo lleva al pánico, luego al apaciguamiento: “Le escribo repetidamente y luego le pido disculpas por ser necesitado”. La herida lleva al desprecio, luego al desapego: “Decido que no vales la pena, así que ya no te necesito”. Esta desregulación no

es caótica. Está organizada en torno a soluciones defensivas que preservan el equilibrio al tiempo que restringen el aprendizaje relacional. Este vínculo entre afecto y defensa es central para la TID.

Encontramos afectos que son defendidos: rabia, anhelo, duelo. Encontramos afectos que funcionan como defensas: desprecio, certeza rígida, embotamiento. Encontramos vías de descarga cuando los sentimientos no pueden sostenerse en la mente: autolesiones, consumo de sustancias, preocupación somática, trabajo compulsivo, desplazamiento compulsivo en redes.

No son meramente conductas desadaptativas. Son formas de manejar un pronóstico interpersonal que se ha vuelto insoportable. El paciente se retira no porque carezca de motivación, sino porque el contacto predice humillación. El paciente apacigua no porque sea débil, sino porque la ira predice abandono. El paciente se vuelve clínicamente seguro no porque sea arrogante, sino porque la incertidumbre predice colapso.

En esos momentos, estos estados pueden entenderse como cambios en la manera en que se experimentan los estados mentales bajo activación emocional. Bajo activación, algunos pacientes pasan a una forma de equivalencia psíquica, donde los sentimientos equivalen a hechos: “Me siento inútil, por lo tanto, soy inútil”. Otros pasan a una urgencia teleológica, solo la acción cuenta y los estados mentales se desestiman: “Si no ocurre algo concreto, nada puede cambiar”. “Necesito pruebas ahora. Hablar no sirve de nada”. “La terapia es una pérdida de tiempo”. Otros pasan al modo “como si”, donde hay una elaboración fluida de significados que no toca el afecto, un contacto utilizado para evitar sentir: “Oh, entiendo mis patrones, lo has explicado”, pero se expresa sin ningún cambio en la experiencia vivida.

El punto crucial es la dependencia del estado: con baja activación, la reflexión puede estar intacta. Bajo amenaza interpersonal, el afecto rápidamente sobrepasa la mediación simbólica. El mismo paciente puede oscilar entre aparente insight y una certeza profundamente no reflexiva. Esto se vuelve aún más pronunciado en la depresión crónica o compleja. Suele haber una capa de desconfianza arraigada hacia la comunicación social. La retirada interpersonal se convierte tanto en síntoma como en protección.

La reducción de la exposición a retroalimentación relacional benigna empobrece las oportunidades de restaurar la perspectiva. Se desarrollan bucles autoconfirmatorios: baja confianza conduce a menor implicación, lo que reduce la posibilidad de experiencias correctivas, lo cual a su vez profundiza la desconfianza.

En el malestar somático funcional, un fenómeno relacionado emerge de un modo distinto. El afecto queda registrado en el cuerpo y en la mente sin un enlace simbólico. Y la explicación psicológica puede vivirse como invalidante, provocando desconfianza y escalada: “Todo está en el estómago. No puedo pensar. Solo me siento enfermo. Lo que estás viendo no es real”.

En todos estos contextos, la complejidad y el trauma no son categorías separadas. Son intensificadores: intensificadores del mismo mecanismo. Escalada más rápida, colapso más veloz hacia la literalidad o la acción, expectativas más arraigadas sobre otros útiles o peligrosos: “Usarás esto contra mí. Me avergonzarás. Desaparecerás”.

Con este trasfondo, esta proposición clínica se vuelve clara, el malestar emocional se vuelve abordable y puede ubicarse dentro de una única configuración interpersonal afectiva recurrente, el IPAF, que reconoce la experiencia a través de contextos.

El IPAF no es un dispositivo de formulación. Es una manera de devolver la emoción a una forma representable, una representación self-otro ligada al afecto. Una manera particular de experimentar el self: expuesto, desvaneciéndose, necesitado, pasado por alto. Una manera particular de experimentar al otro: crítico, rechazante, desinteresado, exigente. Un afecto característico o una secuencia afectiva característica que enlaza estos elementos: vergüenza que lleva a ira, que lleva a retirada; anhelo que lleva a pánico, que lleva a apaciguamiento. Y una estrategia defensiva o conductual que preserva el equilibrio, pero mantiene el problema de todos modos.

En la fase inicial, la TID evalúa y trata la evaluación y la formulación como un proceso sensible a la emoción. Asume que un énfasis impersonal en lo interpersonal puede sentirse como exposición o como culpabilización. Se busca establecer suficiente seguridad y sintonía para que el afecto pueda emerger sin un cierre defensivo inmediato. Aquí importa el idioma del paciente, no como adorno, sino como continente. Cuando se usan las propias palabras del paciente, es menos probable que la formulación se sienta impuesta o humillante. Es más probable que se sienta emocionalmente alcanzable, en lugar de intelectualmente coercitiva.

Un paciente puede sentirse como un perdedor, patético, nada especial, invisible, o usar metáforas idiosincrásicas que capten la experiencia vivida. La cuestión no es simplemente reflejar, sino hacer que los afectos puedan ponerse en palabras, en un lenguaje compartido con el terapeuta.

La formulación en sí misma es una intervención de diferenciación afectiva. Ayuda a separar los afectos de superficie de los afectos de los que uno se defiende. Aclara cómo determinados disparadores interpersonales provocan de manera fiable determinadas respuestas emocionales. Distingue afecto de defensa: ira defendida mediante el apaciguamiento; miedo defendido mediante el control; colapso que protege de sentir tristeza.

Esa distinción, a menudo, es el comienzo de la regulación. Los pacientes dicen: “Estoy bien”, y entonces pueden llegar a notar que “estar bien” es una defensa apaciguadora contra la rabia. Los pacientes dicen: “Estoy enojado” y pueden notar que el enojo está protegiendo contra la humillación. Pacientes que dicen: “No me importa” pueden notar que el desprecio es una defensa contra el anhelo.

En la fase media, la técnica se organiza en torno a restaurar repetidamente el contacto reflexivo con el afecto tal como aparece. Los terapeutas siguen los cambios en afecto y activación en las narrativas, y también en la interacción en sesión. Se mantienen cerca de los sentimientos el tiempo suficiente para enlazarlos con pensamientos, impulsos y expectativas interpersonales. Se utiliza la contratransferencia como dato, pero con cautela y tentativamente, como parte del campo más que como un saber privilegiado.

Lo que hacemos en la TID es confrontación, gratificación e interpretación, como en el psicoanálisis, y la reparación se trata como algo central para este aprendizaje emocional.

Muchas gracias.

**Mark Solms**

Voy a dar una perspectiva neuropsicoanalítica sobre el afecto.

Einstein dijo famosamente que, en ciencia, debemos simplificar todo lo posible, pero no más que eso. Así que espero no simplificar más de lo necesario, pero mi objetivo es intentar transmitir sólo los puntos esenciales del enfoque neuropsicoanalítico. Voy a hacerlo presentando quince proposiciones.

La primera proposición es la más básica: que nosotros, como todas las demás especies, los seres humanos, tenemos necesidades innatas básicas, y algunas de estas son necesidades emocionales. En la clasificación más autorizada utilizada en neurociencia afectiva, decimos que estas son las siete necesidades emocionales básicas del ser humano: Necesitamos parejas sexuales. Necesitamos poder deshacernos de los obstáculos frustrantes que se interponen en nuestro camino; eso es la rabia. En tercer lugar, necesitamos apegarnos a figuras cuidadoras; eso se llama pánico-duelo. En cuarto lugar, necesitamos cuidar de quienes dependen de nosotros, de quienes son vulnerables, por lo general los más pequeños. También necesitamos evitar el peligro, necesitamos estar a salvo; eso es el miedo. Algo más sorprendente: los seres humanos, como todos los mamíferos, necesitamos jugar. Y, por último, la necesidad emocional llamada seeking es la necesidad de explorar, de involucrarse con lo desconocido.

Hasta donde sabemos, estas son las siete necesidades emocionales básicas del ser humano. Es importante que, a diferencia de la teoría freudiana de las pulsiones, estas necesidades son intrínsecamente objetales-relacionales. No se puede hablar de una necesidad de miedo sin que ello implique un objeto peligroso; ni de una necesidad de cuidado sin que ello implique un objeto dependiente; ni de la necesidad de pánico-duelo sin que ello implique un objeto que cuide de ti; ni de la necesidad de rabia sin que ello implique un objeto frustrante o irritante. Así que estas son disposiciones objetales-relacionales.

Hay ciertos tipos de relación objetal prototípica en las que nosotros, los seres humanos, participamos en virtud de nuestras necesidades emocionales. Esto conduce a una de las principales proposiciones del neuropsicoanálisis: que la gran tarea del desarrollo emocional es aprender de la experiencia cómo satisfacer estas necesidades.

Nacemos con maneras instintivas de satisfacerlas. Por ejemplo, cuando se trata del miedo, nacemos con un reflejo o un instinto de cómo estar a salvo: si sentimos que estamos en peligro, si observamos que no estamos a salvo, entonces nos congelamos o huimos, escapamos corriendo. Si nos encontramos en una situación de frustración, enojo o rabia —algo que se interpone en nuestro camino, que se coloca entre nosotros y lo que necesitamos y queremos—, la respuesta instintiva es atacar: pegar, patear, morder, y así sucesivamente.

Nacemos con estas respuestas incorporadas a nuestras necesidades, pero son demasiado burdas, demasiado estereotipadas, demasiado simples. Y, lo más importante, entran en conflicto entre sí. Por ejemplo, si tienes una necesidad de apego —necesito que este objeto esté conmigo para siempre, en todo momento— y tienes una necesidad de rabia —necesito deshacerme de objetos frustrantes—, tienes un gran problema si tu objeto de apego te frustra. No puedes patear, morder y pegar a tu cuidador si además necesitas mantenerlo cerca de ti, que te quiera y te atienda.

Así que tenemos que inhibir estas respuestas instintivas y aprender formas más sensibles al contexto, más realistas, más apropiadas, más flexibles: múltiples maneras distintas de satisfacer estas necesidades en distintas situaciones, con distintas personas, en distintos contextos, de modos que las reconcilien entre sí. Esto es lo que el clínico llamaría pasar de relaciones de objeto parcial a relaciones de objeto total. Esta es la gran tarea del desarrollo mental. Pero eso no significa que sea fácil aprender a satisfacer tus necesidades emocionales, que a menudo entran en conflicto entre sí y con las necesidades de los demás.

Algo importante: los períodos críticos para aprender cómo satisfacer nuestras necesidades emocionales ocurren principalmente muy temprano en la vida. Por ejemplo, las necesidades de apego: hay que apegarse a alguien en los primeros seis meses. Y lo mismo se aplica a todas estas necesidades básicas. Los períodos críticos, en su mayor parte, ocurren durante la primera infancia, cuando no estamos en la mejor posición para poder dominarlas, porque somos pequeños, ignorantes, dependientes, y no estamos a cargo de nuestros propios asuntos. Así que estamos mucho más a merced de los entornos en los que nos encontramos que más adelante.

Durante esos primeros períodos de la infancia, muchos de los sistemas de memoria consciente —el sistema de memoria semántica y el sistema de memoria episódica— aún no han madurado. Así que establecemos maneras de satisfacer estas necesidades que son necesariamente inconscientes desde el inicio y no quedan disponibles para el pensamiento consciente más tarde. Otra vez, un punto absolutamente obvio, pero que hay que decir: si estas maneras que aprendemos para satisfacer nuestras necesidades emocionales no las satisfacen realmente, entonces sentiremos esas necesidades. Este es el núcleo de lo que es la emoción.

La emoción es el sentimiento de una necesidad no satisfecha. Si una necesidad se satisface, no la sientes. Por ejemplo, si no tienes hambre —si tu necesidad nutricional está satisfecha— no sientes hambre. Si tu necesidad de hidratación está satisfecha, no sientes sed. Si tu necesidad de descanso y reposo está satisfecha, no sientes fatiga ni somnolencia. Y lo mismo ocurre con las necesidades emocionales: las sentimos solo cuando no están satisfechas, y usamos esos sentimientos para guiar nuestra búsqueda de maneras de satisfacerlas.

El estado ideal, sin embargo, en relación con estas necesidades, es haber aprendido con éxito —tan exitosamente— a satisfacerlas que tengamos soluciones automáticas e inconscientes para ellas. Cuando una solución, una predicción acerca de cómo satisfacer una necesidad, alcanza alta fiabilidad y alta confianza, entonces la necesidad ya no irrumpe en la conciencia, y la predicción se vuelve inconsciente. La manera de resolver ese problema —la manera de satisfacer esa necesidad, la manera de resolver ese conflicto— se automatiza. Esta es la solución ideal a la gran tarea del desarrollo mental: aprender a satisfacer nuestras necesidades emocionales.

Así que, de un modo un poco curioso, aspiramos a un “zombismo”. Pero, por supuesto, ninguno de nosotros lo logra realmente, porque no existe una vida sin conflictos. Nunca llegamos a ese punto ideal en el que tengamos soluciones tan fiables y seguras para las demandas emocionales de la vida que jamás nos demos cuenta de ellas.

Ahora bien, aquí va otra proposición crucial. A pesar de lo que acabo de decir —que es difícil satisfacer todas estas necesidades, por lo que no podemos automatizar soluciones completamente fiables—, algunos de estos problemas, especialmente durante la infancia, resultan insolubles. Entonces, en lugar de que el niño piense conscientemente en estas situaciones emocionalmente exigentes —¿cómo resuelvo esto?, ¿cómo hago esto?, ¿cómo funciona? —, saca el problema de la mente automatizando prematuramente una solución; es decir: “funciona así”, aunque en realidad no funcione así. A eso lo llamamos represión.

La represión es simplemente sacar un problema de la mente y depositar en el inconsciente una solución, lo que Freud llamaría un deseo reprimido. Hoy en día lo llamamos una predicción automatizada. Un deseo es simplemente una predicción irrealista, una predicción infantil que no da realmente en el blanco. Eso es lo reprimido: la parte de las soluciones inconscientes —las soluciones automatizadas a las que hemos llegado— que se han automatizado de manera ilegítima o prematura, antes de que el niño haya resuelto el problema, porque no puede resolverlo.

Como esas predicciones reprimidas no satisfacen las necesidades, sufrimos los sentimientos emocionales que anuncian esas necesidades, pero ya no somos conscientes de que la razón por la que sufrimos esos sentimientos es lo que estamos haciendo. En otras palabras, ya no vinculamos nuestras predicciones —nuestras soluciones cognitivas— con los sentimientos que anuncian que la necesidad no ha sido satisfecha. Esa es la esencia de la represión.

Normalmente, cuando una necesidad no se satisface, el sentimiento emocional aparece en la mente y nos alerta de que tenemos que revisar nuestra predicción. Tenemos que encontrar una mejor solución: “todavía no he aprendido a satisfacer esta necesidad o a resolver este conflicto”. Pero cuando la solución se vuelve prematuramente automatizada, hecha inconsciente, entonces, cuando llega el sentimiento, la predicción no vuelve a la mente, no vuelve a la conciencia para ser revisada. Ese es el meollo del problema. Nuestros pacientes sufren sentimientos sin saber de dónde vienen. Y no hacemos eso pasivamente: cuando sufrimos sentimientos, instauramos defensas contra ellos.

Aquí hay un punto crucial de diferencia entre la enseñanza psicoanalítica clásica y la enseñanza neuropsicoanalítica. Notarán que dije “predicciones reprimidas”: nuestras predicciones sobre cómo satisfacer una necesidad, que se automatizan de manera ilegítima o prematura.

Así que, aunque no sean realistas ni exitosas, de todos modos son intentos de satisfacer necesidades emocionales que luego se automatizan. Como esas predicciones no funcionan, el niño —y más tarde el adulto— sufre sentimientos que anuncian una necesidad emocional no satisfecha, y entonces instaura defensas contra el sentimiento.

Las defensas no son intentos de satisfacer necesidades. Son intentos de deshacerse de sentimientos desagradables. Son un ejercicio de evitación, un parche, y son secundarias a la represión. Así que solo hay dos grandes diferencias entre el neuropsicoanálisis y la enseñanza psicoanalítica estándar, y esta es una de ellas: la represión no es simplemente uno de los mecanismos de defensa, sino que precede a la necesidad de mecanismos de defensa. La

otra gran innovación es que no hay dos pulsiones, no hay dos necesidades emocionales: hay muchas; de hecho, siete.

En la medida en que nuestras defensas nos fallen, en esa medida vamos a padecer trastornos emocionales. Si nuestras defensas son exitosas, entonces funcionan bien, aunque, lamentablemente, a muchas personas sus defensas les funcionan bien... pero no necesariamente a quienes las rodean.

Cuando las defensas nos fallan, el paciente sufre, y eso es lo que lo trae a nosotros. Puede traerlo a un psicofarmacólogo, que ofrecerá un medicamento que suprima el sentimiento, que elimine el síntoma. Pero otra forma de tratamiento es la psicoterapia. Vienen a nosotros, y nuestro objetivo no es suprimir los síntomas, sino —dicho de manera muy simple— ayudar a nuestros pacientes a encontrar mejores maneras de satisfacer sus necesidades emocionales.

Esto se deriva directamente de todo lo que he dicho antes. Si el sufrimiento emocional es el resultado de predicciones sobre cómo satisfacer necesidades que no dan en el blanco, entonces nuestros pacientes sufrirán los sentimientos que anuncian esas necesidades e instaurarán defensas contra esos sentimientos. Si esas defensas fallan, sufrirán esos sentimientos porque las predicciones que están usando no funcionan.

Así que el objetivo de nuestro tratamiento —que no es sintomático, sino causal— es tratar lo que causa los sentimientos. Apunta a ayudar a nuestros pacientes a encontrar mejores maneras de satisfacer sus necesidades emocionales.

No me avergüenza decirlo tan simple. En la vida mental, que es un ámbito tan complicado, es una virtud poder decir algunas cosas de forma simple.

Pero observen: no estoy diciendo que nosotros enseñemos a nuestros pacientes cómo encontrar mejores maneras, ni que les enseñemos cuáles son esas mejores maneras. Algunas psicoterapias sí funcionan así. Estoy diciendo que ayudamos a nuestros pacientes a encontrarlas. Y esto diferencia a la terapia psicoanalítica de otras formas de psicoterapia.

Lo particularmente distintivo de la terapia psicoanalítica es que apunta a ayudar a nuestros pacientes a encontrar mejores maneras de satisfacer sus necesidades emocionales cuando las maneras que están usando son inconscientes, lo que en neurociencia cognitiva llamamos no declarativas. Son predicciones que el paciente no puede repensar porque no están en una forma pensable: simplemente se actúan.

Aquí es donde el psicoanálisis cobra su máxima fuerza, y el neuropsicoanálisis lo reconoce. Esto es lo distintivo de las formas psicoanalíticas de terapia: ayudamos a nuestros pacientes a encontrar mejores maneras de satisfacer sus necesidades emocionales cuando no son conscientes de las maneras que están usando actualmente, y no pueden simplemente “desreprimir” esos recuerdos.

Entonces, ¿cómo ayudamos a nuestros pacientes? Los ayudamos llevando la conciencia del paciente a lo que está haciendo en la transferencia. La transferencia es una puesta en acto de las predicciones no declarativas, de las predicciones inconscientes que el paciente pone en acción. Son sus soluciones infantiles sobre cómo satisfacer sus necesidades emocionales y resolver estos conflictos. No pueden recordar esas soluciones porque son inconscientes; ya no están en un formato pensable, sino en formato de programa de acción, como funcionan los

sistemas de memoria no declarativa. Por eso, la única manera de ayudar al paciente a volverse consciente es llamando su atención sobre lo que está haciendo en la transferencia.

Aquí hay otro cambio de énfasis en el neuropsicoanálisis respecto de la enseñanza tradicional: la transferencia no ocurre solo con psicoanalistas o psicoterapeutas. El paciente pone en acto estas predicciones en sus relaciones objetales en general.

Así que, cuando llamamos la atención del paciente sobre lo que está haciendo, nos referimos tanto a lo que hace con nosotros en el consultorio como a lo que hace con otros objetos, en estas relaciones objetales prototípicas. Les mostramos: “¿puedes ver que haces esto una y otra vez? ¿Puedes ver que está destinado a satisfacer esta necesidad emocional? ¿Puedes ver que no la está satisfaciendo? Por eso estás sufriendo este sentimiento”.

Esto nos lleva a la decimocuarta proposición: el objetivo de la interpretación de la transferencia no es un fin en sí mismo, sino problematizar la predicción. Es hacer consciente al paciente de que está haciendo algo que no le está funcionando.

En general, estas soluciones tenían sentido en la infancia. Eran la solución menos mala que el niño podía encontrar entonces, pero ahora se repiten en circunstancias que ya no son las mismas. El paciente trata el presente como si fuera el pasado, y sus relaciones actuales como si fueran el mismo objeto de la infancia, cuando en realidad no lo son. Hoy dispone de un rango mucho más amplio de opciones.

Ese es el objetivo del tratamiento: hacer consciente al paciente de sus predicciones llamando su atención sobre sus puestas en acto, y luego problematizarlas señalando que no le están funcionando.

No existe una “interpretación dorada” de la transferencia tras la cual todo termina. Tenemos que hacer esto una y otra vez, porque así funcionan los sistemas de memoria no declarativa.

En neurociencia cognitiva decimos que las memorias procedimentales —que son la principal forma de estas memorias inconscientes— son difíciles de aprender y difíciles de olvidar. Por eso el trabajo de elaboración (*working through*) requiere muchas sesiones, idealmente frecuentes, durante un período prolongado, porque estamos intentando cambiar estas predicciones inconscientes o suplementarlas con nuevas predicciones, y eso lleva tiempo.

Dicho todo esto, cuando me encuentro con un paciente —o con el paciente de un supervisado, de manera vicaria— me hago tres preguntas.

La primera pregunta es: ¿de qué sentimiento está sufriendo el paciente? Es decir, si el paciente está ansioso, quiero saber si es una ansiedad del tipo miedo o del tipo pánico. En otras palabras, ¿siente que está en peligro o teme perder vínculos de apego?

La taxonomía de las siete necesidades emocionales básicas corresponde a siete tipos de sufrimiento. Con algo de experiencia, es posible reconocer cuál de estas está en juego. Esto no requiere un análisis complejo; es, en gran medida, una tarea descriptiva que con el tiempo se vuelve casi automática.

La segunda pregunta es: ¿por qué? ¿De qué manera está fallando el paciente en satisfacer esa necesidad emocional? Aquí observamos la transferencia y la historia para reconstruir cómo surgió la predicción y cómo el paciente intenta satisfacer esa necesidad,

usualmente en conflicto con otra. Esta es la tarea analítica central: ayudar al paciente a volverse consciente de cómo está intentando satisfacer esa necesidad —la misma de la que sufre—, problematizar ese modo y trabajar para que encuentre alternativas.

La tercera pregunta —menos importante que la predicción reprimida— es: ¿qué defensas está usando el paciente para no sentir ese sufrimiento? Cuanto más intactas estén las defensas, más necesario será analizarlas para que el paciente pueda apropiarse de sus propios sentimientos. Un paciente que no sufre no tiene base para una alianza terapéutica. La interpretación de la defensa consiste en mostrar: ¿puedes ver que haces esto para no sentir aquello?

Los momentos en los que el afecto subyacente irrumpe son momentos preciosos, aunque dolorosos. Permiten mostrarle al paciente: ¿puedes ver que estas conductas te sirven para no sentir esto? Ese es el núcleo del problema que necesitamos comprender en términos de qué está haciendo el paciente para satisfacer su necesidad emocional.

Eso es todo. Estas son mis quince proposiciones simplificadas. Este es un resumen de cómo formulamos y tratamos a los pacientes desde una perspectiva neuropsicoanalítica.

Gracias por su atención.