

El inconsciente visceral: marcos subjetivos e intersubjetivos para su aplicación clínica en la psicoterapia

Javier Farias

Centro de psicoterapia relacional, Santiago de Chile.

RESUMEN

El psicoanálisis en su afán de entender los mecanismos inconscientes, las estrategias defensivas o el conocimiento relacional implícito, ha realizado un esfuerzo epistemológico para crear un marco explicativo renovado y que converja con las ciencias biológicas. Autores como Allan Schore, Daniel Hill, Gregorio Klimovsky, Mark Solm, Jaak Panksepp, incluso, Eric Kandel, han acentuado la importancia histórica del proyecto científico de Freud. Sin embargo, aunque los mecanismos celulares, el transporte de proteínas complejas, la epigenética, la función de los aminoácidos como el triptófano o el rol de las células gliales en las enfermedades psiquiátricas, entre otros, son procesos neurobiológicos cada vez más presentes en la clínica y en la psicoterapia, aún están distantes de la tradición psicoanalítica. En ese sentido, los estudios científicos que han creado puentes entre el sistema visceral y las respuestas psíquicas actualmente cuentan con un mayor apoyo investigativo y, por esta razón, a continuación se intentará realizar un esbozo entre el sistema visceral y el psicoanálisis relacional. Es decir, en cómo el corazón, el intestino y los pulmones, pueden constituir un espacio inconsciente que de no ser considerado en el espacio hermenéutico y analítico, puede dejar fuera del setting terapéutico una gran riqueza clínica para los pacientes.

Palabras clave: Inconsciente Visceral - Eje Corazón Cerebro - Eje Intestino Cerebro – Eje Pulmones Cerebro- Interocepción - Consciencia Visceral

ABSTRACT

Psychoanalysis, in its pursuit to understand unconscious mechanisms, defensive strategies, and implicit relational knowledge, has made an epistemological effort to create a renewed explanatory framework that converges with the biological sciences. Authors such as Allan Schore, Daniel Hill, Gregorio Klimovsky, Mark Solm, Jaak Panksepp, and even Eric Kandel, have emphasized the historical importance of Freud's scientific project. However, although cellular mechanisms, the transport of complex proteins, epigenetics, the function of amino acids such as tryptophan, and the role of glial cells in psychiatric illnesses, among others, are increasingly present in clinical practice and psychotherapy, they remain distant from the psychoanalytic tradition. In this regard, scientific studies that have created bridges between the visceral system and psychic responses currently enjoy greater research support. For this reason, below we will attempt to outline the relationship between the visceral system and relational psychoanalysis. This means, how the heart, gut, and lungs can constitute an unconscious space that, if not considered in the hermeneutic and analytical context, can leave out of the therapeutic setting a great deal of clinical value for patients.

Key Words: Visceral Unconscious - Heart Brain Axis - Gut Brain Axis - Lungs Brain Axis - Interoception - Visceral Awareness

English Title: The visceral unconscious: subjective and intersubjective frameworks for clinical application in relational psychotherapy

Cita bibliográfica / Reference citation:

Farias, J. (2025). El inconsciente visceral: Marcos subjetivos e intersubjetivos para su aplicación clínica en psicoterapia. *Clínica e Investigación Relacional*, 19 (2): 357-377. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2025.190210

Sistema Visceral

El sistema visceral ha sido clasificado durante las últimas décadas como un conjunto de ejes y respuestas autonómicas que la anatomía mamífera y humana utiliza biológicamente para múltiples procesos individuales y relacionales que siguen siendo sumamente complejos. En el sistema visceral se encuentran los órganos blandos del cuerpo, como los pulmones, el corazón, los órganos del aparato digestivo y los sistemas excretores y reproductivos. Además, cada uno cumple una función clave que a su vez tiene un impacto en el funcionamiento total del organismo. Sin embargo, en los últimos años, las conexiones ascendentes y descendentes de las diferentes conexiones fibrosas, motoras y neuronales, han permitido explorar científicamente la comunicación química y eléctrica que existe entre diferentes órganos del cuerpo. Esto incluso ha demostrado una vinculación con procesos neurobiológicos básicos, el espectro anímico y algunos trastornos mentales (Longoni, 2021). Las experimentaciones neurocientíficas han impresionado con hallazgos que están editando o ampliando la etiología de algunas enfermedades psiquiátricas, e incluso, sus posibles tratamientos. Sin ir más lejos, el eje intestino-cerebro, el eje intestino-corazón o el eje pulmones-cerebro, son complejos puentes orgánicos que componen algunos de los descubrimientos modernos más llamativos de las ciencias biológicas. Aunque, evidentemente, no son los únicos, en el presente trabajo se pretende otorgar una aproximación introductoria a sus alcances y cómo podrían incidir en la práctica psicoanalítica actual.

Corazón – Cerebro

Tallon-Baudry (2019), con su modelo denominado *marco neuronal subjetivo*

intentado demostrar cómo las conexiones entre el cerebro y el corazón son sumamente relevantes para la percepción humana. Según Tallon-Baudry, Azzalini y Rebollo (2019) el corazón no solamente recibe la sangre del cuerpo y cumple un rol fundamental en la oxigenación y el transporte de sustancias ricas en minerales, proteínas, moléculas e información química de las vísceras, sino que, también en los recursos cognitivos y afectivos (Garfinkel, Seth, Barrett, Suzuki, Critchley, 2015). En efecto, durante los últimos años se ha escrito abundantemente acerca de la relevancia del eje corazón – cerebro en las afectaciones psíquicas o en la posible recuperación psicológica de una persona después de un evento desestructurante o conmovedor. Un punto clave sería lo que se ha denominado *variabilidad de la frecuencia cardiaca* (VFC)¹, que en palabras simples, sería la ritmicidad del corazón o los cambios en el intervalo de los latidos cardiacos. Algunas investigaciones (Garfinkel, Seth, Barrett, Suzuki, Critchley, 2015) han identificado que la variabilidad de la frecuencia cardiaca disminuye en las emociones desagradables y aumenta en las emociones agradables. O sea, un corazón cuyos latidos cardiacos varían significativamente se vincularía con procesamiento cognitivos y afectivos predecesores de una mayor regulación psicobiológica y afectiva ²(Hill, 2018; Siegel, 2016). Es más, mejorarían los fenómenos perceptuales que comunican al cerebro de nuestro ánimo. Esto ha sido investigado extensamente por la psiconeuroinmunoendocrinología y de hecho otros estudios (Barttfeld, Wicker, McAleer y Sigman, 2013) han profundizado en que cuando la conexión corazón – cerebro es baja, la identificación conmigo es baja y cuando la conexión corazón – cerebro es alta³, la identificación conmigo es alta. Por ende, según las vías de integración visceral y el examen de la evidencia experimental, existe un vínculo entre la experiencia perceptiva y la información cardíaca (Hyeong-Dongy y Tallon-Baudry, 2014). Por lo tanto, sería prudente que el terapeuta relacional conciba esta primicia en el espacio analítico para comprender la relevancia psíquica que tiene el corazón.

Intestino – Cerebro

Una gran cantidad de autores y neurocientíficos han intentado comprender la comunicación ascendente y descendente entre el intestino y el cerebro (Sarris, et al., 2022; Berg et al., 2020). Las fibras nerviosas, el epitelio intestinal, los metabolitos, el nervio vago, cumplen un rol preponderante en esta inervación nerviosa. En el psicoanálisis contemporáneo, han tenido un gran impacto las aportaciones de Stephen Porges y los principios de la Teoría Polivagal⁴, no obstante, este complejo conjunto de conexiones no se limita a cómo el doceavo par craneal o el nervio vago incide en el sistema autónomo en su rama simpática y parasimpática, también ha considerado cómo los alimentos o las bacterias que pueblan nuestro sistema entérico pueden contribuir en la producción y el procesamiento de

neurotransmisores que serían significativos en nuestros estados mentales⁵. De hecho, distintas investigaciones vinculan el funcionamiento del intestino con ciertos desordenes neuropsiquiátricos, como por ejemplo, la bipolaridad, el trastorno esquizoide, la depresión mayor o los trastornos de ansiedad generalizados (Longoni, 2021). Por consiguiente, considerando algunos principios del psicoanálisis relacional, el espacio terapéutico no solo está constituido por un encuentro entre 2 mentes (Aron, 2013), donde un terapeuta recibe dialécticamente y afectivamente a un otro significativo o un ser cognoscente, sino que además por aquellas entidades microbiológicas que se encuentran en nuestro sistema digestivo. Es decir, acogiendo una hipótesis innovadora en el campo analítico, podría haber una vinculación inconsciente entre el microbioma del terapeuta y el microbioma del paciente. Es más, las investigaciones científicas y clínicas se encuentran intentando comprender cómo influye en nuestra corporeidad e intercorporalidad. En un espacio psicoterapéutico o hermenéutico como diría Gadamer (2002) no solo hay 2 personas interactuando a través de una interfaz discursiva, psicológica, afectiva y relacional, puede que sus microorganismos también tejan una red inconsciente (visceral) de cooperación implícita. Siguiendo a Palacios y Parada (2021) esta es de hecho la primicia del *holobionte*⁶. Además, como veremos más adelante, un terapeuta relacional podría entender en clave visceral su trabajo psicoterapéutico y esto tendría una significancia en procesos analíticos como la interpretación, la autodevelación, los enactment, los impasses, entre otros. En consecuencia, se constituyen interrogantes de cómo el inconsciente subjetivo e intersubjetivo también podría considerar aquellas moléculas o microorganismos vivos que el otro contiene en su integridad y que son parte de su self o múltiples self (Bromberg, 2017). De hecho, existe una materialidad oscura del microbioma, algo que podría ser homologable en términos metafóricos al espacio no consciente de nuestra mente. Por lo tanto, sería atractivo tener incorporado en un marco explicativo cómo lo gastroenterológico y lo alimentario podría definir en parte los estados psíquicos (Cryan y Dinan, 2012) y, finalmente, establecer contacto con lo que el paciente exhibe, reprime o disocia.

Pulmones – Cerebro

Al igual que el corazón y el intestino, el rol de la respiración y los pulmones⁷ ha sido ampliamente estudiado en la psiquiatría o en la psicoterapia, incluso, mucho antes en la cosmogonía búdica o en el pensamiento oriental. Es así como, el mindfulness, el método buteyko⁸, el swara yoga⁹ o el breathworking¹⁰, son algunos campos disciplinares que también han encontrado una morada en el psicoanálisis relacional. Las investigaciones han intentado detectar cómo la respiración que depende del sistema pulmonar es fundamental para que un paciente desregulado pueda entrar en una ventana regulatoria que contribuya con sus

procesos terapéuticos (Ogden, 2016; Hill, 2018; Siegel, 2016). De hecho, el flujo respiratorio tendría una influencia en la cognición y percepción humana (Zelano, Jiang, Zhou, et al 2016).). Una respiración sutil, suave o lenta, puede contribuir con la disminución de síntomas adversos, la rumiación mental y la consolidación de estados psicológicos que permitan un dialogo y reflexión profunda durante el análisis. Es más, un cuerpo con agitación psicomotora, con excesivo movimiento musculoesquelético o, por el contrario, excesivamente rígido, puede estar anunciando que el paciente está ansioso o constreñido y desconectado de la posibilidad de sostener un dialogo continuo y centrado en sus requerimientos afectivos. Por ende, como lo ratifican los estudios de neuroimagen (electroencefalográficos y de resonancias funcionales) es relevante considerar el eje pulmones-cerebro, ya que una respiración consciente y pausada puede incidir en la hiperactivación del neocórtex, la “activación” del sistema parasimpático, la distensión corporal y en una autorregulación afectiva que habilite el encuentro intersubjetivo. Los llamados coloquialmente estudios de “cuello arriba” han aumentado el volumen de evidencia que permite comprender cómo algunas regiones cerebrales se encuentran íntimamente vinculadas con la respiración nasal e inspiratoria. Por ejemplo, regiones como la ínsula (centro neurológico fundamental en el sentido del yo), la amígdala, la corteza frontal y la corteza orbitofrontal. Ahora bien, en una línea terapéutica, la implicación de una respiración profunda y lenta puede contribuir con la estimulación de la corteza frontal que sabemos se encuentra asociada a la regulación afectiva. Pero no solo aquello, los patrones respiratorios predisponen a la respuesta y experiencia emocional e inciden en el bulbo olfativo que se encuentra más cerca del hipocampo que otras regiones cerebrales (Zelano, Jiang, Zhou, et al 2016). De esta manera, puede haber también un impacto directo en las memorias subjetivas y biográficas. Inclusive, si respiramos por la nariz el bulbo olfativo se vuelve más ágil y si es más ágil controla de mejor forma las emociones. Al parecer, la respiración tiene una mayor incidencia neuronal y sobre la experiencia subjetiva de dolor físico/psicológico de lo que habitualmente pensamos.

El inconsciente en Freud y en la contemporaneidad

Freud, en su primera teoría del aparato psíquico, constituyó una explicación del inconsciente sustentada en las pulsiones, los contenidos reprimidos, las resistencias, los síntomas, entre otros. Sin embargo, más de 100 años después del artículo escrito por Freud en 1915 sobre “*El Inconsciente*”, su comprensión ha sido renovada a lo largo de los siglos XX y XXI por las aportaciones de distintas/os autoras/es. Si bien lo medular pudo haberse conservado, es decir, que hay inscripciones biográficas que quedan alojadas en un espacio no consciente, su utilización se expandió y fue repensada incluso desde las teorías neurocognitivas y

neuroafectivas (Schore, 2022). Aunque, sería imposible en el presente trabajo organizar una sintaxis entre todas las teorías existentes sobre la psicología y neurobiología del inconsciente, se puede consignar que su relevancia en la psicoterapia sigue generando discusiones epistemológicas y científicas. En el psicoanálisis relacional las aportaciones de Storolow y Atwood han sido claves para extender su legado y enriquecer la clínica relacional. Estos autores proponen tres formas de inconsciente: el inconsciente dinámico, el inconsciente prereflexivo y el inconsciente no validado. En su reconocido texto, *Los contextos del self*, realizan una definición de cada uno de estos estamentos psíquicos. Según Storolow y Atwood (2004, pp. 72-73), las tres formas interrelacionadas de inconsciente podrían resumirse de la siguiente manera: 1) el *inconsciente pre-reflexivo* son los principios organizadores que inconscientemente dan forma y tematizan las experiencias de una persona 2) el *inconsciente dinámico*, serían las experiencias a las que se negó articulación porque fueron percibidas como amenazas hacia las relaciones que son imprescindibles; y 3) el *inconsciente invalidado*, se define como las experiencias que no han podido ser articuladas porque nunca evocaron respuesta del entorno.

En síntesis, estas tres aportaciones intelectivas tuvieron un gran impacto en la perspectiva relacional, ya que amplían la interpretación analítica, intercambian la nomenclatura pulsional por la centralidad de los estados afectivos (Stern, 2014) y dan una cobertura teórica a los principios organizadores de la experiencia y su incidencia en los procesos mentales inconscientes.

El Inconsciente Visceral

Entonces, como primer esbozo, cabe destacar que esta es una propuesta experimental y basada en la evidencia científica, pero que no anula las aportaciones clínicas anteriores y complementa la mirada de Storolow y Atwood y otras al interior del psicoanálisis relacional. Tiene un fin pragmático, está en constante mutabilidad y espera que su discusión vaya dilucidando si tiene cabida o no en el paradigma relacional.

El inconsciente visceral, sería una forma de articular orgánicamente las manifestaciones implícitas/explicitas del sistema visceral (anteriormente descrito) en el espacio subjetivo e intersubjetivo. Esto tendría una solvencia teórica y práctica, ya que el marco comprensivo de los fenómenos mentales y relacionales puede ser extremadamente ajustado si no se contemplan otras variables analíticas que pueden emerger en el setting terapéutico. Es decir, un analista que no le otorga relevancia clínica al sistema cardiovascular, digestivo y pulmonar, puede estar eximiendo de sus responsabilidades y posibilidades interpretativas cómo los estados psicológicos, las organizaciones subjetivas de la personalidad, los principios relacionales de la experiencia, los estados disociativos, entre otros, pueden tener una

conexión con el inconsciente que hemos decidido llamar visceral. Por lo tanto, así como pueden identificarse los puntos *rupturantes* de una trama vital, también en las palabras y la corporalidad de un paciente pueden alojarse las piezas biográficas que permitan encontrar aquellos momentos significativos en que el inconsciente visceral operó. Vale decir, aunque no sea el fin último del análisis traer a la consciencia la importancia que puede existir en los sistemas viscerales, para el paciente puede ser una forma de comprender el alcance que tiene para su vida psíquica. De hecho, desde esta perspectiva, el inconsciente visceral no podría ser un fenómeno intrapsíquico, sino que es necesariamente relacional, ya que los órganos viscerales se ven impactados por las experiencias subjetivas e intersubjetivas situadas en un campo relacional determinado. De esto se hablará en el siguiente apartado.

Lo relacional toca lo intra-biológico

El inconsciente visceral se constituye como una serie de respuestas orgánicas que en primer lugar permiten el curso de la vida y, al mismo tiempo, actúan sigilosamente en nuestra vida mental a través de distintas conexiones neurobiológicas que ya han sido descritas. Su reconocimiento terapéutico y analítico sería una forma de validar la complejidad psíquica de los pacientes y crear un espacio suficientemente respetuoso con su subjetividad y las posibles causales de sus afectaciones anímicas o existenciales. Es más, un ambiente relacional compasivo con el dolor y sus múltiples expresiones podría aliviar en parte a ese desconocido que sufre (Orange, 2016). Nos preguntamos, entonces, ¿quién no ha sentido una fulminante aceleración cardíaca cuando somos testigos que la vida de un ser amado corre peligro?, ¿quién no ha sentido que un fuerte dolor se apodera de su estómago cuando recibe una imprevista y mala noticia?, ¿o quién no percibido interoceptivamente que su respiración se entrecorta y se dificulta cuando estamos a punto de enfrentar un desafío importante en nuestras vidas? Son experiencias necesariamente relacionales y viscerales, ya que incluyen a un otro e interceden implícita/explicitamente con el funcionamiento de la triada corazón-intestino-pulmones. Por lo tanto, estas vivencias circunstanciales o sistemáticas pueden quedar inscritas en un ordenamiento mental inconsciente y, luego, ser incluso consideradas discursivamente cuando se revisa analíticamente la historia afectiva y relacional de un paciente. Es común escuchar en terapia apreciaciones como las siguientes: “cuando me llamaron para decirme que mi hijo había sufrido un accidente sentí de inmediato un dolor muy fuerte en el estómago. Pensé lo peor.” “Aún siento cómo me respiraba en el oído y el asco que me provocaba su cercanía. Recuerdo que trababa de cerrar mis ojos y de aguantar mi respiración. Quería dejar de existir” o también, “todas las mañanas corro 10 o 15 kilómetros. Me encanta sentir como aumentan mis pulsaciones y mi corazón se acelera. Luego de eso, recobro mi tranquilidad”. Son relatos que incorporan el cuerpo y, por lo tanto,

los sistemas viscerales considerados en el presente trabajo. Aunque a propósito de estas vivencias pueden orquestarse movimientos químicos, intra/intercelulares, neurofisiológicos, etc., que son imperceptibles, también como se revisó pueden quedar registros inconscientes de estas experiencias. Sensaciones somáticas como las que relata Ogden, pulsaciones cardíacas, motilidades intestinales o respiraciones que no quedan alojadas en un espacio-consciente. Es en este sentido que la labor terapéutica puede ser significativa para el paciente, en primer lugar, reconociendo estas sensaciones corporales y, en segundo lugar, otorgando experiencias relacionales correctivas (Mitchell, 1988; Aron 2013). Por ejemplo, un lugar donde la cadencia cardíaca sea distinta a la que sostuvo cuando sintió miedo después de un accidente automovilístico, un ambiente relacional seguro y protector que no genere malestares en su tracto digestivo o, por último, una respiración que sea sustancialmente diferenciada de la respiración que tiene cuando inyecta una sustancia potencialmente adictiva en su cuerpo. Son distintos los movimientos relacionales que podrían deslizarse en una psicoterapia que preste suficiente atención a estos fenómenos psicobiológicos y que los introduzca en una matriz analítica que goce de mayor riqueza teórica y conceptual. Inclusive, la preocupación por cómo el paciente cultiva un estilo de vida¹¹. A continuación, se revisará una viñeta clínica, en cuyo desarrollo se pretende alcanzar una explicación comprensible y situada del inconsciente visceral y los marcos subjetivos e intersubjetivos para su utilización clínica en la psicoterapia relacional.

Viñeta Clínica

Ruth, tiene 36 años y es una paciente que ha tenido una serie de afectaciones en su infancia, fue testigo de violencia intrafamiliar y rupturas familiares importantes. Así también, sufrió de alergias alimentarias que provocaron una serie de exámenes médicos y observaciones clínicas de su tracto digestivo. Recuerda sus constantes visitas al médico y, particularmente, a agentes sanitarios especializados en trastornos digestivos. Cuando habla de su dimensión corporal externa, dice que durante su adolescencia brotó en su piel un fuerte acné que dio origen a reiterados sentimientos de inseguridad y desde entonces sus experiencias relacionales tuvieron como núcleo constitutivo la vergüenza. Su actual profesión como médica-urgencióloga hace que su vida sea rápida, exigente y ajetreada, de hecho, aquel ritmo vital ha traído una serie de dificultades con su pareja, un varón de 35 años. Por lo tanto, acude a terapia con la intención de resolver algunas inquietudes relacionales, por ejemplo, la desafección afectiva con su pareja, la disolución de su entramado social, la maternidad

postergada, las expectativas familiares introyectadas y, en último lugar, la alergia cutánea que le provoca aún grandes montos de angustia. En las primeras sesiones, relata que con su pareja ya no co-habita en la misma habitación y optaron por sostener una convivencia con lecho separado. Dice que su alergia enrojece su piel y se torna “extremadamente irritante” o en ocasiones los problemas gastrointestinales son tan evidentes que siente vergüenza de dormir con él, ya que debe ir al baño varias veces durante la madrugada. Incluso dice que esto estaría afectando su sexualidad¹². También su vida social se ha visto debilitada y a raíz que su ánimo se ha deteriorado progresivamente la mayoría del tiempo prefiere no atender las invitaciones de algunas personas significativas para realizar actividades al aire libre o fuera de casa. En consecuencia, el aislamiento social ha emergido con fuerza en su psiquis y con su pareja la comunicación se ha empobrecido y reciente que la tonicidad emocional de la relación se ha “opacado”. Ruth, anteriormente, fue orientada clínicamente por una psiquiatra que le indicó que sus dolores estomacales y alergias cutáneas posiblemente responderían a un cuadro psico-somático, dado que luego de la anamnesis clínica, la revisión de su historial médico, la observación de sus hemogramas y test cutáneos, no se aprecian enfermedades crónicas no transmisibles u otro tipo de patologías relevantes. No obstante, la paciente desconfía de su diagnóstico clínico o psiquiátrico.

Cuando acepta comprometerse con un proceso psicoterapéutico, menciona: “aceptaré igual trabajar lo psico-somático”. De este modo, luego de las primeras sesiones, se utilizaron estrategias terapéuticas y corporales para regular su sistema nervioso central y disminuir su estrés mental, sustentadas en algunas propuestas teóricas de la terapia sensorio-motriz de Ogden. Pero después de algunos meses los resultados fueron poco prometedores y su ánimo continuaba empobreciéndose. Fue entonces, cuando Ruth sufre una nueva crisis digestiva y dérmica, por la que decide acudir donde una especialista en alteraciones gastrointestinales, cuya perspectiva clínica no era convencional. Es sometida a una serie de exámenes físicos y recibe un diagnóstico incipiente y distinto. Después de un examen llamado test de aire espirado¹³, se identifica un desorden intestinal y microbiano denominado científicamente como SIBO¹⁴ (sobrecrecimiento bacteriano intestinal). Aunque, actualmente el SIBO es cada vez más conocido en el sistema biomédico y en su campo laboral, ella no se encontraba familiarizada con una enfermedad que remite al eje intestino-cerebro y que la tomó por sorpresa al enterarse que uno de sus criterios clínicos fuera su asociación con alergias cutáneas. Cuando Ruth trae esta información diagnóstica al espacio analítico se dialogó y reflexionó de los alcances que había tenido encontrar una apreciación clínica que otorgara una respuesta aparentemente satisfactoria y consistente con sus padecimientos. Dice: “llevaba mucho tiempo intentando encontrar un diagnóstico clínico y ahora entiendo muchas cosas”. “¿Cómo cuáles?” pregunto a lo que responde; “Me entristece las complicaciones que me trajo durante la adolescencia y entiendo en parte porqué me alejaba de mi pareja y no

quería compartir la misma habitación con él. Comprendo el origen de mi vergüenza y la razón de mi soledad.

En mi condición de terapeuta, pensé profundamente en las revelaciones de Ruth y como marginar una hipótesis puede ser una aproximación reduccionista o antojadiza al malestar humano. En ningún caso, queda fuera del análisis relacional y sus marcos interpretativos la sustancia analítica que otorgan los modelos operativos internos, los principios organizadores de la experiencia, el estilo vincular o la mentalización. Pero permite asir otras posibilidades clínicas y renovar la matriz comprensiva, ya que las afectaciones psico-corporales revisadas en la viñeta clínica devienen necesariamente en la relacionalidad de la paciente e impactan notoriamente en su mundo subjetivo e intersubjetivo. En otras palabras, desidentificarse de la complejidad humana, rehuir de lo científico, acudir a las respuestas predeterminadas que otorgan seguridad analítica, cerrar epistemológicamente la posibilidad de acoger otras variables, puede perjudicar el tratamiento y, eventualmente, el “éxito” terapéutico.

La labor educativa en el Psicoanálisis relacional

Por esta razón, no se trata de dirigir la cura o la vida del consultante, pero sí tener una mirada orientadora consistente con los avances neurocientíficos. Que la remisión de la angustia también se vincule con una comprensión y explicación suficientemente coherente con otras posibilidades analíticas. Utilizar la palabra como un instrumento que tensiona los supuestos del paciente, pero también, en otros momentos disipa la incertidumbre. De este modo, se espera que el inconsciente visceral sea una vertiente teórica, cuya aplicación se refleje en expandir la perspectiva clínica, ya que si permanece en las sombras de la mente del analista sería una nueva forma de invalidar la subjetividad del paciente. Incluso, si aquello contempla la educación en el psicoanálisis relacional, puede ser una opción habilitante para vivir experiencias relacionales correctivas. No se trata de convertir al analista relacional en una entidad biomédica con un conocimiento hegemónico y totalizante, pero sí que en su entramado psíquico haya esbozos de lo visceral y que la curiosidad e introspección-empática también se constituya como un medio exploratorio de otras figuras analíticas. Por tanto, los dominios teóricos tienen que ser horizontales y no únicamente verticales, puesto que el rango técnico y clínico del terapeuta debe contener las posibilidades *transdisciplinarias* que otorgan las ciencias biológicas y los distintos saberes psicológicos. De esta manera, no se vulneraría la amplitud diagnóstica y práctica o, también, las opciones de trabajar colaborativamente con otras/os especialistas. Además, considerando la irreductible subjetividad del analista (Renik, 1993) y la irreductible intersubjetividad del campo analítico (Mitchell, 1988), lo que está oculto o disociado para el paciente puede que lo esté para el terapeuta. Lo disociado impide ver cómo el dolor se manifiesta a través del cuerpo.

Psicoanálisis relacional y epigenética

Freud, en su deseo de curar (*furor curandis*), pensó que no solo la medicina y sus ramas científicas podrían aportar al psicoanálisis, sino que, la cuestión del *lego* era un tópico que debía someterse a discusión aunque causara fuertes diferencias al interior de las sociedades psicoanalíticas vigentes en la época victoriana (Roudinesco, 2014). En ese sentido, se revisó rigurosamente quienes podrían ejercerlo, cuáles eran sus fronteras teóricas, los alcances de su renovación científica, su incidencia en las instituciones de salud o directamente en el campo médico. Luego de varias décadas, el psicoanálisis vanguardista no sufre fuertes rupturas por trazar puentes disciplinares y acoger otras aproximaciones epistemológicas. Esto ha permitido que distintas personas encuentren en los principios relacionales un camino prudente para desplegar la terapia o su propia terapia. De hecho, la literatura especializada da cuenta que el *mindfulness*, las teorías feministas, la terapia humanista, la neurobiología interpersonal, la antropología, el arte moderno o la musicoterapia han encontrado puntos de encuentro con el psicoanálisis relacional (IARPP, 2016). Por consiguiente, no se piensa como una desfiguración antojadiza concebir los aportes que pueden otorgar nuevos conceptos como el de inconsciente visceral, puesto que reconocer la importancia del sistema nervioso visceral en el espacio hermenéutico no es algo novedoso o incipiente, muy por el contrario, remite sus formas y fondos a los aportes que han tratado de realizar al psicoanálisis contemporáneo autores como Daniel Siegel, Allan Schore, Pat Ogden, Jaak Panksepp, Mark Solm, Stephen Porges, entre otros. Es más, todos de una forma u otra han intentado robustecer los sustentos de las terapias contemporáneas y la importancia de atender mentalmente el hemisferio derecho en el caso de Schore (2009), el complejo ventral/dorsal (Porges y Dana, 2019) o, también, la respiración en la terapia sensorio-motriz de Ogden y Fisher (2016). Entonces, el inconsciente visceral sería una manera de darle cabida a ordenamientos científicos que no estarían siendo suficientemente incorporados en la terapia psicoanalítica contemporánea. Es decir, como se describía, la interfaz corazón-cerebro, intestino-cerebro y respiración-cerebro. De ahí que la medicina epigenética que trabaja el cruce entre la genética y los factores ambientales puede otorgarle fundamentos al paradigma relacional respecto a las razones que nos llevan a enfermar y, también, las razones que nos llevan a sanar. Algunas formas científicamente reconocidas que pueden contribuir con el sistema visceral (Gill et al., 2020; Mckeown, 2022; Qi, 2022; Firth et al., 2021) y, al mismo tiempo, contribuir con nuestra salud psíquica son los principios de una vida -parafraseando a Winnicott- suficientemente saludable¹⁵. Algunas investigaciones son conclusivas respecto a que los hábitos saludables también debiesen estar en el marco mental de un terapeuta que, si contempla como significativa la dimensión corporal e intra-corporal, puede ver como una

virtuosidad entender al paciente en clave epigenética. Precisamente los hábitos saludables contribuyen con la variabilidad de la frecuencia cardíaca, la producción de neurotransmisores intestinales y el sistema respiratorio. Por supuesto, la psicoterapia relacional no se reduce a una prescripción conductual sobre la movilidad física, las rutinas alimentarias o el buen dormir, sin embargo, podría ser significativo para el proceso psicoterapéutico sostener una perspectiva clínica donde el paciente reforme las concepciones rígidas, los patrones autodestructivos y las decisiones que históricamente no le han permitido regular o cambiar sus hábitos de vida. Esto podría indagarse como lo hacía Stern (1985) en la “entrevista del desayuno”¹⁶, quien describió que una pregunta aparentemente sencilla sobre el desayuno otorga un vasto material terapéutico para conocer profundamente la cotidianidad y las rutinas vitales del paciente. En ese sentido, si el espacio analítico contempla como relevante las variables genéticas y ambientales que influyen en el sistema visceral (Firth et al., 2021) y, a su vez, en la vida mental, se organizarían esquemas terapéuticos y epigenéticos que promuevan formas más flexibles y sanas de vivir.

Propuesta para trabajar el inconsciente visceral

No se trata de que haya que encontrar una vía regia para penetrar en el inconsciente visceral o el fin último de la psicoterapia sea su insight o concientización, ya que la terapia psicoanalítica relacional también puede contribuir desdibujando los márgenes rígidos de la psiquis y promover una forma flexible de vivir (Siegel, 2016). O revisando los principios organizadores de la experiencia (Mitchell, 1993; Aron, 2013), otorgar una oportunidad relacional de experimentar el fenómeno de la vida desde una subjetividad con mayor autenticidad y en concordancia epistémica con otras subjetividades. No obstante, para alcanzar lo anterior, sería relevante que el terapeuta intente reconocer la complejidad absoluta del paciente y las implicancias psíquicas que tienen ámbitos como lo cardíaco, intestinal y pulmonar en su vida. Las investigaciones científicas están entregando grandes volúmenes de evidencia de cómo se influye mutuamente el sistema nervioso visceral con el cerebro y su implicancia en los estados psicológicos. Aunque la “mente” no se reduce a lo neuro-orgánico o a impulsos nerviosos y eléctricos, sería importante que así como Storolow y Atwood ampliaron los principios teóricos de lo inconsciente, trabajando el inconsciente dinámico, pre-reflexivo y no validado, también se conciban las implicancias en la clínica relacional que podría tener el inconsciente visceral. Por de pronto, una aproximación psico-corporal apropiada y *phronetica*¹⁷ contempla como algo válido que el terapeuta consolide un espacio donde las subjetividades sean reconocidas mutuamente¹⁸. Las señales viscerales del terapeuta también entregan información que queda a disposición del espacio analítico y, por consiguiente, pensar en los marcos subjetivos e intersubjetivos para su aplicación clínica sería

algo prioritario, ya que la experiencia relacional (correctiva o nociva) impregna las cualidades interoceptivas tanto del paciente como del terapeuta. Hay una línea indivisible entre la movilidad psíquica implícita del consultante y la repercusión co-transferencial que tiene esto en el analista. De eso trata el involucramiento del terapeuta y su compromiso afectivo y relacional con la otredad. Pero, ¿de qué manera estos principios podrían contribuir terapéuticamente? Pues desde la propia sensibilidad, puesto que colaborar en la construcción de discursividades y representaciones que tensionen la naturaleza psicológica de la persona puede ser un avance significativo en cuanto a la sensibilización gradual con su cuerpo y las posibilidades que tiene de habitarlo. Es decir, el terapeuta también puede ser un espejo, un punto referencial o un conjunto de coordenadas sensitivas que le permitan percibir y aceptar las propias señales viscerales. Esto podría provocar quiebres significativos en su trama vital y formas incipientes de comprender su corporalidad. En efecto, un espacio terapéutico donde se entienda la importancia de reconocer la visceralidad y los hábitos que contribuyen con su funcionamiento intra-orgánico puede marcar un hito novedoso en su mundo fenoménico. Sustentado por la evidencia científica el analista (en este caso relacional) ensancharía los caminos por donde se transita hacia la cura. Siguiendo a Yeates y Salas (2022, pp. 61) el psicoanálisis relacional y el neuropsicoanálisis relacional no se limitan a una redundancia o una contradicción teórica, sino que, son invitaciones conceptuales a valorar la certeza que el paciente implícita o explícitamente influirá en el terapeuta y en su mundo psíquico. Así como también, lo hará el terapeuta en el paciente y su sistema relacional compuesto de amistades, relaciones sexo-afectivas, vínculos familiares, comunidad de pertenencia, etc. Entonces, evitar la censura corporal y reconocer que la variabilidad de la frecuencia cardíaca, los microorganismos y la cadencia respiratoria son relevantes en nuestra vida psíquica puede ser un factor capital en la psicoterapia contemporánea.

La consciencia interoceptiva y el inconsciente visceral

Los estudios respecto de la interocepción han ido generando discusiones nutritivas en el mundo científico y, también, en las ciencias de la mente. De hecho, el inconsciente visceral no podría organizarse como nomenclatura o concepto teórico dejando fuera de sus fundamentos principales lo interoceptivo. En ese sentido, considerando que sería la forma en que el ser humano se concientiza sensitivamente de sus vísceras, los órganos internos o de los procesos psicofisiológicos como el hambre y la sed, el psicoanálisis relacional podría tener como una de sus primicias terapéuticas que esta dimensión esté contemplada durante el

análisis. Es decir, que no se pierda de vista que parte de la exploración analítica o el descubrimiento del verdadero Self (Winnicott, 1999) también está sujeto a reconocer qué sucede biológicamente e internamente con el propio cuerpo, ya que sería una puerta de acceso para contemplar dentro del mosaico terapéutico el inconsciente visceral. Ahora bien, la consciencia interoceptiva y la sensibilidad interoceptiva son conceptos que provienen de las ciencias cognitivas y han sido sometidos a mediciones experimentales (Cheesman y Merikle, 1986; Craig, 2002; Critchley, Eccles, Garfinkel, 2013). Aunque la propuesta teórica del inconsciente visceral no tiene como pretensión que sea sometida a mediciones científicas u ordenamientos computacionales, se piensa como un constructo que podría complementarse estrechamente con el fenómeno de la intercepción. Después de todo, sus diferencias más que epistemológicas o científicas responden a cómo dentro del entramado teórico del psicoanálisis y, particularmente, de los psicoanálisis contemporáneos le otorgamos cabida a alcances científicos que pueden ser fundamentales en los procesos analíticos y psicoterapéuticos. Sin ir más lejos, el reconocimiento sensible de las señales viscerales y los marcadores somáticos puede ser determinante en la identificación – como revisamos- de patologías mentales severas. Aumentar el conocimiento de los mecanismos de la interacción cuerpo-mente tiene amplias implicaciones, desde la toma de decisiones y hasta el desarrollo de la empatía. Inclusive, puede servir para dilucidar posibles vías de intervención para afecciones sensibles al estrés en las que los factores psicológicos, cognitivos y emocionales inciden en la expresión de los síntomas físicos (Critchley, Eccles y Garfinkel, 2013). Por ende, no se concibe mayor aspiración que validar la importancia de pensar analíticamente lo visceral, dado que si el paciente no ha concientizado a lo largo de su trama vital la importancia de contemplar sus sensaciones internas o estados corporales, el terapeuta podría trabajar relacionalmente sobre sus señales viscerales y construir un set/setting terapéutico dispuesto a acoger responsablemente otro tipo de tramitaciones psíquicas. Demás está decir que no todos los pacientes tienen los recursos intelectuales, cognitivos o emocionales para procesar y encarnar las señales de su cuerpo y, en ese contexto, así como en la meditación guiada o la psicoterapia corporal, que el terapeuta le otorgue espacio a aquello podría consolidar una solemne y genuina distinción.

La consciencia visceral

Finalmente, se podría convenir que si hay memorias corporales y psíquicas que fueron reprimidas o disociadas en el inconsciente visceral también existiría a modo discutiblemente antagónico una consciencia visceral. De manera que, la consciencia es una idea o un constructo altamente complejo y que no remite inmediatamente a lo neural o las traducciones eléctricas de nuestro cerebro, sino que, a algo fundamentalmente subjetivo y propio de cada sujeto. Según Weise (2020) en lugar de tener un conjunto de teorías

establecidas y generalmente aceptadas, la ciencia de la conciencia está marcada por teorías en competencia. Es principalmente aquello lo que hace difícil su comprensión y medición, por lo tanto, es abstruso determinar qué es la conciencia y más aún determinar donde subyacen sus límites o bordes psíquicos. Según Laplanche y Pontalis (1996), Freud desde el psicoanálisis ya había considerado que desde un punto de vista tópico el sistema perceptivo de la conciencia recibía informaciones del mundo externo y provenientes del interior, en efecto, para él se constituía como la percepción de las cualidades sensibles. Para ser más específico, dentro de la teoría psicoanalítica de la cura la toma de conciencia y su eficacia sigue siendo controversial al existir diferentes factores que intervienen en ella, por ejemplo: a) recuerdo y construcción b) repetición de transferencia y c) trabajo elaborativo (Laplanche y Pontalis, 1996, pp. 72). No obstante, la cura no asegura tomar conciencia y viceversa tomar conciencia no asegura la cura. Actualmente, en la vereda científica autores como Damasio definen la conciencia y el protoself como una colección coherente de patrones neuronales que mapean (momento a momento) el estado de la estructura física del organismo en sus múltiples dimensiones (Damasio, 2006). Por lo tanto, siendo un fenómeno que es complejo y todavía analítica y científicamente inextricable, ¿de qué manera contribuiría terapéuticamente la conciencia visceral al psicoanálisis relacional? Lo antecedente podría responderse con los mismos alcances neurocientíficos que han contribuido en que la conciencia no puede limitarse a las propiedades neuronales o la denominada conciencia genérica¹⁹, ya que los investigadores al verse impedidos de diseccionar y experimentar los estados de conciencia de otro sujeto se basan en el comportamiento observable para rastrearla. Es decir, se da prioridad a los informes introspectivos que expresan la opinión de la persona sobre su experiencia (Wayne y Morales, 2024). Por ende, en un espacio relacional suficientemente respetuoso sería fundamental recoger y reconocer las señales viscerales y el aparato sensitivo del paciente, quien al saber que el analista ha predispuesto un marco epistémico y epistemológico para comprender dichos fenómenos corporales e interoceptivos, en razón de sus tempos psicológicos podría explorar sus sensaciones corporales y su conciencia visceral. Inclusive, a raíz de lo que nos compete en el presente trabajo, sus dificultades cardíacas, intestinales o pulmonares que, como se revisó, se vinculan con la salud cognitiva y psíquica. En ese sentido, la conciencia visceral no se reduce solamente a lo biológico (Earl, 2014), sino que también podría ser un fenómeno multidireccional e inevitablemente intersubjetivo.

Conclusiones

En el presente trabajo se ha realizado un esbozo (introductorio) del inconsciente visceral y cuáles son sus marcos subjetivos e intersubjetivos para una posible aplicación clínica en la

psicoterapia relacional. Considerando los aportes que realizaron Freud y actualmente Storolow y Atwood (2004) para comprender el inconsciente y los inconscientes, se han utilizado datos neurobiológicos para elaborar una propuesta teórica que encuentre sustento en la práctica clínica. Este primer intento, subsiste en la pretensión de apoyar la idea que la psicoterapia relacional no debe reducirse a lo músculo-esquelético, el movimiento corporal o el trabajo sensorio-motriz, sino que, también tener una comprensión que la variabilidad de la frecuencia cardíaca afectaría nuestra cognición y afectividad (eje corazón-cerebro), que los microorganismos intestinales influirían en los estados mentales (eje intestino-cerebro), y que el sistema respiratorio tendría un impacto notable en la regulación emocional (eje corazón-cerebro). Además, de recoger la importancia que un estilo de vida suficientemente saludable contribuye con el sistema visceral y, al mismo tiempo, con nuestro psiquismo.

En segundo lugar, el inconsciente visceral remite necesariamente a la mente subjetiva e intersubjetiva (Rilke, 1993; Aron, 2013; Mitchell, 2015), ya que si el analista relacional considera significativo los presupuestos neurocientíficos revisados en el presente trabajo sus marcos interpretativos gozarían de mayor riqueza analítica. Así también, sería una manera de validar la subjetividad del paciente, su complejidad y las múltiples formas de aproximarse a la cura.

En tercer lugar, el terapeuta como testigo emocional es responsable asimétrico²⁰ de un proceso terapéutico donde puede actuar como un co-regulador afectivo y, a su vez, como un referente relacional. Para esto sería prudente que le otorgue relevancia a su propio inconsciente visceral, las señales interoceptivas que provienen de su cuerpo, su estilo de vida²¹ y como estas dimensiones vitales pueden influir en su mente, pero también en el sujeto y su cura. De ello según Wiens, Mezzacappa y Katkin (2000) se deduce que las personas que están más en sintonía con las respuestas corporales experimentan emociones con mayor intensidad.

Para concluir, el entramado subjetivo-intersubjetivo entre el paciente y el terapeuta es fundamental para determinar que nunca hemos sido individuos, y muy por el contrario, siempre hemos estado compuestos de otras subjetividades y visceralidades.

REFERENCIAS

- Adler, A. (1981). *Social interest: a challenge to mankind*. Martino fine books.
- Aron, L. (2013). *Un encuentro de mentes: mutualidad en psicoanálisis*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Barttfeld, P. Wicker, B. McAleer, P. (2013). Distinct patterns of functional brain connectivity correlate with objective performance and subjective beliefs. *Biological sciences*, 110, 11577-11582. <https://doi.org/10.1073/pnas.1301353110>
- Benjamin, J. (). *Reconocimiento mutuo: la intersubjetividad y el tercero*. España. Editorial Espacio Gradiva.
- Berg, G., Rybakova, D., Fischer, D., Cernava, T., Champomier Vergés, M., Charles, T., Chen, Xiaoyulong., Cocolin, L., Eversole, K., Herrero, G., Kazou, M., Kinkel, L., Lange, L., Lima, N., Loy, A., Macklin, J., Maguin, E., Mauchline, T., McClure, R. Mitter, B., Ryan, M.....Schloter, M. (2020). Microbiome definition re-visited: old concepts and new challenges, *Microbiome*, 8, 1-22. DOI: 10.1186/s40168-020-00875-0
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Editorial Paidós.
- Bromberg, P. (2017). *La Sombra del tsunami y el desarrollo de la mente relacional*. Distribuciones Agapea.
- Critchley, H. Eccles, J. y Garfinkel, S. (2013). Interaction between cognition, emotion, and the autonomic nervous system. *Handbook of clinical neurology*, 117, 59-77. DOI: 10.1016/B978-0-444-53491-0.00006-7
- Cryan, J. y Dinan, T. (2012). Mind – altering microorganism: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nature Reviews*, 13, 701-711. DOI: 10.1038/nrn3346
- Damasio, A. (2006). Feelings of Emotion and the Self. *Annals of the academy of sciences*. 1001, 253–261. <https://doi.org/10.1196/annals.1279.014>
- Dong Park, H. y Tallon-Braudy, C. (2014). The neural subjective frame: from bodily signals to perceptual consciousness, 369, *Philosophical transactions of the royal society B*, 369. *Nature Reviews Neuroscience*. <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0208>

Earl, B. (2014). The biological function of consciousness. *Frontiers in psychology, Volume 5*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00697>

Gadamer, H. (2001). *El giro hermenéutico*. Editorial Cátedra.

Gardelle, V. Kouider, S. (2009). Cognitive Theories of Consciousness. *Neuroscience and biobehavioral psychology*, 135-146. DOI:10.1016/B978-012373873-8.00077-3

Garfinkel, Sarah. Seth, A. Barret, A. Suzuki, K. Critchley. (2014). Knowing your own heart. Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*. 104, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004>

Gill, SK., Rossi, M., Bajka, B. y Whelan, K. (2021). Dietary fibre in gastrointestinal health and disease. *Nature Reviews Gastroenterol Hepatol*, 18, 101-116. <https://doi.org/10.1038/s41575-020-00375-4>

Groddeck, G. (1981). *El libro del ello: cartas psicoanalíticas a una amiga*. Taurus.

Firth, j., Solmi, M., Davy Vancampfort, R., Schuch, F., Hoare, E. Gilbody, S., Torous, J., Teasdale, S., Jackson, S., Smith, L., Eaton, M., Jacka, F., Veronese, N., Marx, W., Ashdown, G., Siskind, D., Sarris, J., Rosenbaum, S., Carvalho, A. Stubbs, B. (2021). Una meta-revisión de la "psiquiatría del estilo de vida": el papel del ejercicio, el tabaquismo, la dieta y el sueño en la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales. *Revista Toxicomanías*, 85, 34-52. DOI: 10.1002/wps.20773

Hacker, C. Snyder, A. Pahwa, M. Corbetta, M. Leuthardt, E. (2017). Frequency-specific electrophysiologic correlates of resting state fMRI networks. *Neuroimage*, 149, 446-457. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2017.01.054

Haines, D. y Mihailoff, G. (2019). *Principios de neurociencia, aplicaciones básicas y clínicas*. Elsevier.

Hill, D. (2018). *Teoría de la regulación del afecto, un modelo clínico*. Editorial Eleftheria. España.

IARPP (2016). *Psicoanálisis y Psicoterapia Relacional en Chile*. RIL Editores.

Kandel, E. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am j Psychiatry*, 156, 505-524. DOI: 10.1176/ajp.156.4.505

Laplanche, Jean. Y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.

Longoni, M. (2021). Efectos moduladores de la microbiota intestinal en el sistema nervioso central: papel del intestino en la salud y la enfermedad neuropsiquiátrica. *Revista el farmacéutico*, 221, 26-35. DOI: 10.1016/j.rgmx.2013.04.004

Margulis, (2002). *Una revolución en la evolución*. Editorial Principia.

Masaoka, Y., Koiwa, N. Homma, I. (2006). Inspiratory phase-locked alpha oscillation in human olfaction: source generators estimated by a dipole tracing method. *The journal of physiology*, 566, 979-997. DOI: 10.1113/jphysiol.2005.086124

McKeown, N., Fahey, G., Slavin, J. Van Der Kamp, J. (2022). Fibre intake for optimal health: how can healthcare professionalssupport people to reach dietary recommendations? *The BMJ*, 378, 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmj-2020-054370>

Mitchell, S. (1988). *Conceptos Relacionales en psicoanálisis, una integración*. Siglo veintiuno editores.

Mitchell, S. (2015). *Influencia y autonomía en psicoanálisis*. Agora relacional. Madrid España.

Ogden, P y Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensoriomotriz. Intervenciones para el trauma y el apego*. Desclée de Brouwer.

Ogden, P. Minton, K y Pain, C. (2009). *El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de terapia*. Distribuciones Agapea.

Orange, D. (2013). *El desconocido que sufre*. Editorial cuatro vientos.

León, S. y Ortuzar, B. (2020). *Diccionario introductorio de psicoanálisis relacional e intersubjetivo*. Ril Editores.

Paniagua, P. (2000). Consciencia, Cientifismo y Multideterminismo en Psicoanálisis. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 76, 67-78. <https://dx.doi.org/10.4321/So211-57352000000400005>

Panksepp J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.

Porges, S y Dana, D. (2019). *Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal. El nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal*. Editorial Eleftheria.

Renik, O. (1993). Analytic Interaction: Conceptualizing Technique in Light of the Analyst's Irreducible Subjectivity. *Psychoanal. Q*, 62, 553-571. PMID: 8284331.

Roudinesco, E. (2023). *Freud en su tiempo y en el nuestro*. De bolsillo.

Salas, C. Turnbull. Y Solm, M. (2021). *Clinical Studies in Neuropsychanalysis Revisited*. Routledge.

Sarris, J., Ravindran, A., Yatham, L. N., Marx, W., Rucklidge, J. J., McIntyre, R. S., ... Berk, M. (2022). Clinician guidelines for the treatment of psychiatric disorders with nutraceuticals and phytoceuticals: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) and Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Taskforce. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 23, 424-455. DOI: 10.1080/15622975.2021.2013041

Sassenfeld, A. (2012). *Principios clínicos de la psicoterapia relacional*. Santiago de Chile. SODEPSI.

Schore, Allan. (2009). Relational trauma and the developing right brain: an interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. *Annual of the New York Academy of Sciences*, 1159, 189-203. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x

Seth, A. y Bayne, T. (2022). Theory of Consciousness. *Nature Reviews Neuroscience*, 23, 439-452. DOI: 10.1038/s41583-022-00587-4

Siegel, D. (2016). *Guía de bolsillo de neurobiología interpersonal*. Editorial Eleftheria.

Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology*. Routledge

Stern, D. (2014). Propiedades emergentes en el campo analítico. Clínica e investigación relacional. *Revista electrónica de Psicoterapia*, 8 (1), 21-30. ISSN 1988-2939

Storolow, R. y Atwood, G. (2004). *Los contextos del self*. Editorial Herder.

Tallon-Baudry, C., Azzalini, D., Rebollo, I. (2019). Visceral signals shape brain dynamics and cognition. *Elsevier current trends*, 23, 488-509. DOI: 10.1016/j.tics.2019.03.007

Thayer. J. y Lane, R. A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Affect disorder*, 61, 201-16. DOI: 10.1016/s0165-0327(00)00338-4

Ward, A., Schultz, A., Huijbers, W., Van Dijk, K., Hedden, T. y Sperling, R. (2013). The parahippocampal gyrus links the default-mode cortical network with the medial temporal lobe memory system, *Human Brain Hapinness* 35, 1601- 1703. DOI: 10.1002/hbm.22234

Wayne, W. y Morales, J. (2024). The Neuroscience of Consciousness. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*.

Wiese, W. (2020). The science of consciousness does not need another theory, it needs a minimal unifying model. *Neuroscience of Consciousness*, 6, 1-13. <https://doi.org/10.1093/nc/niaa013>

Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego*. Editorial Gedisa.

Yeates, G. y Salas, C. (2022). relational neuropsychanalysis en C. Salas, O. Turnbull y M. Solms, *Clinical Studies in neuropsychanalysis revisited*. The brain injuries series.

Zelano, C., Jian, H., Zhou, G., Arora, N. Schuele, S. Rosenow, J. Gottfried, J. (2016). Nasal Respiration Entrain Human Limbic Oscillations and Modulates Cognitive Function. *The Journal of Neuroscience*, 36, 12448 –12467 DOI: 10.1523/JNEUROSCI.2586-16.2016

Palacios, I. y Parada, F. (2021). The holobiont mind: A bridge between 4E cognition and the microbiome. *Adaptative behavior*, Vol 0, 0-10 DOI:10.1177/10597123211053071

Qi, J., Gao, J., Zhang, Y., Hou, W., Han, T. y Sun, C. (2022). The Association of Dietary Fiber Intake in Three Meals with All-Cause and Disease-Specific Mortality among Adults: The U.S. National Health and Nutrition Examination Survey, 2003–2014. *Nutrients*, 14, 0-17. DOI: 10.3390/nu14122521

Banaszak, M., Górna, I., Wozniak, D., Przyslawski. y Drzymala-Czyz, S. (2023). Association between Gut Dysbiosis and the Occurrence of SIBO, LIBO, SIFO and IMO. *Microorganism*, 11, 573. DOI: 10.3390/microorganisms11030573

¹ Pulsaciones diastólicas y sistólicas del corazón y que responden a diferentes ritmos cardiacos

² Según la teoría neurovisceral aquí también incide la corteza prefrontal (ver Thayer y Lane, 2020)

³ El corazón se comunica con el cerebro a través del tronco encefálico y el nervio vago (ver Haines y Mihailoff, 2019).

⁴ Teoría que recoge la importancia del nervio vago (dorsal-ventral) en los procesos de regulación emocional y afectiva. Así también, el impacto que tiene en el sistema nervioso autónomo. Revisar Aplicaciones clínicas de la teoría polivagal. El nacimiento de las terapias influenciadas por la teoría polivagal (Porges y Dana, 2019).

⁵ Por razones investigativas y argumentativas el presente artículo se acogió a las teorías que vinculan biológicamente el cerebro con la mente. Sin embargo, no se cierra a otras discusiones científicas o psicoanalíticas.

⁶ Es la concepción que los seres vivos (plantas y animales) tienen relaciones implícitas con diferentes tipos de microorganismos, e incluso, tejen redes cooperativas a nivel interorgánico (ver Margulis, 2002)

⁷ Con fines expositivos en el presente trabajo hizo referencia a la respiración y en otros momentos a los pulmones, sin embargo, ambos conceptos remitirán al sistema respiratorio y su vinculación con los fenómenos psíquicos.

⁸ Respiración que intenta disminuir el ritmo respiratorio y que la inhalación se realice exclusivamente por la nariz.

⁹ Disciplina yóguica que se encarga de estudiar la respiración.

¹⁰ Método respiratorio que intenta influir en el estado mental y físico de las personas.

¹¹ La variabilidad de la frecuencia cardiaca, la microbiota intestinal y el sistema respiratorio, se benefician de los hábitos saludables, como por ejemplo, la actividad física, la alimentación saludable, la higiene del sueño, la regulación del estrés, el distanciamiento de sustancias tóxicas y el contacto con la naturaleza. Adquirir estos hábitos tendría un impacto importante en la salud mental (ver Firth, 2021).

¹² Sistemas motivacionales y el modelo modular transformacional: sistema sexual, sistema del apego, sistema psicobiológico, sistema narcisista, entre otros. (ver Bleichmar, 1997).

¹³ Prueba médica seriada que determina la presencia de bacterias fermentadoras que posibilitan la presencia de malestares digestivos o generalizados.

¹⁴ Para mayor información sobre el sibo, lifo sifo e imo ver Banaszak (2023).

¹⁵ Según la evidencia científica el distanciamiento de sustancias tóxicas, el contacto con la naturaleza, las relaciones afectivas de calidad, la regulación del estrés, la higiene del sueño y la actividad física, son algunos denominadores comunes de una vida saludable (Firth, 2021).

¹⁶ Entrevista denominada originalmente breakfast interview y que utiliza los principios del microanálisis para indagar en la vida corriente del paciente. Ver The interpersonal world of the Infant: a view from psychoanalysis and developmental psychology (Stern, 1985).

¹⁷ La phronesis es la capacidad contextual de tomar decisiones que encajen con la situación específica en la que uno se encuentra (ver Sassenfeld, 2012).

¹⁸ Concepto utilizado para referirse al encuentro de dos subjetividades en el espacio analítico y la aparición de una intersubjetividad y terceridad analítica (ver Benjamin, 2020).

¹⁹ La consciencia genérica se concibe como una hipótesis científica que vincularía las propiedades neuronales como causales directas de la consciencia.

²⁰ Mutualidad asimétrica. Para mayores detalles ver León y Ortuzar (2020).

²¹ Adler y Groddeck tuvieron fuertes diferencias intelectuales con Freud por la incorporación del estilo de vida en el psicoanálisis u otras formas de contribuir a la cura como los baños de vapor o las plantas. Para más antecedentes ver Adler (1981) y Groddeck (1981).