



Un caso de angustia relacional.

Una intervención focal en un caso de somatización derivado por la Atención Primaria

Pere Llovet Planas¹

*Unitat de Salut Mental de Collblanch
Institut Català de la Salut / Diputació de Barcelona*

El artículo presenta un caso de crisis de angustia atendido en un Servicio Público derivado por los Servicios de Atención Primaria y se expone el curso clínico de este trastorno, su diagnóstico diferencial y la intervención psicoterapéutica focalizada que se realizó.

Esta intervención permite conocer el psicodinamismo de este trastorno, con especial referencia a los procesos de mentalización. Finalmente mostramos la mayor comprensión que aporta la perspectiva de la Psicoterapia Relacional y especialmente los estudios sobre los efectos psicopatogénico de los sentimientos de vergüenza.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud, Crisis de Angustia, Mentalización, Focalización, Psicoterapia Relacional, Vergüenza.

This article presents a case of anguish crisis 29 year old patient attended in a Public Service referred by the Primary Health Services. We described the clinical course of this disorder, the differential diagnosis and the focused psychotherapeutic intervention performed.

This intervention allows us to know the psychodynamics of this disorder, with special reference to the mentalization processes. Finally we show the greater understanding provided from the perspective of Relational Psychotherapy and specially the studies on the psychopathogenic effects of the feelings of Shame.

Key Words: Primary Health Services Anguish Crisis, Mentalization, Focusing, Relational Psychotherapy, Shame.

English Title: A case of relational anguish. A focused psychotherapeutic intervention in a case of somatization sent by the Primary Health Services

Cita bibliográfica / Reference citation:

Llovet, P. (2010). Un caso de angustia relacional. Una intervención focal en un caso de somatización derivado por la Atención Primaria. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (2): 410-418.

<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen42Junio2010/tabid/728/Default.aspx> [ISSN 1988-2939]

1. Presentación

Los estados de angustia son el motivo más frecuente tanto de consulta en los servicios de Atención Primaria como de derivación a las unidades de Salud Mental. Por este motivo presentamos la evolución seguida por un caso a lo largo de 9 años desde la primera consulta en la Atención Primaria hasta la intervención psicoterapéutica realizada en un Servicio de Salud Mental.

Esta intervención permite conocer los psicodinamismos subyacentes en este trastorno y explicar varios aspectos.

En primer lugar observamos con mayor detalle los déficits de mentalización (Fonagy, 2004) en los que se fundamenta el diagnóstico diferencial (Yllá, 2008) a partir de la angustia como motivo de consulta o síntoma.

En segundo lugar obtenemos una explicación del curso errático que a menudo siguen estos trastornos, causando desconcierto no solo en el paciente sino también múltiples exploraciones complementarias de resultado negativo hasta la derivación a los servicios de Salud Mental. Como veremos, este tipo de curso clínico se inicia por la dificultad del propio paciente para identificar las emociones causantes de la angustia y halla continuidad por la tendencia recurrente de los mecanismos psicofisiológicos (Yllá, 2008 y Coderch, 2009) y de los efectos psicológicos traumatizantes de la crisis. Como veremos, el intenso sufrimiento físico que comporta la crisis, genera temor a la repetición que se convierte en sí misma en motivo de angustia. Ambos mecanismos, psicofisiológico y psicológico cobran autonomía y contribuyen a dificultar la identificación de los desencadenantes de los accesos de angustia que pueden evolucionar hacia la forma de crisis.

Finalmente, veremos la esclarecedora aportación que representa la perspectiva Relacional y en particular los estudios de Morrison (2002) y Velasco (2005) sobre los efectos patogénicos de los sentimientos de vergüenza. Como veremos, el paciente expresó en su primera consulta estos sentimientos. Sin embargo, por causas recientemente referidas, el caso sufrió una “medicalización”, la angustia cobró autonomía pasando a ser percibida a la vez como causa y efecto y se perdió el rastro de su origen emocional y relacional.

La intervención psicoterapéutica focalizada en la mentalización de los sentimientos previos a los accesos de angustia permitió una cierta conciencia de las situaciones en las que se originaba, que eran siempre interpersonales y por lo tanto necesariamente relacionales, y cierto mejor manejo de las mismas.

2. El caso clínico

J nos fue derivado por su médico de cabecera por accesos intermitentes de angustia, el último de los cuales había motivado una visita a servicios de urgencias.

Seguía tratamiento farmacológico ansiolítico y en la primera visita explicó que durante estos accesos se encontraba muy mal, con sensación de ahogo e incluso de morir, motivo por el cual había debido acudir urgentemente al hospital. Contó que también sufría dolores de cabeza, insomnio y dificultades de concentración que creía que estaban causadas por la misma ansiedad y que le habían realizado varias pruebas y análisis en las que se habían

descartado causas orgánicas y finalmente se le había derivado a Psicología.

Siguiendo su relato, sufría este trastorno desde hacía un año y al preguntarle por sucesos relevantes, entre otras cosas, contó que había sufrido una ruptura sentimental. Ya que no parecía establecer una relación directa con la angustia, le interrogamos y explicó que la ansiedad era un problema preexistente y que esta ruptura no le había afectado demasiado, a diferencia de otra sufrida cuatro años antes, tras la cual había padecido insomnio y pérdida total de apetito y había requerido tratamiento ansiolítico y una baja laboral prolongada.

Según J, la ansiedad era un problema recurrente que sufría y que años atrás ya había consultado en nuestro servicio por las secuelas de un incidente durante un viaje de final de curso. Explicó que, a raíz de un consumo de hachís, había sufrido una lipotimia que le dejó en un estado de malestar físico y mental y había sido objeto de burla durante el resto del viaje. Quedó afectado incluso después del viaje aislándose de sus compañeros y relaciones en general ya que, desde pequeño, sufría baja autoestima debido a las burlas por un estrabismo por el cual debió llevar un ojo tapado.

J explicó que en nuestro servicio había realizado un tratamiento psicoterapéutico grupal gracias al cual superó la crisis y el aislamiento social si bien mejoró solo parcialmente su problema de autoestima.

3. Los dos primeros episodios

Consultado el historial hallamos que la primera consulta tuvo lugar diez años antes, cuando el paciente tenía 19 años, con los desencadenantes y el tratamiento referidos.

Se diagnosticó que tenía un tipo de personalidad emocionalmente dependiente y fue incluido en un grupo psicoterapéutico para adolescentes que se prolongó durante 6 meses. J superó la crisis por la que había consultado, aumentó su sociabilidad y se interpretó que la causa de la angustia había sido el consumo de estupefacientes y el auto-castigo que el paciente se inflingía por “haberse portado mal”.

Casi cuatro años más tarde, volvió a consultar a su médico de cabecera por un estado de fatiga y malestar generalizado. Se le hizo una analítica, se le recetó Diazepam y el episodio se resolvió sin requerir más atención ni re-derivación a la Unidad de Salud Mental por lo cual no disponemos de más datos sobre este episodio.

4. Tercer episodio

Cuatro años más tarde, ya con 27 años, consultó al médico de cabecera como nos había contado en nuestra primera visita y su historial refleja que el motivo de consulta eran nuevos estados de angustia que J relacionaba esta vez inicialmente con su entorno laboral pero poco más tarde, en este mismo nivel asistencial, relacionó con una ruptura sentimental. Esta era la ruptura penosa de la que nos habla en nuestra primera visita a raíz de la cual sufrió insomnio pertinaz, pérdida de apetito y una baja laboral prolongada. J explicó que el hermano de esta muchacha era compañero suyo de trabajo, razón por la cual sentía angustia en relación al entorno laboral.

Este episodio se trató con somníferos, se obtuvo una rápida mejoría del trastorno de angustia y del estado de ánimo y fue la recaída tres meses después, con la crisis de angustia y la visita de urgencias, la que motivó la derivación.

4.1. *Visitas psicodiagnósticas*

Como hemos dicho, en nuestra primera visita J relacionó sus estados de angustia con su baja autoestima y nos explicó con mucho convencimiento que era causada por el intenso sufrimiento por las mofas que sufrió siendo niño por llevar un ojo tapado para corregir su estrabismo.

Referente a sus accesos de angustia, nos explicó que trataba de controlarla, precisando que intentaba no pensar en ella, cosa que a veces conseguía y otras no. Le preguntamos sobre su hipótesis etiológica y se remitió nuevamente a su baja autoestima y a los resultados negativos de las distintas pruebas médicas.

Sobre su familia, explicó que era hijo único y que su madre estaba desde siempre en tratamiento farmacológico psiquiátrico. Al intentar tener una mayor precisión sobre esta enfermedad de la madre, nos sorprendió que dijera no saber más, solamente que vivía atormentada por las críticas que decía recibir de sus cuñadas, dejándonos la impresión de “intocabilidad” de la Imago materna y un diagnóstico aproximado de personalidad paranoide y ansiedades persecutorias.

Finalmente, no aportó una imagen definida del padre apareciendo éste por lo general como alguien ausente o distante.

Sobre la ruptura sentimental causante del episodio de angustia anterior a la derivación a nuestro Servicio, explicó que le continuaba causando sufrimiento en parte por el hecho de tener por compañero laboral al hermano y continuaba pues teniéndola presente y en parte por el modo en que se produjo la ruptura: fue ella quien tomó la decisión unilateralmente y se la comunicó telefónicamente sin dar ninguna opción dejándolo “angustiado y hundido”. Continuando su relato sobre esta relación, ella era algo mayor que él, separada y con una hija que obstaculizaba la relación. Significativamente, explicó que tenía “complicidad” con esta niña, lo cual fue en cierto modo un lapsus ya que en realidad, conscientemente, quería significar “rivalidad”. Otro aspecto que destacó de esta relación fue que, en consonancia con la mayor edad y experiencia vital, ella dominaba la relación, cosa que, por lo general, le resultaba conveniente pero en ocasiones le “ahogaba”.

Desde esta ruptura no había vuelto a tener una relación emocionalmente significativa, lo que incluía la relación recientemente rota que espontáneamente no relacionaba con la crisis de angustia sufrida.

De estas visitas y de la revisión del historial concluimos que J recurría a una represión masiva de los sentimientos generados en las relaciones, especialmente en la ruptura, con un funcionamiento evitativo y un desplazamiento y racionalización de las representaciones mentales hacia otras áreas. No obstante, la falta de elaboración emocional, o déficit de mentalización, le conducía finalmente al desbordamiento en forma de angustia somática.

Acordamos realizar entrevistas con una periodicidad mensual en las que pudiéramos analizar este funcionamiento respecto a la ansiedad y su mundo emocional.

4.2. Seguimiento psicoterapéutico

De las visitas realizadas durante los ocho meses siguientes destacaremos varios elementos:

- J sitúa inequívocamente su baja autoestima en el centro de sus problemas y atribuye ésta a las burlas y marginación de que fue objeto siendo niño por el estrabismo y el ojo tapado.
- Los conflictos con la madre por el control que ésta intenta ejercer sobre él y su reivindicación de independencia. J cree que su carácter inseguro es debido a un exceso de protección e incluso de consentimiento, ya que con pataletas obtenía lo que quería.
- Con respecto a su modo de relacionarse y, especialmente, de implicarse emocionalmente, señala su necesidad de ser valorado, sus dificultad en tomar la iniciativa y su tendencia a esperar que la tome el otro, por lo cual se relaciona frecuentemente con personalidades dominantes con las que finalmente se siente anulado.

También expresa su malestar frente a la soledad, que relaciona con su falta de autonomía y seguridad interna. Cree que oscila entre la intolerancia a la soledad y la intolerancia también al exceso de proximidad, al que reacciona retrayéndose y aislándose.

- Durante este periodo psicoterapéutico se produjo un nuevo ataque de angustia por el que acudió a urgencias. Significativamente, J no aportó ninguna hipótesis explicativa salvo que, por el hecho de haberse producido al anochecer del domingo, debía estar relacionada con la vuelta al trabajo. Investigando más en detalle contó que el viernes había tenido una relación sexual con una mujer que, como él, acude ocasionalmente a un bar con sus amigos. Al despedirse él le pidió su número de teléfono para tener citas posteriores pero ella se negó y se limitó a decirle que quizá volvieran a coincidir en este establecimiento. Pese a ello, él le dio su teléfono con la esperanza de recibir su llamada, esperanza que vio defraudada durante el resto del fin de semana. Según su relato, el domingo por la tarde se fue angustiando pensando en la reincorporación laboral. Se sintió mal toda la mañana del lunes y peor durante la pausa de la comida en la que estuvo acompañado por sus compañeros. De vuelta al trabajo por la tarde, se sentía ya muy mal y acudió a urgencias.

En este episodio llama la atención la radical represión del foco ansiógeno, es decir, las emociones en torno a la relación que había tenido y, especialmente, los sentimientos de abandono asociados a la vana espera de una llamada telefónica y como, recurrentemente y de modo extremadamente racionalizado, desplazó esta angustia sobre el área laboral si bien también podemos hipotetizar que revivió el “trauma” de la ruptura sentimental anterior si bien sin establecer una relación consciente entre ambos sucesos.

Tras esta serie de visitas, J pareció comprender mejor el origen y desarrollo de sus accesos de angustia y que un mejor afrontamiento de las ansiedades generadas en las relaciones requería un trabajo psicoterapéutico regular y de frecuencia mayor.

Ya que difícilmente podíamos prestarle esta atención intensiva en nuestro servicio y J explicó que alguien de su entorno le podía orientar en la búsqueda de un psicoterapeuta y disponía de recursos objetivos, tras alguna otra visita antes de las vacaciones de verano en la que reafirmó esta voluntad y convencimiento, nos despedimos.

5. Cuarto episodio

A finales de octubre recibimos una nueva visita de J, nuevamente derivado por su médico ya que había sufrido nuevos accesos de angustia.

Retomando el hilo de las sesiones psicoterapéuticas y su conclusión, explicó que su padre había descalificado la opción de que iniciara un tratamiento psicoterapéutico (“todo eso son tonterías”) y por lo tanto había pensado limitarse a recibir tratamiento farmacológico, cosa que expresó de una forma (“echarse a los psiquiatras”) y en un tono que denotaba claramente menoscabo de sí mismo y de su mundo emocional, como si no mereciera mayor atención o recursos.

A pesar de que no lo pedía, le ofrecimos reemprender las sesiones psicoterapéuticas, si bien con la misma frecuencia que anteriormente, cosa que aceptó. Los elementos más relevantes de este nuevo periodo son:

- Algunos sueños en los que se reproducían sucesos traumáticos. Así, soñó el viaje de final de curso, sueño que se acompañaba de un sentimiento de intensa necesidad de volver a casa, a un ambiente protegido. También soñó con la escena de la ruptura sentimental tal como ésta se había producido en la realidad, con el añadido de una escena posterior en la que la mujer se hallaba con otro hombre, escena que correspondía a su explicación sobre las causas de la ruptura. El trabajo asociativo al cual le invitamos dio escasa producción, remitiéndose el paciente a los hechos, con dificultad de profundizar en los afectos asociados.
- Explicó nuevos estados de angustia y tendencia al aislamiento atribuyéndolos a factores externos de orden laboral (cambios de turno, y otros) que afrontaba mediante el control emocional o bien colocándose expresamente en situaciones que le generaban angustia a fin de fortalecerse o insensibilizarse frente a ella.
- Las observaciones terapéuticas relacionando emocionalmente los estados de angustia eran aparentemente aceptadas e incluso corroboradas de su parte pero no parecía incorporarlas suficiente y autónomamente ya que en sesiones posteriores volvíamos a observar la recurrencia del mismo tipo de recursos defensivos evitativos.
- En una de estas sesiones, entremezclado con el relato de los estados de angustia mencionó de paso que había conocido a una chica. Al hacerle detenerse sobre este punto explicó que, a diferencia de otras que había conocido, ésta parecía desear una relación continuada, cosa que le permitía sentirse más seguro. No obstante, como decimos, no relacionaba inicialmente o *de motu proprio* este inicio de relación sentimental con los estados de angustia que relataba.
- En las sesiones siguientes continuó refiriéndose a esta relación y a la “regulación de la distancia emocional” en ella. Finalmente, J falló sin excusarse a la última sesión antes de vacaciones y hasta ahora no ha vuelto a solicitar visitas.

6. Elaboración

- Consideremos en primer lugar que este caso corresponde al tipo de angustia fóbica evitativa frecuentemente descrita en la literatura psicodinámica desde Freud (ver una explicación concisa en Yllá, 2008). Como hemos visto, la angustia se desencadena por

vicisitudes de las relaciones sentimentales y en especial por intensos sentimientos de abandono y soledad. J afronta la angustia con intención de “control”, expresión que, para él, tenía el significado de evitarlos, expulsarlos de la conciencia y en definitiva no mentalizarlos (ver Fonagy, 2004).

Completando este mecanismo de desconexión, J desplaza la emoción hacia otras áreas y elabora una explicación racionalizada *a posteriori* de la angustia, que permanece asociándola a otras causas.

- La primera crisis de angustia tuvo un valor traumático con un doble efecto psicodinámico y fisiológico. El primer efecto es que el paciente sufre “angustia frente a la angustia” por el temor a sufrir una nueva crisis y el segundo es la tendencia a la recurrencia de los procesos fisiológicos que conducen a la crisis (Yllá, 2008) y la llamada “ley de Hebb” (Coderch, 2009)². Como es evidente, ambos efectos del trauma se retroalimentan y tienden a la repetición.

- Este efecto traumático viene determinado no solo por la estructura psíquica fóbica y con defecto de mentalización sino también, tal como relaciona J, por las vivencias previas de vergüenza frente a la mofa que tuvieron el efecto de un fuerte sentimiento de inseguridad en su *self* o conciencia de sí mismo (Morrison, 2005). J explica su reacción de repliegue frente a esta herida en el amor propio (ver un desarrollo de esta relación causal en Velasco, 2002).

- La carencia mentalizadora se evidencia también en el contenido de los sueños, que replican la realidad con escasa elaboración o modificación, y en la pobreza asociativa en torno a los contenidos de los mismos. Como indica Velasco (2002) esta pobreza en la asociación onírica guarda una estrecha relación con los sentimientos de vergüenza.

- Por otra parte esta carencia mentalizadora se aplica a los sentimientos agresivos. Probablemente tanto en los continuados episodios de mofa como en la ruptura sentimental más significativa (súbita, por teléfono y sin opción a respuesta) que le dejó especialmente resentido, la rabia correspondiente es dirigida contra sí mismo, teniendo un papel fundamental en las subsecuentes crisis de angustia (Yllá, 2008).

- En las referencias a su padre y su madre J nos ofrece indicios sobre su desarrollo mental y sobre sus objetos internos. Destaca la dificultad de J para explicarse o investigar lo que le ocurre a su madre y las ansiedades persecutorias de ésta, lo que indica que tal tipo de ansiedades han sido escasamente elaboradas probablemente ya en su desarrollo mental temprano. Muy probablemente han sido vividas de manera muy catastrófica y J las ha mantenido alejadas (“controladas”, según su expresión), temeroso de que le invadan, fenómeno que podemos equiparar al ataque de angustia mismo.

Debemos situar en la misma tesitura las discusiones que refiere con ella a causa de su intrusismo, y sus recriminaciones hacia ella por haberlo consentido con el resultado de soportar mal la soledad, tener un carácter inseguro, excesivamente dependiente y, en definitiva, una “baja autoestima” según su expresión. Como señala Yllá (2008) tanto esta tipología de función materna invasora como su contrario (la madre distante, con escaso contacto con las necesidades emocionales), alteran el desarrollo de la autoestima y determinan una búsqueda posterior de relaciones similares o contrarias pero en todo caso con poca adecuación a las necesidades emocionales, tal como refiere J.

Por otra parte, las referencias al padre indican un objeto interno paterno descalificador de las necesidades emocionales, exigente y crítico con respecto a las mismas (“esto son tonterías”). Como señala Velasco (2005), esta descalificación de la experiencia emocional produce sentimiento de vergüenza y éste una inhibición de la iniciativa y una falta

generalizada de autoestima, una relación de causalidad que J expresó en nuestras primeras visitas.

En conjunto cabe suponer un funcionamiento del sistema familiar condicionado por las ansiedades persecutorias de la madre que se traducen en actitudes invasivas, y las actitudes evitativas y de defensa masiva del padre que se traducen en descalificaciones de las necesidades emocionales.

El resultado es que los “objetos conductores” del desarrollo (según terminología de König, citado por Yllá, 2008) no facilitan el desarrollo y maduración. En el caso de J, estos objetos conductores del desarrollo que son los padres, no inducían a una mentalización de estas ansiedades sino, bien al contrario, a mantenerlas fuera de la conciencia. De manera más general, el modelo de “lectura de la mente” o “*Mindreading*” (Coderch, 2009) operante en este núcleo familiar no parece haber facilitado la elaboración de estas ansiedades. Así, los sentimientos de vergüenza emergentes en momentos clave del desarrollo del *self* no fueron validados por su contexto relacional produciendo el repliegue y la falta de integración (Velasco, 2002) que genéricamente J describe como “baja autoestima”.

- Finalmente podemos estimar que el proceso psicoterapéutico aportó cierta mejora en la mentalización de estas emociones y mayor habilidad en el manejo de la distancia en las relaciones sentimentales ya que la relación iniciada por J en el último periodo parecía mantenerse y responder mejor a sus necesidades.

No obstante, el simple “abandono” del proceso psicoterapéutico por parte de J permite suponer que subestimó nuevamente el verdadero alcance de sus necesidades y dificultades, razón por la cual es muy probable que en el futuro requiera de nuevo atención psicoterapéutica.

7. Conclusión

La intervención psicoterapéutica centrada en la mentalización emocional nos ha permitido apreciar los procesos psicológicos subyacentes a uno de los motivos de consulta más frecuente en el sistema sanitario y obtener conclusiones de dos órdenes.

En primer lugar, la “medicalización” que fácilmente se produce en esta patología y que termina abocando a un curso clínico errático. Como hemos señalado, este desarrollo viene en gran parte favorecido por la propia psicopatología subyacente que es altamente evitativa y defensiva, no obstante lo cual sería deseable un mejor conocimiento de estos procesos por parte del sistema sanitario. Si bien los procesos psicofisiológicos y psicológicos tienden a la recurrencia y a la cronificación, hemos visto que, antes de que esta se produjera, en su primera consulta a los 19 años, J explicaba claramente sus sentimientos de vergüenza y probablemente, en una intervención psicoterapéutica suficiente, hubiera referido también el intenso sufrimiento que le venían causando desde la infancia como nos relató diez años después cuando la recurrencia estaba fuertemente anclada.

En segundo lugar, hemos visto que en este paciente, por lo demás suficientemente inteligente, la dificultad de mentalización se halla muy circunscrita al área interpersonal sentimental y más específicamente a los sentimientos de vergüenza. No son pues sentimientos que deban ser banalizados ya su profunda afectación sobre el sentimiento de sí mismo (*self*) y las relaciones interpersonales tiene efectos multiplicadores y por lo tanto un alto potencial psicopatológico.

REFERENCIAS

- Coderch, J. (2009). Neurociencia y Modelo Relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, **3** (1) pp 39-53
- Fonagy, P. et alr. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Londres: Karnac. Ver una reseña en: Bermejo, P. 2008: La regulación afectiva, la mentalización y el desarrollo del self. *Aperturas Psicoanalíticas*, 30.
- Morrison, A.P. 2005: Sobre la vergüenza. [Aperturas Psicoanalíticas nº20](#)
- Velasco, R. 2002: El sentimiento de sí: estudio de la subjetividad. *Intercambios/Intercanvis*, **8**, pp37-47
- Yllá Segura, L. 2008: Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. *Avances en Salud Mental Relacional*, **7** (3)

Original recibido con fecha: 27/01/2010 Revisado: 04/04/2010 Aceptado para publicación: 30/5/2010

NOTAS

¹ Pere Llovet Planas es Psicólogo Clínico y Psicoterapeuta Psicoanalítico (ACPP / FEAP) en la Unitat de Salut Mental de Collblanch. Institut Català de la Salut / Diputació de Barcelona. Miembro de la Junta Directiva de la *Associació Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica*. Vocal Científico. Delegado de la Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica en la Sección de Pareja y Familia de la *European Federation of Psychoanalytical Psychotherapy*. Dirección de contacto: perellobet@telefonica.net

² Según la ley de Hebb "Las neuronas que se excitan juntas se conectan entre sí". Por otra parte, Yllá (2008) expone que esta recurrencia se da tanto en el nivel cortical como en los niveles del Hipocampo y la Amígdala, esto es, en las estructuras cerebrales con conexiones con los sistemas neurovegetativos.