

## Entre ventanas de tolerancia y estados del Self. Comentario a Carlos Pitillas<sup>12</sup>

Raimundo Guerra Cid

IAPSP, IARPP, IPR

Valencia, España.

### RESUMEN

El presente trabajo ofrece una reflexión clínica sobre la intervención psicoterapéutica en el trauma a partir del diálogo con propuestas contemporáneas del psicoanálisis relacional. Se examinan las tensiones inherentes entre la intención terapéutica y el riesgo de desregulación del paciente, destacando la importancia de ajustar la técnica a la singularidad de cada proceso clínico. El concepto de ventana de tolerancia es revisado como una herramienta útil, aunque atravesada por incertidumbres relativas a su aplicación y a los posibles efectos iatrogénicos derivados de intervenciones excesivamente activas. Se introduce, además, la relevancia de considerar la ventana de tolerancia del propio terapeuta, subrayando el impacto emocional del trabajo con el trauma y la implicación de la subjetividad del clínico en el proceso. Desde una perspectiva intersubjetiva, se enfatiza el papel de los enactments, la espontaneidad y la experiencia compartida como motores de cambio terapéutico, frente a una técnica rígida o excesivamente protocolizada. Asimismo, se aborda el trabajo con los estados del self y la disociación, proponiendo la función del terapeuta como facilitador de integración entre diferentes configuraciones internas. Finalmente, se destaca la importancia de la actitud del terapeuta como testigo implicado, capaz de poner su propia vulnerabilidad al servicio del proceso terapéutico.

**Palabras clave:** trauma; ventana de tolerancia; self; disociación; psicoanálisis relacional; enactment; técnica terapéutica; intersubjetividad

### ABSTRACT

This paper offers a clinical reflection on psychotherapeutic intervention in trauma through a dialogue with contemporary relational psychoanalytic approaches. It examines the inherent tensions between therapeutic intent and the risk of patient dysregulation, emphasizing the importance of tailoring technique to the singularity of each clinical process. The concept of the window of tolerance is revisited as a useful tool, while acknowledging the uncertainties surrounding its application and the potential iatrogenic effects of overly active interventions. The paper also highlights the relevance of considering the therapist's own window of tolerance, underscoring the emotional impact of trauma work and the role of the clinician's subjectivity within the therapeutic process. From an intersubjective perspective, enactments, spontaneity, and shared experience are emphasized as key

<sup>1</sup> Trabajo presentado en las VIII Jornadas del IPR. "Trauma personal y colectivo. Recuperar la dignidad a través de la psicoterapia relacional" Celebradas en el Colegio de Médicos de Madrid el 28 y 29 de noviembre de 2025

<sup>2</sup> Comentario al trabajo presentado por Carlos Pitillas "Hacia una nueva sensibilidad psicoanalítica para la intervención centrada en el trauma", también presente en este número de CeIR.

drivers of therapeutic change, in contrast to rigid or overly standardized techniques. Attention is also given to the role of dissociation and multiple self-states, with the therapist conceptualized as a facilitator of integration across internal configurations. Finally, the importance of the therapist's stance as an engaged witness is underscored, particularly their capacity to bring their own vulnerability into the therapeutic encounter.

**Key Words:** trauma; window of tolerance; self; dissociation; relational psychoanalysis; enactment; therapeutic technique; intersubjectivity

*English Title:* Between Windows of Tolerance and Self-States: Reflections on Relational Technique in the Treatment of Trauma

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Guerra Cid, R. (2026). Entre ventanas de tolerancia y estados del Self. Comentario a Carlos Pitillas. *Clínica e Investigación Relacional*, 20 (1): 76-100. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2026.200107

. Para cualquier clínico, novel o veterano, el trabajo presentado hoy por el Dr. Pitillas nos ofrece un amplio elenco de posibilidades para el tratamiento del trauma. A lo largo de su exposición hemos visto la complejidad de nuestro trabajo dado que transitamos entre el afán de ayudar al paciente y el riesgo de adelantarnos o ser demasiado activos en esta tarea y desregularlo.

En ocasiones, por complicaciones con el paciente, con su historia traumática o con nosotros mismos sentimos la necesidad de aplicar técnicas que Ferenczi (1919) probablemente catalogaría como "activas" y que pueden ser beneficiosas para el paciente. Sin embargo, si estas no se aplican de manera cuidadosa podrían generar un efecto iatrogénico. Interesado desde joven en los tratamientos focales y en las estrategias terapéuticas, fue una de las muchas conversaciones que mantuve con Joan Coderch, en una ocasión le pregunté que le parecía la forma de actuar de Habib Davanloo (1992) con los pacientes. Joan, siempre tan sincero, me dijo "Francamente no conozco a este autor, ¿cuál es su propuesta?". Le expliqué que hacía una terapia enfocada en los trastornos del carácter consistente en la provocación de la ira del paciente para movilizar defensas y afectos que se encontraban reprimidos o disociados. Tras meditar brevemente me planteó que al utilizar forzosamente una técnica porque lo dicta el manual, te aleja de lo que interesa de la terapia que es el campo intersubjetivo. Era más adecuado, por tanto, centrarse en la multitud de fenómenos que se dan en la relación terapéutica que forzar las situaciones.

Efectivamente muchos han sido los autores que desde el psicoanálisis contemporáneo han advertido sobre la necesidad de tener en cuenta la singularidad del paciente. Otro psicoanalista español, Luis Cencillo (1977), hacía mención de la importancia de

atender a la concreción de cada caso, sobre todo a la hora de entender la relación terapéutica, su actuación y las técnicas que se utilizan (o que no utilizan). Por su parte, Stephen Mitchell apuntaba, en una línea de sintonía con esto: «No hay una solución o técnica general, porque cada resolución, por su propia naturaleza, debe de ser diseñada a medida» (1997, p. 58).

Por supuesto, los autores intersubjetivistas desde sus inicios advirtieron de la problemática que veían en la técnica siendo muy críticos con la nefasta posibilidad de recrear en el tratamiento estructuras de adaptación patológica (D. Orange, G. Atwood y R. Stolorow, 1997)

La ventana de tolerancia (D. Siegel, 1999; P. Ogden, K. Minton, y C. Pain, 2006, V. Dent, 2021) puede ser un concepto esperanzador para mediar entre las bases epistemológicas de nuestros modelos de referencia y su aplicación práctica, filtrada siempre por el respeto y cuidado del paciente traumatizado. Esta ventana de tolerancia es un concepto que puede generar una acción terapéutica beneficiosa en el tratamiento del trauma, es una manera de no ser invasivo con la intimidad de un paciente profundamente dolido.

En la relación con un paciente traumatizado necesitamos que este no se halle ni hiper ni hipoactivado. En términos de Porges (2011) el paciente tendrá una neurocepción que hará que no se sienta amenazado. Aun así, nos encontramos con una incertidumbre constante. Siempre habrá un riesgo en descontextualizar la experiencia del paciente. Si trabajamos con esa ventana de tolerancia, en principio, tendremos visión de las áreas de hipo e hiperactivación. Buscamos esas zonas grises entre el blanco y el negro que nos permita trabajar más activamente. Sin embargo, el tratamiento del trauma es muy peculiar básicamente porque vivimos en la incertidumbre, en el miedo a las sorpresas, el temor a la filiación, etc. Hemos de tener en cuenta innumerables variables para ponderar las mejores posibilidades de entrar en la ventana de tolerancia del paciente. Por ejemplo, tenemos que tener en cuenta el género, máxime si se utilizan técnicas que impliquen el cuerpo. La vergüenza que el paciente pueda experimentar y que le puede bloquear. También la fortaleza de la alianza terapéutica, la cual es en sí misma una condición inicial fundamental del proceso y sobre todo de la relación terapéutica.

Sin embargo, tenemos que tomar en consideración que aun así nos seguiremos encontrando con la incertidumbre de si la ventana "buena" es algo elegido por el terapeuta, por diversas motivaciones, e impuesto al paciente quien si reactiva su adaptación o acomodación patológica (Brandchaft, 1994) puede ceder a ello, retraumatizándose. Como señala Ávila Espada:

“La verdadera acción terapéutica es la que moviliza el desarrollo (detenido o fracasado), no la que sofoca la percepción del sufrimiento y favorece una adaptación patológica disfrazada de normalidad” (2020, 41).

La acción del terapeuta, sobre todo si es técnica, ha de surgir de la reflexión meditada y responsiva. Este pensar sobre los casos y qué decisiones tomar acerca de ellos recuerda a algunas de las situaciones descritas por Stephen Mitchell. En uno de sus célebres casos, el de Sarah, Mitchell (1993) se encuentra ante una paciente profundamente traumatizada. En ese momento del proceso terapéutico lo que se dirimía era trabajar bajo la agenda de Mitchell o la de la paciente. ¿Por qué había esta preocupación con la capacidad de agencia de la paciente? Básicamente porque Sarah era una artista de Broadway dedicada al baile. Estaba bajo la sombra de su padre, un famoso coreógrafo que le había dirigido sus anteriores trabajos y a menudo había impuesto su subjetividad, agenda y normas sobre Sarah, dentro y fuera del trabajo. En ese momento de la terapia habían decidido conjuntamente tener una sesión por semana y otra opcional que la paciente podía reclamar. La situación era que Sarah tenía una importante audición, pero por primera vez ella misma había preparado su coreografía.

La cuestión se trasvasa al encuadre puesto que la semana que Sarah tiene esta audición tan importante y después de la sesión reglada se plantean de nuevo tener una sesión extra el día antes de la audición. Para ello, como siempre, la pareja terapéutica queda en que si

Sarah quiere disponer de esa sesión avisará a Mitchell con antelación. El autor reflexiona acerca de este movimiento y se pregunta si no se está comportando a fin de cuentas como el padre limitando la agenda de su paciente al tener que elegir entre esa segunda sesión o no. El autor parece buscar de hecho una ventana entre el padre maligno y benigno, de nuevo parece estar el problema en el encuadre, pero en realidad la dialéctica oscila entre la sumisión y el abandono.

Sarah no avisa el día de antes sobre si va a ir y solamente lo hace dos horas antes de la sesión. Pregunta si su espacio está libre y Mitchell le contesta que sí y que la espera. Para sorpresa del terapeuta, Sarah comienza a hablar de un hombre que estaba conociendo, su terapeuta no comprende la situación pues la sesión, en principio, era para hablar de su audición. El tiempo va pasando y Mitchell se siente enfadado, comenta “Mientras trataba de ayudarla para que no se agitara quien me agitaba era yo” (1993). A 10 minutos del final de la sesión, Mitchell interrumpe a la paciente y le confronta con el hecho de no estar hablando de su importante audición, no pudo evitarlo y con ello impuso su agenda. A la siguiente sesión, Sarah estaba enfadada por haber sentido una imposición de la agenda de su terapeuta. Lo importante de la viñeta que comparto es que, de nuevo, la espontaneidad de lo que “ocurrió” hizo que ambos atendieran a factores reales de cómo se sienten y viven en las relaciones. La

experiencia negativa en principio, queda contextualizada. El conflicto reeditado en la relación deja de ser un estado disociado para pasar a ser simbolizado, verbalizado y mentalizado. Se abren ventanas de tolerancia para hablar de temas que hasta entonces eran claramente conflictivos. Posteriormente el caso avanza hacia cotas superiores en el vínculo de ambos protagonistas.

A continuación planteo: ¿Qué hay de la ventana de tolerancia del terapeuta? Los psicoterapeutas narramos múltiples historias en las cuales somos nosotros los que estamos hipo o hiperactivados, transitando en las sesiones fuera de toda ventana. Normalmente es, o parece, un tema de encuadre, pero la realidad es que los profesionales nos solemos bloquear con algunos pacientes y sobre todo con determinados traumas, nos atrapamos en lo que nos ocurre juntos sesión tras sesión. Su sufrimiento nos impacta, sus modos de relacionarse nos inquietan, a veces nos vemos vulnerables, otras ineficaces, tememos la evaluación negativa de quien sufre: es un tema que se relaciona con la tabuizada salud del terapeuta, así como de sus propias resistencias.

No sólo en casos como en el citado de Mitchell se produce a través de lo espontáneo y lo no pensado un cambio en la relación y en el proceso. En las supervisiones, clases y reuniones con los colegas observamos muy frecuentemente que las cosas ocurren de manera más genuina e improvisada de lo que pensamos. Creo que ese es también un lugar en el cual podemos encontrar la ventana no sé si de tolerancia, pero desde luego sí de vínculo, acumular escenas que lleven a un momento de encuentro como apuntan los autores del Boston Group. Muchos somos conscientes de que lo que mueve el tratamiento, suelen ser cambios emocionales profundos en el paciente y en nosotros. A veces, como apunta P. Bromberg (2006), va más allá y son cambios simultáneos en el self del paciente y en el self del terapeuta, lo que constituyen los enactments continuos y bucles de retroalimentación que tienen que ver con lo personal del paciente y con lo personal del terapeuta (es decir, sus propias disociaciones). A menudo he escuchado a nuestros colegas norteamericanos decir que el psicoanálisis relacional es Jazz, hay una base, pero en cada sesión se improvisan nuevos ritmos y armonías. Con sus múltiples caminos, la principal baza que tenemos es sentir cómo estamos con el paciente y al ritmo de las sesiones esperar modificaciones mutuas en los modos de ver el mundo.

Por otra parte, estar con el paciente traumatizado, implica un constante trabajo con el self. La identidad en la clínica actual es de vital importancia. Por un lado, se ha convertido en un instrumento de marketing donde "ser alguien", "ser yo mismo", "ser conocido" se ha convertido en una "explosión del yo" (Guerra Cid, 2025), algo a tener muy en cuenta pues la estructura narcisista herida y sobre todo sus compensaciones suelen estar muy presente en el tratamiento del trauma. Por otra parte, es fundamental en el encuentro con el trauma,

sobre todo en el relacional, tomar en consideración las disociaciones y los resultantes estados del self que están presentes en la relación.

Esta última perspectiva nos aporta no solo conocimiento del paciente, del terapeuta y del proceso, sino que además podemos tener otro dato, saber el estatus de la ventana de tolerancia o si, de hecho, estábamos dentro y hemos salido. El trabajo activo con el Self y sus diferentes versiones (y con sus diferentes verdades sobre quienes somos) es una tarea altamente beneficiosa en el tratamiento del trauma. Los terapeutas establecemos puentes para que esos estados del self configurados como islas tengan conexión. Nuestro trabajo es ser pontífices (del latín *pontis facere*, el que hace puentes) y en ayudar a nuestros pacientes a ser pontífices entre sus propias islas.

Toda esta búsqueda de las mejores situaciones y de encontrar momentos de encuentro seguro serán influidas por el concepto de testigo útil que propone Carlos Pitillas. El ser testigo implica un elemento de la acción terapéutica fundamental: la actitud del terapeuta. L. Cencillo (1977) apunta la importancia que tiene el efecto testigo en la relación terapéutica. Ser el testigo, representante social de lo que le ocurre y siente el paciente hasta en sus manifestaciones fantásticas, oníricas o afectivas. Somos testigos participantes no meros observadores. Testigos implicados, lo que incluye que el paciente también pueda disponer de las emociones del terapeuta. ¿Es sólo espontaneidad? No tanto, en realidad es un afán continuo de tratar de ser genuinos y respetuosos con lo relacional que nos propone cada nueva relación terapéutica.

Hay una técnica clásica (interpretación, señalamiento, confrontación, etc.) y hay otra que, a menudo, no es pensada sino actuada. Continuamente observamos cómo elementos como el enactment, las autorrevelaciones del terapeuta y los episodios intensos dentro de las sesiones son los que producen el cambio en la organización de patrones relacionales y del self como se ha observado en mucha de la literatura científica escrita al respecto (por ejemplo, S. Mitchell, 1997, P. Bromberg, 2006, P. Watchel, 2007, D. Levy & B. Shalgi, 2022).

Por ejemplo, ante una paciente con fuertes disociaciones, violenta y que agrede verbalmente al terapeuta podemos estar tentados a interpretar lo que hace como una ruptura de encuadre, podemos hablarle del diagnóstico que nos parece que tiene, podemos inflexibilizarnos, o tratar de mostrarnos fríos e imperturbables. Sin embargo, si nos detenemos, la observamos y atendemos a su expresión vemos desesperación y sufrimiento. Y esto, probablemente, nos llevará a olvidarnos de nuestras defensas y miedos para comprender en un insight la verdadera naturaleza de su trauma y sobre todo lo que provoca en el otro. Esto puede llevar a que el miedo del terapeuta se transforme en sentimientos compasivos, comprendiendo mucho mejor el caso.

En otros casos, vemos a un paciente traumatizado que parece estar hierático ante su propio sufrimiento y ante las acciones abusivas que los demás le infringen,

retraumatizándole, a la par que le someten a sistemas de acomodación patológica de una manera perpetua. Aquí tenemos a un paciente en hipoactivación. La técnica llevaría a una interpretación concienzuda de su conducta, a una exposición pedagógica sobre poner límites, a reconstruir históricamente la etiología del fenómeno. Alguna de estas intervenciones podrían ayudar pero una de las aperturas fundamentales en estos casos sucede cuando por una vía más directamente relacional, el paciente toma contacto con lo que le sucede al sentirlo corporeizado en el terapeuta. Quiero decir con ello que, si el terapeuta muestra un enfado espontáneo sobre esto que le cuenta su paciente o le brotan lágrimas por la rabia sufrida, revelárselo a su paciente hace que, a menudo, este reaccione ante esas emociones que se han corporeizado en su terapeuta. De nuevo lo espontáneo, lo que marca lo más real de la relación se impone en el avance. Efectivamente, los micro-enactments continuos y los enactments en sí son el espacio intersubjetivo que más variables afectivas y emocionales mueven en terapeuta y paciente.

La propuesta final de Carlos sobre el enactment como inevitable, implica una fortaleza en el terapeuta que no es teórica ni técnica, sino que como él dice: "Esto exige poner la propia mente (y, particularmente, la propia vulnerabilidad)". Estoy de acuerdo a la vez que creo que, para ello, tenemos que tener una identidad suficientemente equilibrada para admitir dicha vulnerabilidad. En último término, en una línea cercana al pensamiento de Cencillo, creo que es la identidad con sus diferentes matrioskas el bisturí con el que operamos los terapeutas. Esta y su salud mental son elementos fundamentales para la mejora del paciente. La salud del terapeuta no es la perfección, no es lo que sabe teóricamente del caso, no es una actitud artificial que pretenda ser profesional. La salud del terapeuta es una apertura a la incertidumbre, es la reflexión íntima y reconocida sobre las propias carencias y miedos. Su salud es una disponibilidad emocional ante el paciente, es sentir su propia vulnerabilidad para mostrarla y entenderla como algo natural, es el reconocimiento de que el otro nos resuena.

## REFERENCIAS

- Ávila-Espada, A. (2020). La Psicoterapia y el cambio psíquico, entre las Evidencias basadas en la Práctica, y la Práctica basada en las Evidencias. Una reflexión relacional sobre la Psicoterapia en el Siglo XXI. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 29-52.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.401>
- Brandchaft, B. (1994). Structures of pathological accommodation and change in analysis. Presented at the Association for the Psychoanalytic Self Psychology. NYC
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical Journeys*. Routledge.
- Cencillo, L. (1977). *Transferencia y sistema de psicoterapia*. Marova.

- Davanloo, H. (1992). *Psicoterapia breve*. DOR
- Dent, V. (2021). Cuando el cuerpo lleva la cuenta: algunas implicaciones de la teoría y la práctica del trauma para el trabajo psicoanalítico. *Aperturas psicoanalíticas*. (67) (2021), e6, 1-19
- Ferenczi, S. (1919). *Dificultades técnicas de un análisis de histeria*. O.C. III. Espasa-Calpe. Madrid, 1981.
- Guerra Cid (2025). *El perro del terapeuta. Relatos sobre nuestra identidad, la angustia y la superación*. Octaedro.
- Levy, D. & Shalgi, B (2022) Imagination and Fantasy: The Dialectic Nature of the Encounter with Trauma and Dissociation, *Psychoanalytic Dialogues*, 32:1, 54-69, DOI: 10.1080/10481885.2021.2011731
- Mitchell, S.A. (1993). Hope and dread in psychoanalysis. Basic books.
- Mitchell, S.A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. The analytic press.
- Orange, D. M. Atwood, G.E. Stolorow, R.D. (1997). *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Ágora (trad. 2012).
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Norton.
- Siegel, D. J. (1999). *La mente en desarrollo: Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. Desclée de Brouwer (trad. 2007).
- Watchel, P. (2007). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. The Guilford press.

Original recibido con fecha: 30/03/2026      Revisado: 30/03/2026      Aceptado: 30/04/2026

#### NOTAS: