

¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?



4^a
Edición

Luis A. Oblitas Guadalupe Ph.D.
Autor y compilador

**Los 22 enfoques más importantes
en la práctica psicoterapéutica
contemporánea y de vanguardia**

Manual práctico para terapeutas de salud

¿CÓMO HACER PSICOTERAPIA EXITOSA?

Los 22 enfoques más importantes en la práctica
psicoterapéutica
contemporánea y de vanguardia

ISBN: 958-33-5829-0

Fecha de publicación: febrero 10 de 2004



LibrosdePsicologia.com es una Tienda en Línea al servicio de la comunidad psicológica iberoamericana, en donde se ofrecen publicaciones de alta calidad en formato digital.

PSICOM Editores se ocupa de la divulgación científico-académica de textos de interés profesional en todas las áreas de la Psicología. Somos un equipo de profesionales con experiencia en el sector editorial.

Nuestra misión es facilitar a todos los autores en temas de psicología, la edición profesional de sus obras y ofrecer a los lectores acceso rápido a todo tipo de libros: tesis, estudios, biografías, manuales, monografías, ensayos, memorias de congresos, entre otros.

PSICOM Editores pone a disposición de todos los autores en temas de Psicología, su avanzada tecnología para el diseño y la edición, asistido por computadora, brindando soluciones a la medida para satisfacer las demandas de nuestros clientes.

Disponemos de un seleccionado equipo de creativos y diseñadores que le brindan una atención personalizada en la edición de los textos.

Para conocer más detalles sobre nuestro servicio editorial, envíenos un correo a edicion@PsicomEditores.com y con gusto lo orientaremos para que pueda publicar su obra.

©PSICOM Editores - Bogotá D.C. Colombia
Cubierta: Taller Creativo PsicologiaCientifica.com
Impresión Digital: PsicologiaCientifica.com
E-Mail: edicion@psicomeditores.com

CONTENIDO

[Autor](#)

[Prólogo](#)

Primera parte

[1. El proceso terapéutico](#)

María José Fuentes Pallas y María del Carmen Lorenzo Pontevedra
Universidad de Santiago de Compostela, España

[2. Estilo personal del terapeuta](#)

Héctor Fernández Álvarez
AIGLE, Centro de Estudios Humanos, Argentina

[3. Metodología de la investigación en psicoterapia](#)

Elisardo Becoña Iglesias. Fernando L. Vázquez González
Universidad de Santiago de Compostela, España

[Luis A. Oblitas Guadalupe](#)

Universidad Iberoamericana, México

Segunda parte: Enfoques clásicos

[4. Psicoanálisis](#)

Jorge Sánchez Escárcega
Asociación Mexicana de Psicoterapia Mexicana

[5. Terapia cognitivo-conductual](#)

Elisardo Becoña Iglesias
U. de Santiago de Compostela, España

[Luis Armando Oblitas Guadalupe](#)

Universidad Iberoamericana, México

[6. Terapia de conducta](#)

Francisco J. Labrador y Cristina Larroy
Universidad Complutense de Madrid

[7. Más allá de la psicoterapia tradicional. El enfoque centrado en la persona](#)

Juan Lafarga Corona
Universidad Iberoamericana, México

Tercera parte: Enfoques contemporáneos

8. Terapia Racional Emotiva

Arturo Heman Contreras
Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo - Conductual

9. Logoterapia

Ernesto Rage Atala
Universidad Iberoamericana

10. Psicoterapia Breve Sistémica

María Cristina Riveros Reyna
Instituto Mexicano de Psicoterapia Breve

11. La Psicoterapia Gestalt

Héctor Salama Penhos
Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt

Cuarta parte: Enfoques de vanguardia

12. Terapia Psicocorporal y la Clínica Postreichiana

Xavier Serrano Hortelano
Escuela Española de Terapia Reichiana, España

13. Psicoterapia transpersonal

Ana María González Garza
Universidad Iberoamericana

14. Psicoterapia integracionista

Alfonso Martínez Taboas
Centro Caribeño de Estudios Posgraduados, Puerto Rico

15. Análisis Transaccional

Manuel Francisco Massó Cantarero
Gabinete de Psicología y Análisis Transaccional

Quinta parte: Tópicos especiales

16. Psicoterapia de grupo

Roberto Llanos Zuloaga
Universidad Femenina, Peru

17. Terapias de familia

Alfonso Martínez Taboas
Centro Caribeño de Estudios Postgraduados, Puerto Rico

18. Terapéutica de las Adicciones

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela, España

[Luis Armando Oblitas Guadalupe](#)
Universidad Latinoamericana, México

19. La Espiritualidad como Técnica Psicoterapéutica

Ana C. Rivas Veray; José R. Rodríguez y Orlando Pedrosa
Universidad Carlos Albizu, Puerto Rico
Centro Caribeño de Estudios Posgraduados, Puerto Rico

20. Intervención Psicológica en Ansiedad y Estrés

José Gutiérrez Maldonado
Universidad de Barcelona

Sexta Parte: Nuevas Psicoterapias

21. Terapia de Posibilidades

Mónica Teresa González Ramírez
Victoria Alfonso

22. Las Constelaciones Familiares

Nancy Bejarano Sarmiento
Juliana Echeverry González
Olga Susana Otero

¿Cómo hacer psicoterapia exitosa?

Los 22 enfoques más importantes en la práctica psicoterapéutica contemporánea y de vanguardia

Luis A. Oblitas Guadalupe Ph.D.
Autor y Compilador



Luis A. Oblitas Guadalupe, Ph.D.

Realizó estudios de licenciatura (1976), maestría (1981) y doctorado (1988) en psicología, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Perú), Universidad de Santo Tomás de Aquino (Colombia), y Universidad Nacional Autónoma de México, respectivamente.

30 años de experiencia universitaria en forma ininterrumpida en universidades de Perú, Colombia, México, El Salvador y España, realizando actividad docente en el área de Investigación Psicológica (Metodología de la Ciencia,

Metodología de la Investigación, Diseños de Investigación, Seminarios de Tesis y Seminarios de Titulación, a nivel de pregrado y posgrado.

Ha ocupado diferentes cargos en universidades de México y en el extranjero (coordinador de licenciatura en psicología, jefe del departamento de psicología, director de investigación, director de extensión universitaria y director de promoción y difusión universitaria).

15 años de editor y fundador de cinco revistas de psicología con proyección nacional e internacional, en universidades mexicanas (Universidad Intercontinental y Universidad Iberoamericana) y casas editoriales reconocidas (Manual Moderno y Thomson Learning Iberoamérica). Editor de 14 números monográficos en diferentes temas de la psicología contemporánea (Tabaquismo, psicología instruccional, género y pareja, adicciones, trastornos de la alimentación, psicología de la salud, etc.), y de cuatro libros (Psicología política, Psicología de la salud, Técnicas psicoterapéuticas y Psicología de la salud y calidad de vida).

10 años de haber dirigido diplomados universitarios en las áreas de las Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud; y haber organizado congresos y simposios nacionales e internacionales en psicología, así como haber participado como coordinador de simposios y realizar conferencias sobre temas de psicología y salud en los congresos de psicología de Costa Rica, Puerto Rico, Chile, Brasil, Perú, Colombia y Cuba y México.

Amplia experiencia en la promoción y difusión universitaria, campaña de medios, estrategias de comunicación y telemarketing, convenios interinstitucionales con universidades de México y del extranjero y alianzas estratégicas con diferentes dependencias académicas.

Visitas académicas a la República Popular China con apoyo del CONACYT y del Consejo Provincial de Ciencia y Tecnología de Beijing, y a universidades españolas (Universidad Santiago de Compostela y Universidad de Salamanca), con el auspicio de la Agencia Española de Cooperación Internacional.

Becas académicas para realizar estudios de posgrado en psicología ofrecidos por la Universidad Santo Tomás (Maestría, Colombia) y estudios de doctorado (Secretaría de Relaciones Exteriores. México).

Actividad profesional actual

- Profesor de "Psicología preventiva" y "Metodología cualitativa" en la Escuela de Psicología de la Universidad Latinoamericana, Campus Florida (2003-2004)

- Responsable del seminario de "Metodología de la Investigación" en la Maestría en Terapia Cognitivo-Conductual (Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo Conductual) y de la Maestría en Psicoterapia Gestalt (Instituto Mexicano de Psicoterapia), ambos programas con reconocimiento de la SEP, desde el 2003 hasta la actualidad. Asesor de tesis.

- Catedrático del seminario "Problemas psicosociales I y II" y "Metodología de la investigación cualitativa" en la Maestría en Psicología en la Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan y Campus Lomas Verdes (2003-2004).

- Editor y fundador de la Revista Internacional Thomson Psicología, publicación periódica de la editorial Thomson Learning Iberoamérica (México).

- Actualmente imparte los seminarios profesionales "Psicología de la salud y enfermedades crónicas terminales" (2004) y el seminario de "Psicología de la salud" (2003), cada uno de 40 horas, en la UNAM Iztacala, el cual está dirigido a psicólogos de carrera de dicha institución,

- Durante el 2003 impartió conferencias, seminarios y talleres sobre Psicología de la Salud en en la Ibero Puebla, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, UVM Aguascalientes, Universidad de Tijuana, Centro Hidalguense de Estudios Superiores, Centro de Estudios Superiores de Tamaulipas y UNAM Iztacala.

- Asesor de tesis de licenciatura y posgrado, en México y en el extranjero.

- Consultor de programas de posgrado en Psicología de la salud en universidades mexicanas y del extranjero.

Forma parte como miembro activo del Consejo Editorial de las siguientes publicaciones periódicas:

- Servicio Electrónico de Información Psicológica - PSERINFO (Colombia)

- Revista Intercontinental de Psicología y Educación (UIC)

- Revista IDEA (Universidad Nacional de San Luis, Argentina)

- Psicología Conductual (Universidad de Granada, España)

- Revista de Psicología (Pontificia Universidad Católica del Perú)

- Psicología Iberoamericana (UIA)

- Terapia Psicológica (Chile)

- Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud (España).

PROLOGO

La presente obra, *¿Cómo Hacer Psicoterapia Exitosa?*, contiene un total de 22 trabajos originales preparados especialmente para este libro, a lo largo de los cuales se presentan los principales modelos psicoterapéuticos, tanto clásicos, como contemporáneos y de vanguardia, todos ellos vigentes y con gran aceptación por parte de la comunidad psicológica de Hispanoamérica.

El texto ha sido organizado en cinco partes, teniendo en cuenta los antecedentes históricos, el estado actual, las aplicaciones y perspectivas de las cuatro principales fuerzas psicoterapéuticas contemporáneas: psicoanálisis, conductismo, humanismo y transpersonal. Además, se describen otros enfoques psicoterapéuticos de amplia aceptación en la actualidad: El enfoque humanista centrado en la persona, terapia racional emotiva, logoterapia, psicoterapia breve, psicoterapia gestalt, análisis transaccional, psicoterapia breve sistémica, terapia psicocorporal y la psicoterapia integracionista.

Previamente, se inicia con tres capítulos básicos acerca del proceso psicoterapéutico, el estilo personal del psicoterapeuta y la metodología de la investigación en psicoterapia; se continúa con la descripción de las técnicas psicoterapéuticas, y finaliza con cuatro tópicos especiales: la psicoterapia de grupo y las terapias de familia, Terapéutica de las Adicciones, La Espiritualidad como Técnica Psicoterapéutica y la Intervención Psicológica en Ansiedad y Estrés.

Los autores que provienen de México, son destacados psicólogos considerados como líderes en los que enfoques que representan, tanto en el nivel personal como institucional, y proceden de las siguientes instituciones académicas: Instituto Mexicano de la Pareja, Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo-Conductual, Escuela Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia, Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt, Centro de Psicoterapia Breve de México así como autores nacionales que pertenecen a universidades de prestigio: Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Iberoamericana y Universidad Intercontinental.

Los colaboradores del extranjero también provienen de reconocidos centros académicos, tales como la Universidad de Santiago de Compostela y la Universidad Complutense de Madrid (España); Escuela Española de Terapia Reichiana; AIGLE, Centro de Desarrollo Humano (Argentina); Centro Caribeño de Estudios Posgraduados (Puerto Rico), Universidad Femenina (Perú) y Universidad de Barcelona (España).

Teniendo en cuenta que en América Latina no se cuenta con un libro de texto que reúna en un solo volumen, no solo los enfoques psicoterapéuticos contemporáneos, sino también la mayoría de los sistemas psicoterapéuticos de vanguardia y de actualidad, creemos que la presente obra constituirá un aporte significativo a la práctica psicológica, siendo un libro de utilidad para estudiantes y profesionales.

Dr. Elisardo Becoña Iglesias
Profesor Titular, Facultad de Psicología
Universidad de Santiago de Compostela, España

PRIMERA PARTE

EL PROCESO TERAPÉUTICO

María José Fuentes Pallas
María del Carmen Lorenzo Pontevedra
Centro de Psicología Clínica, España

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el estudio del proceso terapéutico ha tenido una gran relevancia (Lambert y Hill, 1994; Marmar, 1990; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994), con el objetivo de conocer cómo mejoran nuestros clientes con los tratamientos psicológicos.

El proceso terapéutico comienza cuando una persona se presenta delante del terapeuta en busca de ayuda por un problema concreto que le ocasiona un trastorno o malestar. A partir de este primer contacto con el cliente comienza la relación terapéutica y la terapia sí procede.

En esta primera entrevista, el terapeuta deberá tener la suficiente habilidad para: a) obtener la mayor cantidad de información relevante para evaluar, diagnosticar y utilizar; b) en el más breve tiempo y, c) crear y mantener una buena relación de trabajo con el paciente (Morrison, 1995). De estos tres componentes, obtener los datos básicos y el rapport son cruciales.

Una vez acabada la primera entrevista, de una duración aproximada de una hora, deberíamos haber obtenido: a) información básica del cliente, y (b) establecido las bases para una buena relación de trabajo.

Dentro del proceso terapéutico, la primera fase se dedicará a la evaluación que comienza en la primera entrevista y se continua luego durante gran parte del mismo. La información reunida ha de ser comprensiva al mismo tiempo que se ha de extraer desde perspectivas diferentes como son: conductual, social, médica, etc. Es decir, la información incluiría datos biográficos, familiares, de salud mental y física, así como en el nivel conductual y de pensamiento.

Tanto en esta primera entrevista como a lo largo del tratamiento, entran en juego, no solo el lugar y las dos personas que interactúan cliente y terapeuta, sino, además, las variables del terapeuta y las variables del cliente.

Frank (*cfr.* Frank y Frank, 1991) comparó varias psicoterapias, llegando a la conclusión de que casi todos los enfoques ponen de manifiesto la importancia que tiene la relación terapeuta-cliente con vistas al cambio de éste. Cuanto mejor sea la relación: a) más abierto estará el cliente, b) se mostrará más inclinado a explorar

sus sentimientos con el terapeuta, y c) prestará atención y actuará según la opinión manifestada por el terapeuta. En resumen, el cliente será más susceptible al cambio.

Hemos de tener en cuenta que aunque es necesario que se de una relación positiva entre terapeuta y cliente, entendiendo por tal que se establezcan sentimientos mutuos de respeto y confianza, esto no es suficiente para el cambio del cliente. Con una buena relación se establece una base o punto de partida para que las diversas técnicas a aplicar surtan efecto, pero es necesario además que el cliente cumpla las tareas encomendadas para el éxito de la terapia.

Aunque durante la primera entrevista se debería reunir la mayor cantidad de información, es frecuente que para la evaluación se necesiten varias sesiones. Esto es consecuencia principalmente de las variables del cliente y del tipo de problema que tiene que contar. Es decir, si nos encontramos ante un cliente muy hablador, impreciso, hostil, receloso o difícil de comprender, es necesario recurrir a aumentar el número de sesiones o hacerlas más largas, aunque esto no siempre es posible debido a que muchos clientes no soportan sesiones muy largas.

Si es necesario para la terapia de un determinado cliente entrevistar a otros informantes (padres, hermanos, etc.), naturalmente se requerirán sesiones adicionales. Algunos autores (ej., Morrison, 1995), proponen subdividir el tiempo de entrevista en porcentajes para las distintas porciones de información.

Aunque la información relevante se debe obtener en las entrevistas iniciales, es normal a lo largo del proceso ir añadiendo nuevos hechos y observaciones a los datos originales. Aunque este hecho no afectará substancialmente ni al diagnóstico ni al tratamiento, hay ocasiones en que sí puede afectar, al obtener información nueva y relevante, como puede ser un cambio en las circunstancias que rodean al sujeto o a la causa de su problema.

Durante todo el proceso terapéutico, el terapeuta ha de tener la habilidad necesaria para que el cliente esté motivado, reconozca sus pequeños o grandes avances, ponga en práctica las diversas técnicas que se le hayan podido enseñar o las distintas habilidades que haya adquirido y no abandone la terapia antes de tener totalmente solucionado el problema que motivó la consulta.

DEFINICIÓN

El proceso terapéutico hace referencia al conjunto de fases sucesivas implicadas en el tratamiento psicológico, que abarcan desde la primera consulta por parte del cliente hasta la finalización del tratamiento. Desde nuestro punto de vista de terapeutas de conducta, establecemos las siguientes fases por las que pasa el proceso terapéutico:

La primera hace referencia al *establecimiento de una relación terapéutica*, donde se ha de intentar establecer una buena relación con el cliente, puesto que de ella dependerá en parte la aceptación y confianza entre ambos. Se ha de establecer un buen *rapport* psicológico.

Al mismo tiempo que se entabla la relación terapéutica, se inicia lo que sería la siguiente fase del proceso, *la evaluación conductual*, que consiste en la recogida de datos lo más exhaustiva posible, haciendo referencia a las distintas áreas de la vida

del cliente, como las relaciones familiares, relaciones sociales, aspectos laborales y ocupacionales, relaciones de pareja y sexualidad, aspectos fisiológicos (tipos de enfermedades), etc., y centrándose especialmente en el motivo de consulta. Hacer una buena entrevista es necesario para establecer los objetivos o la(s) área(s) de intervención (Llavona, 1993).

Con los datos recogidos en la(s) entrevista(s) se hace un *análisis conductual*, que consiste en la búsqueda de relaciones funcionales entre los distintos componentes de la conducta del cliente. Es decir, establecemos que las conductas o respuestas "R" guardan una relación funcional con los estímulos antecedentes "E" que componen el entorno del cliente en un momento dado y con las consecuencias de la propia respuesta "C" (Muñoz, 1993).

Una vez hecho el análisis conductual, se establecen unas *hipótesis explicativas*, es decir, se enmarcan los resultados del análisis conductual en un esquema teórico, se formula una explicación de su problema, se plantea cuál ha podido ser el origen del problema y lo que hace que el problema se mantenga.

Una vez que tenemos la información recogida, el análisis conductual y las hipótesis explicativas, *seleccionamos la(s) área(s) de intervención* o, dicho de otro modo, las conductas a modificar. En la mayoría de los casos suele suceder que no hay solamente un área de intervención, sino más de una y en este caso hemos de establecer prioridades.

Una vez seleccionada la(s) conducta(s) objeto de cambio, se establece un plan de intervención, se pasa a *seleccionar las técnicas más adecuadas*. Esta selección a veces está mediada por el cliente, es decir, el terapeuta ha de explicarle al cliente previamente en qué consisten las técnicas que se le van a aplicar, puesto que ha de estar dispuesto a ponerlas en práctica y por lo tanto es necesario, que él esté de acuerdo. Además es necesario tener en cuenta o analizar la situación del cliente, entorno, recursos, etc., que puedan ayudar al proceso de cambio.

Una vez que hemos seleccionado las técnicas, ponemos en marcha el tratamiento, es decir, empezamos a *aplicar las técnicas*. Es necesario evaluarlas continuamente para asegurarnos que el cliente las entiende y las trabaja adecuadamente.

Es evidente que si un cliente no responde al tratamiento propuesto, se ha de pasar a *replantear otro tipo de técnicas* a aplicar, pasando previamente por un análisis del por qué no responde al tratamiento ya que puede ser debido a que no se le han explicado debidamente las técnicas o a que no es capaz de llevarlas a cabo por ser complicadas para él.

Una vez aplicadas las distintas técnicas, y ya recuperado el cliente, solucionado el trastorno, o simplemente conseguido el objetivo terapéutico, se *valoran los resultados* y se establece un *seguimiento* del cliente para asegurarnos de que los resultados obtenidos al final del tratamiento se mantienen con el paso del tiempo, se consolidan. Esta última fase, que casi todos los autores incluyen en el proceso terapéutico, en el caso de la práctica clínica privada, no siempre se puede llevar a cabo. Una vez terminado el tratamiento resulta difícil que acudan a sesiones de seguimiento.

Respecto al número de fases en que se divide el proceso terapéutico, éstas varían según los autores. Así Cautela y Upper (1975) dividen el proceso terapéutico individual en seis fases fundamentales: a) comienzo de la relación; b) análisis conductual y diagnóstico; c) elección terapéutica; d) evaluación de la eficacia del

tratamiento; e) modificación de la estrategia terapéutica; y, f) decisión de terminar la terapia.

Kanfer y Grimm (1980), y posteriormente Kanfer y Schefft (1988), sugieren siete fases, siguiendo el modelo de autorregulación y señalan en cada una de ellas sus principales objetivos: a) estructuración de roles y creación de la alianza terapéutica; b) desarrollo de compromiso para el cambio para el paciente; c) análisis conductual; d) negociación del tratamiento; e) ejecución del tratamiento y mantenimiento de la motivación; f) monitorización y evaluación de los progresos y resultados del tratamiento; y, g) mantenimiento, generalización de los resultados y terminación del tratamiento.

En esencia todos pasan por las mismas fases, la diferencia estriba en el énfasis que ponen en unas partes más que en otras y por tanto lo que un autor puede considerar primera fase como comienzo de la relación, otro autor la subdivide en dos fases. Por ejemplo, en la práctica clínica no se siguen estrictamente todas las fases o el mismo orden.

LA SITUACIÓN TERAPÉUTICA

Variables y cualidades del cliente

Existe en el cliente una serie de variables y cualidades que hemos de tener en cuenta en el proceso terapéutico, pues pueden afectar de algún modo a éste aunque no al resultado final. Entre las variables del cliente hemos de tener en cuenta, por ejemplo, la edad. Esto de algún modo nos marca para desarrollar el proceso terapéutico, ya que si trabajamos con un niño, a diferencia de con un adulto, éstos suelen resistir menos tiempo de sesión, hemos de hacer más descansos, intervalos de juego, etc. Las fases de evaluación en algunos casos pueden resultarnos más complicadas, encontrándonos con más problemas para analizar determinados tipos de conductas. Esto sucede sobre todo en personas mayores, donde se necesita más tiempo ya que sus historias son más largas.

Otra variable que puede influir en el proceso terapéutico es el sexo de cliente, esta variable afecta especialmente en determinados tipos de problemas, por ejemplo, en trastornos sexuales. Al cliente le puede resultar más difícil contarle algo muy íntimo a un terapeuta de distinto sexo. En este caso el terapeuta ha de ser más habilidoso o más ingenioso.

El nivel intelectual, es una variable del cliente que también puede influir en el proceso terapéutico al tener que adaptarnos a la capacidad del cliente. Por ejemplo a la hora de mandarle hacer autorregistros, podemos encontrarnos con un cliente de avanzada edad que casi no sepa escribir, de modo que hemos de buscar una alternativa al modelo de autorregistro que utilicemos habitualmente.

El estado civil del cliente puede en algún caso dificultar el proceso terapéutico, pongamos por caso el de una cliente que acude al terapeuta por un problema sexual pero no tiene una pareja estable.

El grado de sinceridad que presenta el cliente, es quizás la cualidad más relevante a tener en cuenta en el proceso terapéutico. Es una cualidad muy apreciable en los clientes y que les pedimos que lo sean desde el principio del proceso. Así como

también el hecho de adoptar un rol activo en el proceso terapéutico, ha de implicarse en el tratamiento.

Este último aspecto es muy importante, pues muchos de los clientes que acuden a consulta, aunque lo hagan por iniciativa propia, no saben en qué consiste la terapia, qué tratamiento se les va a aplicar y cómo tienen que llevarlo a cabo, cuando no están acostumbrados al tratamiento psicológico. Así, por ejemplo, a algunos clientes les llama la atención tener que adoptar una actitud activa en el tratamiento.

Variables y características del terapeuta

El terapeuta ha de tener prioritariamente una buena formación y un interés por las personas y su bienestar.

La variable edad en un terapeuta no ha de afectar al resultado del proceso terapéutico aunque sí puede afectar a la hora de establecer una relación de confianza cliente-terapeuta. Si el cliente percibe al terapeuta como muy joven puede no confiar en su experiencia y no considerarlo adecuado para solucionar su problema. La variable estado civil, tener hijos, etc., puede ayudar a que el cliente confíe más en lo que el terapeuta le diga al considerarlo con una determinada experiencia de vida.

Hay además una serie de características que debería tener todo buen terapeuta de las que numerosos autores han hablado. Éstas serían: aceptación que muestra el terapeuta por el cliente; buena empatía; honestidad; credibilidad (fiabilidad respecto

de la información suministrada, experiencia y buena formación como terapeuta, motivos e intenciones del terapeuta y dinamismo); flexibilidad; y buen conocimiento de sí mismo.

- *Aceptación*. Esta característica hace referencia al respeto, a la preocupación y al interés que el terapeuta muestra por el cliente, siendo importante que el cliente perciba esto. Es más interesante como dicen Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) la percepción de la aceptación, que el grado real de aceptación que muestre el terapeuta.

De todos modos, como en casi todas las cosas, los extremos no son buenos y poco deseables, que van desde una relación demasiado cordial, como muy fría y distante. Ambas situaciones pueden ser mal interpretadas por el paciente.

El terapeuta, al prestarle atención al cliente, está transmitiéndole su aceptación. Además, ésta es expresada a través de sus gestos, su tono de voz, sus expresiones verbales, etc. Sin embargo, la manifestación de la aceptación por parte del terapeuta varía a lo largo del proceso terapéutico, siendo ésta más importante al principio de la terapia, que a lo largo de ella. No queriendo con ello decir que no se le preste atención a lo largo de todo el proceso.

- *Empatía*. Esta es una de las características que más tiene en cuenta la mayoría de los autores que hablan de la relación terapeuta-cliente (ej., Beck *et al.*, 1983). La empatía hace referencia a la capacidad para comprender los sentimientos del otro. Así por ejemplo, si un paciente dice "no se si seré merecedor de esta persona" una respuesta empática sería "no te crees lo suficientemente bueno para ella". Si la respuesta fuese "quizás no sea ella la persona que te conviene", el terapeuta estaría dando una respuesta desde su punto de vista.

La empatía o comprensión empática, ayuda a establecer una buena relación terapeuta-cliente, a obtener más información mostrando que el terapeuta comprende al paciente.

La comprensión empática hay que manejarla con cautela y variará a lo largo del proceso terapéutico. No se puede establecer la misma relación empática con todos los tipos de pacientes.

- *Honestidad*. Esta característica hace referencia a que el terapeuta ha de ser honesto y legal con el cliente, expresando de manera abierta y clara sus opiniones (Ruiz y Villalobos, 1994). De todos modos esta honestidad hay que manejarla con cuidado, porque ser claro no significa decir todo lo que se piensa u opina sobre el paciente. En algún caso llegar a asegurarle al cliente que se recuperará, puede hacer que perciba al terapeuta como poco sincero o absurdo. En cambio, demostrar al paciente que sus síntomas pueden eliminarse corrigiendo sus ideas poco realistas y sus conductas, puede ser más adecuado. Ser ambiguo con el cliente puede hacer que éste desconfíe del terapeuta, de su validez, y no exprese sus problemas abiertamente, dificultando la relación y por lo tanto la terapia.

- *Credibilidad*. Que un terapeuta tenga una buena credibilidad, es decir, que sus palabras (sean creíbles, válidas) tengan crédito, que sean fiables como fuente de información, es una de las características básicas de un buen terapeuta. A mayor credibilidad, podríamos decir más crédito, mayor respecto del paciente hacia el terapeuta (Johnson y Matross, 1977).

Esta credibilidad está determinada por varias características del terapeuta (Goldstein, 1987): a) Experiencia: la experiencia del terapeuta es una de las características que contribuyen a una buena relación terapéutica, ya que ésta le da al terapeuta un bagaje que le permite interactuar de modo más adecuado con el paciente. La experiencia y una buena formación, hacen que tenga un adecuado manejo de las situaciones, comportamientos o emociones del cliente. Existen una

serie de actitudes del terapeuta que hacen que el paciente identifique al terapeuta como un terapeuta experto, como por ejemplo: dar la mano y saludar llamando por el nombre al paciente; apariencia cuidada; hablar a nivel del paciente, no usando un lenguaje pedante; expresión cordial; pregunta directamente y va al centro de la cuestión, sus preguntas siguen una programación lógica. b) Fiabilidad como fuente de información: es decir, su formalidad, predictibilidad y consistencia. c) Motivos e intenciones del terapeuta: cuanto más claro tenga el paciente que el terapeuta está trabajando para el bienestar del paciente, mayor será su credibilidad. d) Dinamismo: referido a su seguridad, potencia y nivel de actividad. Para muchos clientes será importante tener un terapeuta dinámico y enérgico que inspire la seguridad y el refuerzo suficiente a sus pacientes.

- *Flexibilidad*. Es importante que el terapeuta sea flexible, para ajustar su estilo a las necesidades de cada paciente (Cormier y Cormier, 1994). Los terapeutas flexibles adaptan métodos y técnicas a sus pacientes en lugar de forzar a estos a adaptarse a sus técnicas. Buscan el modo más adecuado para que cada paciente puede realizar las tareas impuestas.

- *Conocimiento de sí mismo*. El terapeuta es también una persona, al igual que su cliente, con sentimientos, pensamientos e incluso con problemas, pero éstos debe mantenerlos a un lado y no permitir que influyan en su relación con el cliente. Ha de centrarse en la terapia y, sentirse válido, capaz y competente para ayudar a su

cliente. Si éste no es el caso podemos transmitir sensaciones de inseguridad, fracaso, etc. al cliente.

El terapeuta debe tener un buen conocimiento de sí mismo en diversos aspectos de su vida (Ruiz y Villalobos, 1994). Por una parte, saber cuáles son sus limitaciones en el nivel teórico y práctico, es decir, saber lo que no sabe. También es importante que sepa qué tipo de pensamientos y sentimientos tienen mayor influencia en los juicios que realiza, así como conocer las propias dificultades emocionales. Evidentemente, es aconsejable que el terapeuta tenga un buen equilibrio psicológico,

aunque no es imprescindible que éste sea total, siempre que su autoconocimiento le permita poner en marcha mecanismos de autocontrol o estrategias cognitivas que hagan que esto no interfiera con la objetividad que necesita para ayudar al cliente.

Cormier y Cormier (1994), hablan de tres áreas personales que la mayoría de los terapeutas deberían examinar atentamente porque pueden tener un impacto significativo sobre la calidad de la relación y en general el proceso terapéutico: competencia, poder e intimidad.

Lugar del tratamiento

El lugar del tratamiento, puede ser desde una consulta privada hasta una habitación de un hospital. Aunque conviene que el ambiente y la decoración sean adecuados, la efectividad del tratamiento no dependerá de la habitación. El requisito fundamental del lugar sería que fuese cómodo y privado. La decoración del despacho ha de ser discreta, la pintura que no destaque mucho, con colores tales como blanco, ocre, verde claro, etc.; el mobiliario debe ser sencillo y confortable. Es decir, que todo ello genere un ambiente cómodo, tranquilo, agradable y relajante, propicio para que se desarrolle todo el proceso terapéutico.

Indumentaria del terapeuta

Sobre la indumentaria del terapeuta no hay normas estrictas, como norma general ha de estar bien arreglado, con ropa discreta y en algunos casos dependerá de la edad de los clientes a tratar. Adecuada al rol. Si el cliente es un niño, usar un traje chaqueta puede resultarle al niño demasiado serio, aunque esto no ocurrirá si el cliente es una persona adulta. Es útil y de sentido común vestir de acuerdo con las normas culturales y locales al uso de cada sitio.

LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA

Comienzo de la relación

Como ya hemos comentado anteriormente, establecer una buena relación es importante porque de ella dependen la aceptación, cooperación y confianza entre terapeuta y cliente. Así, al comenzar la primera entrevista, es necesario presentarse, dar la mano al cliente si procede, e indicarle el sitio donde se tienen que sentar.

Seguidamente, es conveniente indicar al cliente el tiempo aproximado que durará la entrevista, así como manifestarle la confidencialidad de lo que se va a hablar, todo ello dentro de un clima de confianza.

A continuación se deberá explicar el propósito de la entrevista, sobre qué versarán las preguntas, lo que se espera de él (colaborador, diga la verdad, se ajuste a lo que se le pregunta, etc.) y, si es el caso, la información que ya tiene del cliente.

Dependiendo del cliente, se puede empezar ya con el tema principal o dar un pequeño rodeo, hablando de algo neutral unos instantes para que una vez se rompa el hielo entrar en materia (Morrison, 1995).

Desarrollo del rapport

El *rapport* es el sentimiento de armonía y confianza que debería existir entre cliente y terapeuta. Al poco tiempo de iniciada la sesión de tratamiento, el paciente debería estar cómodo, relajado y dispuesto a hablar libremente, proporcionando así la información necesaria. La confianza y confidencialidad que el terapeuta empieza a desarrollar en la primera sesión puede aumentar su habilidad para manejar el curso de la terapia. En realidad, cuanto más interés se tenga en ese factor (*rapport*) es más probable que el cliente continúe en el tratamiento. Además el *rapport* es un importante método para obtener buena información.

El *rapport* se desarrolla gradualmente, pero hay ciertas conductas del terapeuta que aceleran su desarrollo, tales como una apariencia relajada, interesada y comprensiva, es probable que el cliente se sienta seguro y confortable (Beck *et al.*, 1983). También es importante cuidar la expresión facial y el contacto ocular. Puede ser adecuado desde el primer momento demostrar que nos hemos molestado en memorizar el nombre del cliente y hacer una presentación del tipo: "Buenas tardes, ¿Ud. es C.?... Yo seré su terapeuta, mi nombre es X."

ALGUNAS SUGERENCIAS SOBRE EL PROCESO TERAPÉUTICO PARA MEJORAR LA EFICACIA DE SUS INTERVENCIONES

El contacto inicial

Lo primero que hemos de saber sobre el cliente que acude a consulta, es si acude por iniciativa/motivación propia (por su propia voluntad) o bien, por iniciativa de los padres, cónyuge, otros familiares o amigos. En el primer caso tendremos un obstáculo menos que salvar de cara a establecer una buena interacción terapeuta-cliente (Morrison, 1995).

Puede ser interesante saber quién es el que realiza la petición de consulta; si el propio cliente, si un familiar allegado, un amigo, etc. Porque de algún modo puede darnos una pista sobre la motivación del cliente.

Otro aspecto importante de este primer contacto inicial es saber porqué se solicita la consulta, (o cuál es el motivo de consulta) y, en algunos casos, qué pretende conseguir el cliente, ya que en otros está claro.

Lo ideal es recoger los datos a través de distintas fuentes para contrastarlos, pero en la situación clínica esto no siempre es posible.

También hemos de explicar al cliente que acude a consulta, en qué consiste la terapia, qué es lo que se le va a hacer y, sobre todo, qué es lo que tiene que hacer. Este último aspecto es importante, pues a algunos clientes acostumbrados a otros modelos, les sorprende tener que adoptar una actitud activa en el tratamiento.

Finalizaremos la primera sesión dándole, si es posible, una estimación del tiempo que durará la terapia.

La toma de anotaciones

Al ser difícil recordar toda la información suministrada por el paciente, es necesario tomar notas. Hemos de advertirle al cliente que deseamos tomar notas durante la sesión. Si excepcionalmente algún cliente no quiere, se intentará explicarle que son necesarias algunas notas para darle sentido a la información. Si insiste, deberemos dejarlo.

La toma de notas deberá ser mínima, lo cual le permitirá al terapeuta observar a su cliente. Añadir también, que tanto para la primera como para las restantes sesiones puede ser de mucha ayuda utilizar medios audiovisuales, tales como magnetófono y vídeo. Si se decide grabar la sesión, el cliente deberá dar su consentimiento, tanto sea en vídeo como en magnetófono y ha de explicársele el propósito educacional. En algunos casos esto puede ser de mucha ayuda para el tratamiento.

Las primeras preguntas

Para una mayor efectividad de la primera entrevista se deberían hacer preguntas tanto directivas como no directivas. Al inicio de la entrevista las cuestiones deberían ser no directivas. Esto ayuda a establecer el rapport y a conocer qué clase de problemas y sentimientos están en la mente del cliente (Morrison, 1995).

Aunque la primera cuestión de la entrevista será específica. El paciente sabrá exactamente sobre lo que se le pregunta; se referirá a la queja principal por la cual el cliente busca ayuda: "¿Dime la razón o el problema que te trae por aquí?".

La queja principal es importante por dos razones: a) Porque suele ser el problema principal que existe en la mente del cliente e indica el área a explorar en primer lugar. b) Por el contrario, algunas veces la queja principal es una negación de algo que le afecta y hace una valoración incorrecta sobre ello. Quejas de este tipo indican patologías serias o resistencias que requieren un trato especial. Un ejemplo de este tipo de quejas: "Hay una equivocación conmigo. Yo estoy aquí porque el juez lo ordenó".

En términos generales podemos decir, que como no todos los pacientes expresan su queja principal de forma precisa, deberíamos estar preparados los terapeutas para tal eventualidad y en cualquier caso la queja declarada puede ser solo un "billete de admisión" al tratamiento. Se deben escribir las quejas con las palabras exactas del cliente, para poder contrastar más tarde con lo que se cree es el motivo real del cliente para buscar ayuda.

Después de esta queja principal, al cliente debe dársele la oportunidad de hablar libremente sobre las razones por las que busca tratamiento. Este momento de la entrevista será "discurso libre" para distinguirlo del formato anterior de la entrevista que será tipo pregunta y respuesta. Este periodo abarcará aproximadamente unos 10 minutos de la hora que durará la entrevista (Morrison, 1995).

La mayoría de los clientes responden rápido y adecuadamente ante la petición de que hablen de sus problemas. En caso de que un determinado cliente no sea capaz de dar una adecuada narración (retrasado mental, psicótico) entonces hay que cambiar la estrategia y hacerle la entrevista en este punto mucho más estructurada.

Si el cliente es poco hablador, es mejor tener una buena entrevista estructurada/directiva a nuestra disposición, para evitar poner en una situación incómoda al cliente, facilitándole en la medida de lo posible la comunicación. Por el contrario, si el cliente es tímido, podemos empezar mejor con un tipo de entrevista menos directiva, que potencie la comodidad del cliente, pero no siendo muy estrictos a la hora de seguir la entrevista, ya que si en un momento de la entrevista el cliente empieza a abrirse podemos decidir pasar a una entrevista más directiva.

El terapeuta ha de tener cuidado a la hora de manejar las entrevistas tanto sean directivas como no directivas (Rojí, 1986), pues en el primer caso el cliente puede sentirse en un interrogatorio y en el segundo la conversación puede derivar hacia temas triviales.

Por lo comentado anteriormente, es importante que el terapeuta recoja los datos de una manera lógica y estructurada. Si empieza a hacer preguntas aisladas sin seguir un desarrollo lógico, el cliente puede percibir al terapeuta como poco experimentado (Goldstein, 1987), por lo menos en lo referente al tema de consulta, y además pueden dejarse información relevante sin cubrir.

El terapeuta ha de dejar a un lado la curiosidad y centrarse en las preguntas relevantes para el tema en cuestión, pues en algún momento determinado puede ser tentador intentar sacar otro tipo de información.

Antes de seguir con la entrevista se debería preguntar al cliente si hay otros problemas distintos a los que ya ha mencionado. De este modo se disminuirá el riesgo de pasar por alto áreas de problemas vitales.

En este momento, el terapeuta ha de resumir al cliente lo que éste ha expresado para demostrarle que ha sido comprendido.

Evaluación, análisis conductual y establecimiento de objetivos

En algunos casos, una vez que hemos establecido contacto con el cliente y transcurridos unos 10 minutos de la primera sesión, ya pasamos directamente a la evaluación, aplicamos los cuestionarios y pruebas estandarizadas. En la parte final de la primera sesión hacemos un análisis funcional, explicándole al cliente el motivo por el que se inició su problema de conducta si es posible, cuáles son los antecedentes y consecuentes de su conducta y por qué ésta se mantiene. Al exponerle todo esto al cliente comprobamos si éste está de acuerdo con la explicación que le hemos dado o si por el contrario hay discrepancias.

Hay que tener esto en cuenta, porque si el cliente no está de acuerdo con la explicación puede que no se implique en la terapia. Hemos de asegurarnos que entiende la explicación que le estamos dando. En algún caso, según como veamos al cliente, hemos de proporcionarle esta información con sumo cuidado por la reacción que ésta pueda causar en él. En otros casos es el propio cliente el que pide la explicación "¿por qué me pasa esto a mí?" antes de que el terapeuta se la de.

Superado este punto finalizamos la sesión explicándole el tipo de intervención que vamos a hacer, los objetivos que nos proponemos alcanzar, la(s) conducta(s) que debería cambiar y normalmente le proponemos las tareas para casa, como por ejemplo, cubrir autorregistros de pensamientos, registros de la conducta problema, etc. Además, es importante iniciar algún tipo de intervención, para que el cliente se anime a seguir la terapia. Por ejemplo, en el caso de un paciente con depresión, le podemos sugerir que inicie desde este momento algunos cambios en su comportamiento que le van a hacer sentirse mejor y aplicarle reestructuración cognitiva sobre determinados pensamientos que vayan surgiendo durante la sesión.

A modo de resumen, en la mayoría de los casos el terapeuta ha de ser capaz de establecer una buena relación terapéutica, hacer una evaluación y análisis funcional, establecer unas hipótesis explicativas y seleccionar la(s) áreas de intervención, así como iniciar distintas estrategias de intervención.

Todos estos pasos dependen en gran medida del cliente y del problema presentado por éste. En la mayoría de los casos, que suelen ser complejos, hasta la tercera o cuarta sesión no tenemos completa la evaluación conductual y, a partir de ahí, diseñamos las distintas estrategias de intervención.

Selección y aplicación de las técnicas de tratamiento

Seleccionar las áreas de intervención o las conductas a modificar en principio podría parecer fácil o incluso obvio, y en algunos casos así es, como por ejemplo un problema de adicción a las máquinas tragamonedas, donde a pesar de que haya solapados otros trastornos, como depresión, es claro el objetivo, o incluso un problema todavía más sencillo como el de una fobia a los ascensores. Sin embargo en otros casos, el área prioritaria de intervención no es tan clara y debemos tomar una decisión con base en: los intereses o necesidades del cliente, la mayor probabilidad de éxito en la eficacia del tratamiento, las circunstancias sociofamiliares del cliente, etc.

Mantenimiento del rapport en las siguientes sesiones

A medida que se va desarrollando el proceso terapéutico, es importante que el terapeuta deje claro que el tipo de relación interpersonal será estrictamente profesional. Aunque un comentario personal, o la expresión de una emoción en un momento puntual no tiene por qué ser perjudicial, o incluso puede ser adecuado, el intercambio sistemático de emociones y opiniones con la intención de ser cordial y amable, puede influir negativamente en el proceso terapéutico. Con manifestaciones personales nos referimos al hecho de hacer referencia a que en algún momento de la relación terapeuta-cliente, puede ser adecuado que el terapeuta exprese algo de sí mismo, pero que no sea relevante a los problemas personales del propio cliente (Goldstein, 1987).

La aplicación de las técnicas propiamente

Llegado este punto hemos de tener presente que los tratamientos no son simples recetas que se le dan al cliente, ni se pueden poner en práctica sin el previo conocimiento de éste. El terapeuta ha de entrenar al cliente para que aprenda las técnicas a utilizar. En la práctica clínica se suele comenzar este entrenamiento casi desde la primera consulta.

Por lo expuesto hasta aquí, podemos deducir que en el proceso terapéutico en la práctica clínica diaria, las fases no siempre están tan claramente diferenciadas o no siguen el orden estrictamente como en el caso de los tratamientos en la investigación. Si nos encontramos con un cliente muy tímido y reticente al tratamiento, puede suceder que no descubramos los datos más importantes para el tratamiento, el problema central, hasta la tercera o cuarta sesión, habiendo enfocado hasta entonces el tratamiento para solventar otro aspecto o problema conductual no tan relevante o prioritario; como ejemplo, el de un cliente que acude a consulta para dejar de fumar y en la tercera sesión descubrimos que presenta un problema de bulimia.

Por este motivo, es adecuado o necesario, estudiar sistemáticamente las distintas áreas psicosociales del cliente, porque se van descubriendo aspectos que inicialmente el cliente no se atrevió a contar. De ahí la importancia de establecer una relación de confianza entre el cliente y el terapeuta.

Si en algún caso el cliente no cumple con las tareas, podemos establecer algún contrato conductual, que consiste en un escrito en el que aparecen reflejados los objetivos que se comprometen a cumplir el cliente y el terapeuta, y los premios, refuerzos o contingencias que obtendrán por la realización de dichos objetivos.

Otro punto a tener en cuenta es que la intervención del terapeuta suele ser la mayoría de las veces en casos mucho más complejos de los que aparecen publicados; los clientes presentan problemas complejos, difícilmente reducibles a un simple esquema. Por lo que de algún modo en la mayoría de los tratamientos se manejan "paquetes de tratamiento", en lugar de limitarse a la aplicación de una técnica puntual.

Como comentamos en su momento en las características del terapeuta, es muy importante que éste sea flexible, es decir, ha de adaptar el tratamiento a cada cliente según las circunstancias de éste y ha de reajustar el tratamiento según vaya avanzando el proceso terapéutico.

Preparar al cliente para las recaídas

El terapeuta no se debe desesperar si los clientes tienen alguna recaída, puesto que en algunos trastornos esto es muy frecuente. Debe mantener una actitud positiva, ayudando al cliente a superar esa recaída, a analizarla, ya que algunos clientes pueden pensar que el tratamiento no les ha servido para nada. En algunos tipos de problemas, que sabemos de antemano que pueden darse las recaídas, por ejemplo, problemas de juego patológico, tabaquismo, etc., podemos preparar al cliente desde el principio de la terapia para que aprenda a hacer frente a estas situaciones.

¿Cómo y cuando finalizar el tratamiento?

Normalmente, a medida que se va desarrollando el proceso terapéutico, el terapeuta va analizando los progresos del cliente y estableciendo de algún modo el tiempo

que necesitará para finalizar las sesiones con el cliente. Por lo tanto, es deseable que vaya preparando al cliente, distanciando las sesiones paulatinamente, aunque esto no siempre es posible debido a que algunos clientes en cuanto se encuentran bien abandonan el tratamiento o empiezan a cambiar las citas concertadas, rompiendo de algún modo los objetivos que el terapeuta se había propuesto, con el resultado de tener que alargar el tratamiento más tiempo. Esto es debido a que las conductas que habían aprendido, eliminado o cambiado, aun no estaban bien consolidadas y se produce la recaída del cliente al abandonar prematuramente la terapia.

En otros casos se debe a que el propio cliente cambia constantemente las sesiones, produciéndose grandes intervalos de tiempo entre sesiones que llevan a que los objetivos que se habían propuesto en la sesión anterior en ocasiones ya nada tienen que ver con los que han de establecerse en la siguiente sesión, habida cuenta de nuevos acontecimientos en la vida del cliente.

Dejando a un lado los contratiempos, lo ideal es terminar el tratamiento cuando se han cumplido los objetivos terapéuticos, y terapeuta y cliente así lo deciden.

Seguimiento

El seguimiento establecido en la práctica clínica es a los 3, 6 y 12 meses. Es difícil que los clientes, después de finalizado el tratamiento, acudan a estas sesiones de seguimiento, por lo que es útil ponerse en contacto con ellos mediante teléfono o por carta.

ALGUNAS SUGERENCIAS SOBRE CÓMO TRATAR O QUÉ HACER CON ALGUNOS CLIENTES

Cliente que no acude a las citas

Si el cliente no acude a las citas concertadas y las cambia continuamente, debemos hablar con él para analizar los motivos del cambio continuado de citas. En algunos casos está justificado, pero en otro tipo de clientes no es así, lo toman por costumbre, sin pararse a pensar en el trastorno que ello pueda causar al terapeuta, por lo que para algún cliente puede ser un buen remedio aclararle que si la sesión no es cambiada con cierta antelación, estará obligado a pagarla. En otros casos, hemos de comentarle al cliente que si con cierta frecuencia no acude a las citas, vamos a suspender el tratamiento (o vamos a dejar de atenderle).

Si un paciente abandona prematuramente la terapia, es conveniente intentar ponerse en contacto con él para conocer las razones que le han llevado a tomar esa decisión y, en el caso de que el trastorno del cliente pueda ocasionarle graves problemas si no es atendido, intentar que acuda a una sesión o a una cita para discutir el tema o poder derivarlo a otro terapeuta.

Resistencia del cliente al cambio

Una circunstancia que puede darse en el proceso terapéutico, es la resistencia del cliente al cambio. Ésta puede ser debida a varias razones: temor a descubrir su intimidad, a lo que el terapeuta pueda llegar a pensar de él; temor a asumir la responsabilidad de su propia vida; a las diferencias entre los objetivos que establece el terapeuta y los que realmente persigue el cliente. Por ejemplo, el cliente puede pretender simplemente buscar alguien en quien apoyarse, una amistad, etc.

No siempre el origen de la resistencia al cambio se encuentra en el cliente, en otros casos está en el terapeuta, por no haber establecido un adecuado *rapport*, por no haber sabido encontrar el problema más importante del cliente, etc. Si nos encontramos con algún cliente que no cumple las tareas encomendadas, que cambia con frecuencia las sesiones, etc., en las anteriores causas puede estar el motivo de esto. En estas circunstancias el terapeuta ha de estar alerta si detecta alguno de los indicios antes comentados, plantearlos al cliente y probablemente tendrá que trabajar las creencias irracionales que puedan estar asociadas al cambio.

Importante, respetar el ritmo del paciente, intentando ajustar las exigencias del tratamiento, las habilidades de que dispone el cliente, hacer que el cliente maneje algún tipo de recompensa, etc, pueden ser algunas estrategias adecuadas para superar la resistencia del cliente durante el proceso terapéutico.

Clientes que lloran durante la sesión

Este es un hecho que se puede dar durante el proceso terapéutico, pero no siempre las razones por las que llora el cliente son las mismas, por lo que el terapeuta ha de comportarse de distinta manera. Así, si el cliente llora porque está intentando contar algo que le resulta muy doloroso, el terapeuta ha de adoptar una buena empatía, debería permanecer callado y en cuanto el cliente se calme, ayudarlo a que se exprese verbalmente. Otros clientes, llegado un momento de la sesión permanecen en silencio para evitar llorar; en este caso puede ser adecuado que el terapeuta indique lo bueno que puede resultar desahogarse. Algunos clientes pueden utilizar el llanto de modo habitual, en este caso el terapeuta ha de intentar extinguir este comportamiento.

Clientes que reservan información relevante para los últimos minutos de la sesión

En este caso puede ser aconsejable que el terapeuta le comente que en la próxima sesión tratarán esos temas. Una excepción a esta regla es si la información que proporciona es de vital importancia, tratándose en ese momento, por ejemplo: ideas de suicidio.

Cuando el cliente habla demasiado

En este caso el terapeuta ha de cortar al cliente con la máxima cordialidad posible y redirigir la entrevista hacia la información que resulta relevante para el tratamiento o hacia aquellos temas que permitan llevar a cabo los objetivos terapéuticos, dejándole claro la importancia de esto para su progreso.

OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SURGIR DURANTE EL PROCESO TERAPÉUTICO

Familiares o allegados que no colaboran

En algún caso nos podemos encontrar con problemas para conseguir la colaboración de un familiar o allegado. Con algunos clientes, puede ser adecuado, o incluso necesario conseguir la colaboración de algún miembro relevante de la familia, especialmente en el caso de problemas infantiles o de adicciones.

En el caso de personas adultas, es necesario que el cliente de permiso, por ello es necesario que el terapeuta explique lo conveniente de esta colaboración para el progreso terapéutico y asegurarle la confidencialidad en aquellos temas que el cliente no quiere que se le comenten al familiar. En algunos casos, a pesar de esto el cliente no quiere la colaboración de ningún allegado porque, por ejemplo, nadie sabe que acude al psicólogo; en este caso el terapeuta ha de ver la posibilidad de buscar otras alternativas. En otros casos son los propios allegados los que no quieren colaborar, en este caso podemos intentar empezar solicitando su colaboración para contrastar la información del cliente, ampliar datos, etc, y poco a poco ir implicándolos más en el tratamiento.

Los contactos entre sesión (petición de ayuda, llamadas telefónicas)

Con algunos pacientes puede ser adecuado ofrecerles la posibilidad de llamadas de control, tanto una vez finalizado el tratamiento, como a lo largo de éste. Hay algunos clientes que toman por costumbre hacer llamadas de petición de ayuda entre sesiones. En estos casos hay que delimitar si la petición de ayuda es por una necesidad real o si es un intento de manipulación y control por parte del cliente hacia el terapeuta. Cuando esto último ocurre, hay que analizar detenidamente el tipo de ayuda que solicitan y, en función del número de llamadas, extinguir esta conducta o mantenerla a una tasa baja. Otros llaman porque quieren adelantar la siguiente sesión. En este caso hay que analizar la gravedad del problema y decidir si precisan o no sesiones adicionales. En la mayoría de los casos no es necesario; más bien la ansiedad del cliente por mejorar o solucionar su problema, le impide entender que un tratamiento psicológico se orienta a adquirir nuevas habilidades que llevan tiempo y que no es posible conseguirlo en una o dos semanas.

CONCLUSIÓN

Cuando un cliente acude a consulta para solucionar algún problema clínico, relacionado con conductas desadaptativas, inadecuadas o problemáticas (ansiedad, depresión, estrés, fobias, trastornos de personalidad, etc.) o bien, relacionadas con la salud física y hábitos poco saludables (tabaquismo, juego patológico, etc.) comienza el proceso terapéutico.

Este pasa por una serie de fases que se inician con el establecimiento de una relación terapéutica, y siguen con la evaluación y análisis conductual, el establecimiento de hipótesis explicativas y, llegado este punto, seleccionamos, de acuerdo con el cliente, la(s) área(s) de intervención y le proponemos el plan de intervención y las técnicas que vamos a aplicar. Finalmente, valoramos los resultados y establecemos un seguimiento.

Uno de los aspectos importantes y presentes en todo el proceso terapéutico, a pesar de que lo hemos nombrado como la primera fase del proceso, es la relación que se establece entre el terapeuta y el cliente. El terapeuta ha de ser capaz de establecer una buena relación, que ayudará a que el cliente siga la terapia y se

muestre dispuesto a facilitar toda la información necesaria y a colaborar en el tratamiento. Aunque esto no siempre ocurre en las primeras sesiones (Becoña, 1986) en la amplitud que deseáramos, debemos ir estableciendo cada vez más intensamente una relación de colaboración, para encarar más adecuadamente tanto la evaluación como el posterior tratamiento.

Existen además una serie de variables tanto en el cliente como en el terapeuta que pueden influir de algún modo en el proceso. Por parte del cliente son variables tales como la edad, el sexo, estado civil, nivel económico, nivel intelectual y grado de sinceridad. Por parte del terapeuta, además de las variables edad y estado civil, hay una serie de características que debería tener todo buen terapeuta y de las que han hablado autores como Beck *et al.* (1983); Goldstein y Niggingotham (1991); Ruiz y Villalobos (1994) y Cormier y Cormier (1994). Estas son: aceptación, empatía, honestidad, credibilidad, flexibilidad y buen conocimiento de sí mismo.

Finalmente, el terapeuta ha de ser conocedor de todas las fases del proceso y desarrollar todas las habilidades necesarias para que el proceso terapéutico se desarrolle adecuadamente y se consigan los objetivos establecidos inicialmente con el cliente, es decir, que éste consiga solucionar los problemas clínicos o los trastornos de conducta que motivaron la consulta.

REFERENCIAS

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Becoña, E. (1986). Discrepancias entre la investigación y la práctica clínica de la terapia de conducta. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4, 221-257.

Cautela, J.R. y Upper, D. (1975). The process of individual behavior therapy. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification, vol. 1* (pp. 275-305). New York: Academic Press.

Cormier, W.H. y Cormier, L.S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Frank, J.D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy, 3rd ed.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Goldstein, A.P. (1987). Métodos para mejorar la relación. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Como ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Goldstein, A.P. y Nigginbotham, H.N. (1991). Relationship-enhancement methods. En F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change. A textbook of methods, 4th ed.* (pp. 20-69). New York: Pergamon Press.

Kanfer, F.H. y Grimm, L.G. (1980). Managing clinical change: A process model of therapy. *Behavior Therapy, 4*, 419-444.

Kanfer, F.H. y Schefft, B.K. (1988). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, IL: Research Press.

Lambert, M.J. y Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed.* (pp. 72-113). New York: Wiley.

Llavona, J.L. (1993). La entrevista conductual. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 71-114). Madrid: Pirámide.

Marmar, C.R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38*, 265-272.

Morrison, J. (1995). *The first interview*. New York/London: The Guilford Press.

Muñoz, M. (1993). Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 284-319). Madrid: Pirámide.

Orlinsky, D.E., Grawe, K. y Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy-NOCH einmal. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed.* (pp. 279-376). New York: Wiley.

Rojí, M.B. (1986). *La entrevista terapéutica: Comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: UNED.

Ruiz, M.A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Terapia de Conducta y Salud.

EL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA

Héctor Fernández-Álvarez
AIGLE, Centro de Estudios Humanos, Argentina

INTRODUCCIÓN

La psicoterapia ha sido definida como un procedimiento destinado a promover procesos de cambio ante ciertas experiencias de padecimiento, cuyos resultados dependen de la acción conjunta de dos series de factores: los específicos y los inespecíficos (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986). La relación entre ambos factores plantea algunos dilemas de gran interés (Karasu, 1986). Los primeros están constituidos por las técnicas empleadas por el terapeuta. Responden a instructivos relativamente precisos y sus efectos pueden anticiparse en mayor medida que los otros. Los factores inespecíficos forman el conjunto de fenómenos relacionados con las condiciones interpersonales y contextuales que componen el dispositivo terapéutico.

Reciben su nombre debido a nuestra falta de conocimiento preciso sobre el alcance de los mismos, aunque constituyen, en realidad, fenómenos tan específicos como los primeros. Castonguay (1993) presentó una valiosa propuesta destinada a clarificar este concepto. El "Estilo Personal del Terapeuta" (EPT) es uno de los elementos importantes en la conformación de estos fenómenos.

Definimos al EPT como el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea. Aunque el concepto de estilo tiene diferentes acepciones (Ducrot y Todorov, 1974), se refiere generalmente a la pauta habitual que identifica un modo de acción individual. Van Dijk (1983) sostiene que el estilo "alude a propiedades especiales, individualizadoras, dentro de contextos sociales especiales, y a funciones/efectos especiales, dentro del proceso de comunicación". La constancia y la singularidad son sus dos notas principales. ¿Cuál es la estabilidad temporal de un estilo? Por el momento no resulta posible determinar si los estilos personales pueden o no variar a través del tiempo, ni tampoco si los posibles cambios pueden ser totales o parciales. La constancia de la que hablamos, se refiere a su persistencia en períodos suficientemente extensos, pero delimitados de tiempo.

El EPT se refiere, por consiguiente, a las características habituales que cada terapeuta impone a su tarea como resultado de su peculiar manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija cada intervención. Beutler, Machado y Alstetter Neufeldt (1994) presentaron una amplia descripción sobre la composición de la variable del terapeuta. Parten de una representación biaxial. Uno de los ejes divide las variables entre características objetivas y subjetivas del terapeuta. El otro eje contrasta los rasgos transituacionales y los estados específicos de la terapia.

La influencia de las condiciones personales de los psicoterapeutas sobre su actividad ha sido motivo de estudio desde los comienzos de esta práctica (Etchegoyen, 1986), aunque no siempre el tema recibió la misma dedicación. Han habido períodos de descuido, especialmente en aquellas épocas en que las técnicas alcanzaron mayor prestigio. En los últimos tiempos, este problema ha sido abordado nuevamente con gran interés. Se lo ha estudiado, tanto desde la perspectiva global de la persona del

terapeuta, como formando parte de la relación terapéutica (Fuller Torrey, 1986; Guy, 1987; Kottler, 1993; Semerari, 1991). En la tradición psicodinámica ha estado vinculado tradicionalmente al estudio de la contratransferencia (Holmqvist y Armelius, 1996). No obstante, todavía hoy sabemos muy poco acerca de la manera en que está conformado dicho estilo y el modo específico en que opera.

El EPT depende de tres factores: a) su posición socio-profesional, b) su situación vital y c) los modos dominantes de comunicación que utiliza.

LA POSICIÓN SOCIO-PROFESIONAL DEL TERAPEUTA

Toda psicoterapia resulta de una cierta relación entre demanda y oferta (Orlinsky y Howard, 1986; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994). Esta última depende del circuito socio-profesional al que pertenece el terapeuta. Ello está determinado, *en primer lugar*, por el sistema asistencial dentro del cual se ejerce la práctica (liberal, público-comunitario, empresas de seguros de salud, etc.) y por el tipo de relación laboral que liga al terapeuta con su actividad (independiente, contrato ocasional, asalariado).

El estilo de un terapeuta puede variar en gran medida, si ejerce su tarea en un ámbito público o privado, si contrata sus servicios directamente con un paciente o lo recibe derivado por una organización, si trabaja solo o actúa como integrante de un staff institucional. La posición que el terapeuta cree ocupar dentro de su campo profesional sintetiza la manera con que operan estos factores. *En segundo lugar*, las actitudes y los modos culturales de interacción habituales empleados por el terapeuta en sus intercambios personales constituyen una impronta activa que incide en toda su actividad profesional.

La distancia entre la posición socio-profesional del terapeuta y la condición socio-económica del paciente es una de las situaciones de mayor incidencia sobre las condiciones en que se establece el dispositivo terapéutico. Grandes distancias en cualquier dirección suelen estar asociadas con fracasos terapéuticos. Por regla general, puede afirmarse que las diversidades culturales acentuadas en el seno de la relación terapéutica constituyen un obstáculo para el desarrollo de la tarea. Una interesante gestión destinada a resolver los inconvenientes derivados de este problema fue la creación del *Nafsiyat Intercultural Therapy Centre*, creado en Londres, en 1983 (Kareem y Littlewood, 1992). Sin embargo, no debe deducirse que deba existir homogeneidad socio-cultural plena entre paciente y terapeuta. Ciertos grados de diferencia pueden ser útiles para promover procesos de cambio.

LA SITUACION VITAL DEL TERAPEUTA

Variables básicas como el sexo, las características físicas, intelectuales y emocionales, el nivel de conocimiento general y otras dimensiones que hacen al modo de ser de la persona del terapeuta contribuyen a la formación de su estilo peculiar. Resulta muy importante la variable de su experiencia, tanto en lo que

respecto a su vida cotidiana como a su actividad profesional. Se ha discutido con frecuencia sobre la conveniencia de que un terapeuta haya o no haya experimentado personalmente de manera directa o indirecta con el tipo de problemas de los que se ocupa. La opinión más extendida sostiene que dicha experiencia no es un requisito necesario para cumplir adecuadamente con la tarea. Sin embargo, las situaciones vitales por las que atravesó el terapeuta influyen decisivamente en la manera con que afronta su trabajo y constituyen un crisol que facilita o dificulta su capacidad para resolver los problemas específicos con que se enfrenta en su actividad.

La importancia de la experiencia profesional ha sido considerada en numerosos trabajos. También aquí resulta difícil llegar a una conclusión uniforme sobre su influencia en el curso de una terapia. Suele suponerse que la falta de experiencia constituye un factor negativo en la administración de la psicoterapia. Sin embargo, no siempre el aumento de la misma conduce a mejorar los resultados. Un elevado nivel de experiencia en general, o en relación con un tipo de problema en particular, puede incidir también negativamente sobre el terapeuta, favoreciendo en él la propensión a generalizar situaciones, a sobreimponer casos precedentes sobre la situación actual o a disminuir su motivación. Por el contrario, los terapeutas más novatos suelen ser aquellos mejor dispuestos a arriesgar decisiones críticas o a afrontar con mayor empeño el tratamiento de problemas severos.

De particular relevancia es el sistema de valores empleado por el terapeuta para contextualizar su tarea. Existen numerosas aproximaciones al tema (Beutler, 1983; Hamblin, Beutler, Scogin y Corbishley, 1993; Walsh, 1995). Utilizando el *Personal Values Questionnaire* en la versión desarrollada por Schwartz y el *Mental Health Values Questionnaire* de Jensen, Consoli (1994) realizó un minucioso estudio sobre los valores de 161 psicoterapeutas pertenecientes a seis enfoques terapéuticos en Argentina. Las conclusiones insisten en la conveniencia de considerar los valores de los terapeutas a la hora de decidir sobre el inicio de una psicoterapia.

LOS MODOS DE COMUNICACIÓN

Se trata del factor más idiosincrásico y comprende las acciones estilísticas primordiales con que el EPT moldea las aplicaciones de una técnica específica. Para desempeñarse en el seno de un acto psicoterapéutico el terapeuta debe cumplir con una serie de funciones. Para ello, cada profesional emplea modos de comunicación específicos que operan integradamente imprimiendo su sello personal de ejercer la práctica. Las funciones más significativas que hemos identificado son las siguientes: instruccional, evaluativa, atencional, expresiva, operativa y de compromiso vincular.

Cada una de estas funciones puede manifestarse a través de varias dimensiones. Hemos seleccionado para cada una de ellas, las dos dimensiones más relevantes e ilustrativas para estudiar el modo en que opera el EPT. (La Tabla 1 representa el conjunto de funciones y dimensiones identificadas). Ni las funciones enunciadas, ni las dimensiones que las representan, pretenden ser exhaustivas de la complejidad presente en un acto de psicoterapia.

Todas las dimensiones están representadas por continuos que tienen las siguientes características: (a) La extensión total refleja los límites máximos de desempeño favorable o positivo del terapeuta, quedando excluidas las acciones iatrogénicas, que caen fuera de los límites establecidos. (b) La acción global de las funciones expresa

el conjunto de rasgos, actitudes y disposiciones que todo terapeuta pone en evidencia durante el ejercicio de su práctica profesional.

Función instruccional

Se refiere al modo en que el terapeuta transmite las normas y prescripciones que rigen durante el tratamiento. Está constituida por el conjunto de acciones que lleva a cabo el terapeuta con el fin de instalar el dispositivo terapéutico y sirve para determinar los alcances y los límites de la relación terapéutica, y, por consiguiente, la distancia operativa que regirá entre paciente y terapeuta, así como los intercambios entre ambos, considerados legítimos en esa relación.

Si bien cada técnica terapéutica establece principios generales sobre la forma en que debe desarrollarse ese vínculo, el EPT cumplimenta esos principios de manera singular.

Las dimensiones más significativas de esta función son las siguientes: rigidez vs. flexibilidad y asimetría acentuada vs. asimetría moderada.

Tabla 1. Los modos de comunicación del terapeuta

FUNCIONES	DIMENSIONES	
INSTRUCCIONAL	Rigidez Asimetría acentuada	Flexibilidad Asimetría moderada
EVALUATIVA	Optimismo Centrada en los medios	Criticismo Centrada en los efectos
ATENCIONAL	Actividad Concentración	Receptividad Apertura
OPERACIONAL	Directividad Lógica	Persuasión Retórica
EXPRESIVA	Baja Tonalidad Corporal	Alta Tonalidad Verbal
COMPROMISO VINCULAR	Proximidad Focalización	Distancia Extensión

Algunos terapeutas se sienten inclinados a marcar límites muy rígidos, tanto en relación con el cumplimiento de las acciones o tareas, como en lo referente a los intercambios dentro del vínculo terapéutico. El establecimiento de límites rígidos suele ser un índice de inseguridad y puede expresar la necesidad de un fuerte control por parte del terapeuta respecto de los acontecimientos que pueden ocurrir durante el tratamiento. Ello puede favorecer el trabajo con pacientes severos o con pacientes que presentan dificultades manifiestas para respetar las consignas terapéuticas. El mayor inconveniente de un estilo rígido suele ser la tendencia a uniformar situaciones clínicas que requieren intervenciones matizadas. Por el contrario, cuando prima la flexibilidad, el terapeuta tiende a ajustar dicho límite, de acuerdo con las

condiciones que le presenta cada contexto específico o cada relación en particular. Sin embargo, no siempre la flexibilidad es la mejor opción. Los pacientes con tendencias autodestructivas, por ejemplo, pueden beneficiarse de esquemas de intervención más rígidos.

Asimetría acentuada vs. asimetría moderada

Existe consenso de que, en el interior de una relación terapéutica, debe existir una asimetría básica, una diferencia en el poder de decisión entre terapeuta y paciente que permita tener a ambos, claramente identificados sus roles. Algunos terapeutas manejan esta diferencia de modo acentuado, quedando situado, el rol del terapeuta, a gran distancia del paciente. Otros, por el contrario, la suavizan, acortando esa distancia en uno o varios aspectos. Suelen encontrarse ejemplos de lo primero entre los terapeutas novatos que experimentan, con frecuencia, la necesidad de afirmarse en su rol para poder llevar a cabo su tarea. Algo semejante ocurre cuando el paciente es derivado al terapeuta por alguien muy significativo para él, predisponiéndolo a sentirse exigido por encima de su nivel estándar.

La asimetría moderada suele ser una invitación a que el paciente participe de un modo activo y comprometido con el tratamiento. Ello resulta muy favorable en aquellos casos en que la psicoterapia está dirigida principalmente a favorecer el crecimiento personal del paciente, pero puede constituir un riesgo en pacientes con inclinaciones impulsivas o con comportamientos antisociales.

Función evaluativa

Se trata de la función que opera de modo más permanente, desde el comienzo del tratamiento y durante todo su curso. Consiste en el conjunto de estimaciones que lleva a cabo el terapeuta para ponderar la marcha del tratamiento, tanto en lo que respecta a su propio desempeño como al del paciente. Sirve como regulación de todas las otras funciones, incluida la del establecimiento de las reglas que gobiernan la tarea. Guidano (1994) considera que resulta casi imposible diferenciar la evaluación de la intervención terapéutica. Para cumplir con esta función, el terapeuta suele recurrir, más que en cualquiera de los otros casos, a otros expertos (supervisores) para realizar los ajustes y las correcciones necesarias. Las dimensiones más ilustrativas son las siguientes: optimismo vs. criticismo y centrada en los medios vs. centrada en los efectos.

Optimismo vs. criticismo

Aunque existen ciertos criterios objetivos de evaluación, basados en la observación o en el uso de instrumentos específicos, cada terapeuta realiza, permanentemente, otras evaluaciones a lo largo del tratamiento. Esto se aplica tanto al resultado como al proceso terapéutico, siendo especialmente importante en relación con esto último. Una tendencia optimista suele favorecer aspectos relacionados con la contención empática y con la posibilidad de infundir esperanza al paciente en situaciones especialmente difíciles, pero puede ser perjudicial si conduce a subestimar los problemas que debe enfrentar el paciente, generándole una exigencia negativa. La tendencia a acentuar una actitud crítica tiene consecuencias complementarias.

Centrada en los medios vs. centrada en los efectos

Aunque resulta obvio que todos los terapeutas están empeñados en lograr que sus pacientes tengan éxito en sus tratamientos, existen modalidades evaluativas que depositan mayor interés en el examen de los medios terapéuticos empleados, suponiendo que ello garantizará el éxito ulterior del tratamiento. Otros, por el contrario, focalizan su evaluación preferentemente sobre los efectos y, como consecuencia, sobre el resultado final. En el primer grupo suelen encontrarse aquellos terapeutas con mayor interés por la investigación, mientras que en el segundo grupo sobresalen los que muestran el predominio de una actitud clínica. Suelen encontrarse dentro de este último grupo, terapeutas con larga trayectoria profesional.

Aunque parece razonable esperar que un proceso correcto debe conducir a un resultado exitoso y viceversa, los estilos que enfatizan la evaluación de los medios pueden distraerse atendiendo al modo en que se aplican los procedimientos en detrimento del juicio clínico que supone atender a las variaciones particulares de cada situación terapéutica. En el polo opuesto, los "clínicos", especialmente aquellos con mucha experiencia y que no presentan mayores inquietudes teóricas, pueden inclinarse hacia un exagerado utilitarismo. Algunos efectos de una psicoterapia suelen hacerse manifiestos bastante tiempo después de terminado un tratamiento. A veces, algunas situaciones negativas generadas a lo largo del proceso pueden manifestarse tardíamente, después de haber quedado encubiertas en el análisis inicial de los resultados.

Función atencional

Está constituida por todas las operaciones que el terapeuta realiza con el fin de acceder a la información aportada por el paciente en su búsqueda de ayuda. Tradicionalmente fue denominada "función de escucha", particularmente cuando la psicoterapia era considerada, casi con exclusividad, una curación por medio de la palabra. La actual manera de concebir la psicoterapia como una conversación y la importancia asignada a los estilos narrativos en este campo, ha reforzado esa perspectiva. Sin embargo, a medida que se fueron agregando otros modos de comunicación en el proceso terapéutico (signos corporales, dramatizaciones, utilización de objetos intermediarios, etc.), esta función incluye operaciones más diversificadas. Todas ellas orientadas a capturar los signos provistos por el paciente que pueden ayudar al reconocimiento de su universo significativo. Sus dimensiones principales son las siguientes: actividad vs. receptividad y concentración vs. apertura.

Actividad vs receptividad

El terapeuta podrá orientar su atención de manera activa, realizando movimientos que busquen provocar en el paciente su disposición a proveer nuevas informaciones u orientar las informaciones presentadas en una dirección específica. Los terapeutas interesados en lograr resultados a corto plazo tenderán a operar en esta dirección. Otro tanto ocurre cuando se trabaja con pacientes en situaciones de emergencia o necesitados de soluciones rápidas.

Cuando el terapeuta actúa de manera receptiva, su atención opera en el sentido de un radar disponible para captar emisiones de signos producidos espontáneamente

por el paciente. La modalidad original del modelo psicoanalítico privilegió esta modalidad a la que denominó atención flotante.

Concentración vs. apertura

Cuando el terapeuta se posiciona frente al paciente de manera concentrada, facilita el registro de algunas informaciones bien definidas. Esto resulta especialmente útil cuando se trabaja con un abordaje terapéutico muy estructurado. Suele encontrarse representado en terapeutas que prefieren modelos ortodoxos o en los que manifiestan un interés hacia problemas o trastornos bien delimitados. Por el contrario, con el estilo abierto encontramos aquellos terapeutas que pueden preferir modelos más eclécticos de trabajo. Suelen trabajar con distintos tipos de problemas y están habituados a operar en múltiples niveles de intervención.

Función operativa

Se trata de las acciones que el terapeuta desarrolla con el fin de cumplir con el plan de tareas establecido. Está centrado en el manejo de las técnicas prescritas para cada tratamiento. En la medida que el terapeuta esté correctamente entrenado, se espera que aplique rigurosamente la técnica necesaria para cada caso. Sin embargo, el estilo personal de cada terapeuta lo llevará a cumplir con esta función de maneras muy diversas. Las dimensiones más destacadas en este caso son las siguientes: directividad vs. persuasión y lógica vs. retórica.

Directividad vs. persuasión

Un terapeuta podrá aplicar la técnica correspondiente, dirigiéndose normativamente al paciente para que cumpla con las indicaciones del caso. La directividad operativa se verá facilitada cuando la terapia tenga instructivos definidos sobre las tareas a cumplir por el paciente y existan objetivos muy detallados a lograr con el tratamiento. Los manuales de tratamiento constituyen un ejemplo privilegiado de técnicas que se benefician de un estilo directivo. En el extremo opuesto, encontramos aquellos terapeutas que utilizan modos persuasivos para ejecutar sus intervenciones. En ese caso predomina el interés por lograr una mayor participación del paciente en el proceso terapéutico, propio de aquellos tratamientos que involucran la personalidad global del paciente.

Lógica vs. retórica

Algunos terapeutas aplican las técnicas mediante indicaciones que siguen una sucesión estrictamente lógica de pasos. Se proponen cumplir literalmente con las instrucciones esperando que el paciente responda favorablemente a ese orden. Un modo lógico de operar favorece la transferencia de los principios técnicos a diferentes situaciones y su posterior comparación. Pero reduce la posibilidad de innovar que se ve favorecida en la modalidad contraria, basada principalmente en el uso de figuras retóricas (por ejemplo las metáforas), a las que el terapeuta recurre como una manera de volver inteligible para el paciente, la marcha del proceso terapéutico. Los terapeutas que operan con un estilo lógico consideran que el paciente puede acceder a desentrañar los mecanismos que gobiernan los procesos de cambio involucrados en su tratamiento. Los que utilizan una modalidad retórica

sostienen una concepción del cambio como un fenómeno más distanciado a la comprensión del paciente.

Función expresiva

Se trata de la función sobre la que más, probablemente, se ha insistido en los estudios sobre incidencia del factor personal del terapeuta. Se ha elaborado, incluso, un cierto prototipo o modelo ideal de función expresiva, que describe al psicoterapeuta como alguien "cálido", de gesto comprensivo, nunca muy elocuente, capaz de transmitir confianza y seguridad para comunicarse con él. Alguien sereno y preocupado por el otro, que invita a que uno le informe de sus problemas y pueda esperar una solución frente a ello.

En la realidad, los terapeutas suelen variar mucho entre sí y su modo de comunicación expresiva, y esta variación se distribuye en un amplio espectro. Por otra parte, no debe esperarse que un mismo modo expresivo sirva para hacer funcionar adecuadamente cualquier técnica, ni tampoco que existan modos genéricos de infundir la seguridad y confianza a todos los pacientes por igual.

Aunque esta función está presente en todo momento de la psicoterapia, su mayor peso está presente en los momentos iniciales, en ocasión de gestarse la alianza terapéutica, así como en todas las fases críticas del tratamiento, especialmente cuando dicha alianza enfrenta la posibilidad de alguna ruptura.

La función expresiva puede ejemplificarse por medio de dos dimensiones primordiales: baja tonalidad emocional vs. alta tonalidad emocional y corporal vs. verbal.

Baja tonalidad emocional vs. alta tonalidad emocional

Aunque conceptos como equilibrio, templanza y moderación parecen servir para definir estilos expresivos ideales para un terapeuta, resulta evidente que en muchas oportunidades, el modo de expresión emocional que puede contribuir al éxito de un tratamiento puede exigir modalidades de muy baja o muy elevada intensidad de transmisión. Ejemplos de ello suelen encontrarse frente a situaciones especiales de logro o bien ante circunstancias traumáticas como la pérdida de un embarazo o la muerte de un familiar. Suele considerarse que un estilo de mayor intensidad emocional puede requerirse a medida que aumenta la complejidad de un proceso terapéutico, ya sea en términos de la severidad del problema, de la profundidad de los objetivos o de la duración total del tratamiento.

Corporal vs. verbal

Es la dimensión más característica y más idiosincrásica de la función expresiva. Aunque la psicoterapia fue considerada como un procedimiento eminentemente verbal durante muchos años, la expresión corporal ha sido incluida como un recurso terapéutico de primordial importancia. En algunos casos (psicodrama, terapia gestáltica), ello alcanza mayor preponderancia aún.

Existen terapeutas que utilizan habitualmente modalidades corporales en sus comunicaciones expresivas. Entre las más significativas se encuentran: gestos faciales, ademanes, miradas, tonos de voz y movimientos corporales. Por el

contrario, otros terapeutas sostienen su expresividad por medio de modulaciones verbales como la fluidez verbal, la riqueza asociativa o los cambios de ritmo en la comunicación.

Función de compromiso vincular

Esta función sintetiza la involucración con que se cumplen todas las modalidades de comunicación utilizadas durante el acto terapéutico. No se refiere a una acción específica. Cada terapeuta manifiesta, por medio de su compromiso vincular, su disposición para ayudar al paciente. Tradicionalmente se consideró, como ocurre en el caso de la expresividad, que el mejor modo con que un terapeuta podía cumplir esta función, consistía en situarse, dentro de cualquiera de sus dimensiones, en un punto equilibrado. En la práctica, los terapeutas se alejan mucho de ese punto medio, lo que ha permitido en realidad, descubrir algunos interesantes fenómenos de la práctica. Las dos principales dimensiones que representan esta función son: nivel de compromiso interpersonal (involucración del terapeuta ante el paciente), y nivel de compromiso intrapersonal (involucración del terapeuta ante sí mismo).

Compromiso interpersonal: proximidad vs. distancia

Algunos terapeutas sólo se sienten cómodos para trabajar cuando logran que la relación con el paciente no implique una fuerte involucración personal. Terapeutas con ese perfil se encuentran entre quienes prefieren realizar tratamientos individuales antes que grupales, con pacientes no muy severos y con alto grado de autonomía personal, con programas terapéuticos focalizados y de corta duración.

La contrapartida la encontramos en aquellos terapeutas que trabajan a gusto cuando existe un fuerte grado de involucración en la relación de ayuda que mantienen con sus pacientes. Son terapeutas que prefieren tratamientos con pacientes más perturbados, que eligen formas terapéuticas más abiertas y extendidas en el tiempo, lo que los expone a desarrollar un vínculo más intenso y a participar de zonas de la experiencia personal del paciente de mayor intimidad.

Compromiso intrapersonal: focalización vs. extensión

Consiste en el grado de compromiso que el terapeuta experimenta con su trabajo, y su relación con el resto de las áreas vitales. El modo focalizado describe a aquel terapeuta que involucra pocos aspectos de su vida personal en el trabajo en términos de tiempo, relaciones familiares y personales, expectativas económicas y de prestigio social. El otro modelo describe al terapeuta que se siente comprometido de forma más global con su tarea, lo que afecta y repercute sobre muchas áreas de su vida personal.

SOBRE LA INTEGRACIÓN DEL ESTILO PERSONAL Y LA TÉCNICA TERAPÉUTICA

Cada uno de los grandes modelos de psicoterapia contribuyó con una propuesta teórico-clínica específica. Algunos han generado numerosas variables. Cada modalidad particular incluye la prescripción de las condiciones en que debe realizarse

el tratamiento y las técnicas que deben utilizarse para cada situación. Durante un largo período existió la creencia de que cada técnica sólo era aplicable dentro del contexto modelístico en que fuera creada, pero los desarrollos posteriores de la investigación permitieron observar que las técnicas admitían una transferencia intermodelística, conservando su eficacia y favoreciendo los enfoques eclécticos e integrativos.

Estos fenómenos plantean problemas de gran interés vinculados con la selección y formación de recursos profesionales en esta práctica. Pueden ejemplificarse con estas preguntas : a) ¿es posible establecer un perfil ideal de EPT para cada modelo de psicoterapia?; b) de manera más circunscrita, ¿es posible establecer un perfil ideal de EPT para cada procedimiento técnico en particular?, y c) ¿existe algún EPT que caracteriza el modo de trabajo integrativo en psicoterapia?

Estilo personal del terapeuta y modelos de psicoterapia

Cada uno de los modelos tradicionales de psicoterapia se basó en una concepción teórica sobre tres cuestiones primordiales: la personalidad y sus dominios, la psicopatología y la concepción sobre los procesos de cambio. La propuesta técnica correspondiente prescribe las características del acto terapéutico: el dispositivo, la modalidad de interacción entre paciente y terapeuta, las intervenciones terapéuticas y los criterios de evaluación disponibles. Las formulaciones ortodoxas de cada modelo representan las formas más estrictas. De ellas pueden desprenderse los perfiles esperados más habituales de cada modelo. La Figura 1 representa los perfiles que describen, a nuestro juicio, el ETP ideal correspondiente a los siguientes modelos: psicoanálisis, terapia del comportamiento, terapia sistémica, terapia gestáltica y terapia existencial.

Dado que han surgido diferentes variantes de estos modelos, podría utilizarse un perfil específico para cada una de esas modalidades. Así, por ejemplo, podrían emplearse perfiles diferenciales de la terapia sistémica: uno estructural, otro estratégico. O para la terapia existencial: uno para el enfoque centrado en la persona, otro para el enfoque logoterapéutico. Del mismo modo podría procederse con los otros modelos.

¿En qué medida estos perfiles operan en la práctica? Aunque estos perfiles ayuden a visualizar las características generales esperadas del estilo de un terapeuta, no es seguro que los terapeutas que emplean esos modelos se ajusten de manera rígida a dichas características. En la práctica se asumen significativas variaciones entre los estilos con que puede emprenderse una modalidad terapéutica definida, debido al hecho de que la variable del EPT es una condición de gran singularidad y que el rango de variación con que pueden cumplirse los requerimientos de una técnica son mucho más amplios. Los resultados esperados de una psicoterapia dependen, por lo tanto, de la interacción entre una indicación técnica y el EPT que la lleva a cabo.

Estilo personal del terapeuta y técnicas terapéuticas

Podrían intentarse diseñar perfiles más específicos, correspondientes a cada una de las técnicas terapéuticas, referidos a cuestiones como: la amplitud de los objetivos, la complejidad de los recursos, el tipo de intervenciones, etc. Por ejemplo, ¿cuál es el perfil ideal del EPT correspondiente a la *interpretación psicodinámica*, la *prescripción del síntoma*, la *dramatización*, la *técnica de las dos sillas*, la *intención paradójica* o la *reestructuración cognitiva*? Parece más probable encontrar modos definidos para los

estilos correspondientes a cada técnica, en la medida que la aplicación correcta de la misma exige un experto que debe tener no solamente capacidad sino disponibilidad para implementarla en las condiciones particulares en que opera.

Hemos estudiado en los últimos años la correspondencia entre EPT y aspectos técnicos particulares, en el contexto institucional de nuestra labor clínica. De los diferentes aspectos que llamaron nuestra atención, la variable de la extensión del tratamiento es la que nos condujo a observaciones más interesantes y reveladoras.

Durante un período de tres años, estudiamos la actividad de un grupo de 30 terapeutas de nuestra institución. Utilizamos para ello, registros e informes escritos, observaciones en vivo a través de una cámara de visión unidireccional y filmaciones en vídeo de las sesiones.

La extensión de una psicoterapia es una de las variables técnicas más influyentes en el diseño de un tratamiento y en el curso del mismo. Se refiere tanto a la frecuencia como al tiempo de duración total y de ella dependen numerosos factores como: amplitud de los objetivos, modalidad de la relación terapeuta-paciente, grado de exposición del terapeuta, grado de intimidad de los sentimientos expresados por el paciente. La forma más habitual de clasificar a las psicoterapias de acuerdo con su extensión, es en dos grandes grupos: breves y prolongadas. Últimamente, se han ensayado formas más particulares de clasificación. Olfson y Pincus (1994) utilizan cuatro categorías: muy breves, breves, intermedias y prolongadas.

En nuestro centro asistencial, utilizamos un criterio tripartito para clasificar la extensión de los tratamientos: breves, intermedios y prolongados. Con los primeros se abordan objetivos focalizados, generalmente unisintomáticos, de poca evolución en la demanda. Suelen no exceder los seis meses de tratamiento. Tampoco suelen sobrepasar las 50 sesiones, e incluso la mayoría se cumple en un número menor a ése. Las formas intermedias suponen varios objetivos articulados entre sí, con menor grado de focalización aunque abarcables desde el diseño inicial del tratamiento. Suelen durar entre uno y tres años y su frecuencia más habitual es la de 2 sesiones semanales. Corresponde con la expectativa más habitual encontrada en nuestras investigaciones sobre representación de la psicoterapia en la población general (Fernández-Álvarez, Bregman, García y Scherb, 1996). Las formas prolongadas corresponden a los objetivos abiertos, propios de la psicoterapia orientada a favorecer el desarrollo personal y que operan sobre la dinámica global de la personalidad del paciente. No tienen un tiempo definido de duración y puede tener una frecuencia de varias sesiones semanales.

Los terapeutas observados habían recibido entrenamiento adecuado para llevar a cabo tratamientos en cada una de esas tres formas. Los pacientes eran asignados a cada terapeuta de acuerdo con criterios diagnósticos relativos al tipo de problema o trastorno presentado y otras variables como la edad, el nivel sociocultural o el estilo comunicacional dominante. Los terapeutas fueron juzgados por los supervisores, con un nivel de eficiencia equivalente. Sin embargo, se observó un fenómeno de sumo interés. El tiempo inicial de duración total estimado para cada tratamiento sufría modificaciones en una cantidad respetable de casos. Ello estaba contemplado en nuestro proyecto asistencial, ya que admite la posibilidad de modificar las condiciones de un tratamiento en curso, cuando la evolución del mismo lo exija. Existen ciertas pautas y condiciones a las que se debe ajustar el terapeuta en esos casos. La prolijidad en el cumplimiento de estas reglas garantizaron un nivel adecuado de eficiencia en el conjunto de los tratamientos.

¿Qué observamos al estudiar los cambios en la duración prevista? Hallamos un hecho sorprendente: los terapeutas habían tendido a modificar la extensión en una cierta dirección. Algunos habían inclinado la duración hacia formas más abreviadas, mientras otros habían tendido a prolongar los tratamientos. Examinando esas tendencias, encontramos que los terapeutas podían clasificarse según su disposición e interés en llevar a cabo tratamientos de corta, mediana o larga duración, más allá de la indicación previa asignada por el equipo de admisión.

Pasamos a considerarlos terapeutas "breves", "intermedios" y "prolongados", dada la recurrencia evidenciada por cada uno para encontrar buenas razones que justificaban llevar los tratamientos hacia una determinada extensión. Trabajando con indicaciones de terapia prolongada, y en el curso de buenos procesos terapéuticos, los terapeutas "intermedios" solían encontrar que, alrededor de los dos años y medio o tres años, el paciente perdía motivación para continuar con su terapia. Los terapeutas "breves" solían enfrentarse a mejorías bruscas e inesperadas que volvían inútil continuar con una psicoterapia que inicialmente había sido programada para un tiempo más dilatado. Los terapeutas "prolongados" informaban con frecuencia que sus pacientes se sentían inclinados a extender los objetivos iniciales hacia propósitos más abarcativos.

Es posible describir el EPT que cubre de manera más adecuada los requerimientos de cada una de las formas extensivas de tratamiento. Ello queda representado en la Tabla 2, con base en siete dimensiones pertenecientes a cinco de las funciones comunicacionales descritas anteriormente.

Los terapeutas con un estilo personal correspondiente a la polaridad izquierda de la figura tienen un perfil que funciona adecuadamente en los tratamientos breves. En el extremo opuesto quedan representadas las características estilísticas de quienes se manejan mejor con terapias prolongadas. Los terapeutas con valores medios en esas dimensiones suelen actuar más eficientemente en nuestras indicaciones de terapia intermedia. Las dimensiones excluidas de la figura no constituyen indicadores significativos en relación con este fenómeno.

Esto tiene algunas interesantes implicaciones para la práctica. En primer lugar, sirve para orientar a las personas que deciden comenzar a entrenarse como terapeutas hacia un perfeccionamiento más afín con su estilo personal. De hecho, entre los terapeutas con mayor experiencia, se observa una tendencia espontánea de los mismos a especializarse en su trabajo acorde con estas características. Por otro lado, también sirve para conocer aspectos de la técnica, especialmente cuando se busca desarrollar alguna forma nueva de intervención o que supone modificaciones a técnicas estándar de aplicación.

Fenómenos semejantes al descrito se encuentran al estudiar otras de las variables técnicas de la psicoterapia. Para ilustrarlo, sirven estos ejemplos :

(a) Terapeutas que operan eficientemente en terapias individuales suelen tener estilos que privilegian una asimetría acentuada, mientras que la asimetría moderada es característica de quienes se desempeñan con eficacia en las terapia grupales.

Tabla 2. Modos de comunicacion y extensión de la psicoterapéutico

FUNCIONES COMUNICACIONALES	EXTENSIÓN DE LA PSICOTERAPIA
INSTRUCCIONAL	Breve Intermedia Prolongada
	Rigidez Flexibilidad
ATENCIONAL	Actividad Receptividad Concentración Apertura
OPERACIONAL	Directividad Persuasión Lógica Retórica
EXPRESIVA	Baja tonalidad Alta tonalidad
COMPROMISO	Distancia Proximidad

(b) Terapeutas interesados en ayudar a personas con enfermedades físicas y terminales suelen mostrar estilos evaluativos optimistas; estilos más críticos se suelen encontrar entre los terapeutas acostumbrados a trabajar con pacientes adultos sin trastornos de gran severidad.

(c) Los terapeutas que trabajan en pequeñas localidades suelen presentar un estilo interpersonal próximo, mientras que los que se desempeñan en grandes centros urbanos (y especialmente cuando trabajan dentro de grandes organizaciones), manifiestan predominio de un estilo interpersonal distante.

Estilo personal del terapeuta e integración de la psicoterapia

¿Existe un EPT característico de quien trabaja con un modelo integrativo de psicoterapia? La respuesta más adecuada es ambigua: por un lado sí, por otro lado no. Veamos por qué.

No existe un EPT integrativo, en la medida en que no existe "un modelo integrativo" de psicoterapia. La integración en este campo señala una tendencia necesaria, a partir de cierto momento de la evolución, para facilitar la transferencia intermodelística y la discusión sobre los aportes y resultados de las diferentes propuestas terapéuticas. El interés por desarrollar modelos de integración en

psicoterapia supone elaborar gnoseológica y epistemológicamente una estructura teórica susceptible de traducir en un nivel de mayor complejidad, las formulaciones de base que se pretende integrar. Eso mismo admite innumerables propuestas posibles, dependiendo de los aspectos particulares que se pretenden integrar y del marco de referencia utilizado. Antes que "un" modelo integrativo, se observa una "actitud o disposición integrativa" capaz de promover la gestación de diversas alternativas posibles.

Pero, aunque no exista un EPT unificado y totalizador, correspondiente a un modelo integrativo, es posible afirmar que existe un perfil de terapeuta que facilite dicha actitud integrativa. ¿Qué características puede presentar dicho estilo? Se trata de un terapeuta capaz, por sobre todas las cosas, de moldear sus intervenciones de acuerdo con cada situación concreta que le toque enfrentar. Tendrá un estilo definido en algunas dimensiones como alta flexibilidad y función atencional abierta. Y en muchas dimensiones podrá variar a lo largo del continuo, pues el carácter integrativo de su práctica lo volverá proclive a elegir, alternativamente, entre diferentes opciones.

REFERENCIAS

- Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy. A systematic approach*. New York: Pergamon.
- Beutler, L.E., Machado, P.P. y Alstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229-269). New York: Wiley.
- Castonguay, L.G. (1993). Common factors and nonspecific variables: Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3 (3), 267-286.
- Consoli, A.J. (1994). Psychotherapist's personal and mental health values according to their theoretical/professional orientation. *Doctoral Dissertation*
- Dijk, T.A. van (1983). *La ciencia del texto*. Buenos Aires: Paidós.
- Ducrot, O. y Todorov, T. (1974). *Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje*. México: Siglo XXI.
- Etchegoyen, R.H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fernández-Álvarez, H., Bregman, C., García, F. y Scherb, E. (1996). La representación de la eficacia de la psicoterapia. En Jiménez, J. P., Buguñá, C. y Belmar, A. (Eds.), *Investigación en psicoterapia. Procesos y resultados* (pp. 89-108). Santiago: Sociedad para la Exploración de la Psicoterapia.
- Fuller Torrey, E. (1986). *Witchdoctors and psychiatrists*. New York, 1986.

- Guidano, Vittorio (1994). *El sí-mismo en proceso*. Buenos Aires: Paidós.
- Guy, J.D. (1987). *The personal life of the psychotherapists*. New York: Wiley
- Hamblin, D.L., Beutler, L.E., Scogin, F. y Corbishley, A. (1993). Patient responsiveness to therapist values and outcome in group cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 3 (1), 36-46.
- Holmqvist, R. y Armelius, B-A. (1996). Sources of therapists' countertransference feelings. *Psychotherapy Research*, 6 (1), 70-78.
- Karasu, T.B. (1986). Specificity versus non-specificity dilemma, toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kareem, J. y Littlewood, R. (1992). *Intercultural therapy. Themes, interpretations and practice*. Oxford: Blackwell.
- Kottler, J.A. (1993). *On being a therapist*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. y Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-211), New York : Wiley.
- Olfson, M. y Pincus, H.A. (1994). Outpatient psychotherapy in the United States. II : Patterns of utilization. *American Journal of Psychiatry*, 151 (9), 1289-1294.
- Orlinsky, D.E. y Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. y Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy...noch einmal. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Semerari, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Walsh, R.A. (1995). The study of values in psychotherapy: a critique and call for an alternative method. *Psychotherapy Research*, 5 (4), 313-326.

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Elisardo Becoña Iglesias y Fernando Lino Vázquez González
Universidad de Santiago de Compostela, España

[Luis Armando Oblitas Guadalupe](#)
Universidad Intercontinental, México

INTRODUCCIÓN

Hoy no hay ninguna duda de que la utilización del método científico es algo que va unido a la propia definición de psicología. Entendida ésta como ciencia de la conducta, con o sin conciencia, según las distintas posturas conceptuales que conviven dentro de ella, la psicología ha logrado un lugar y un prestigio entre las ciencias gracias a la experimentación, tanto de las conductas observables como de las encubiertas o inobservables. Lo que pretendemos genéricamente como psicólogos, y específicamente como psicólogos clínicos, es conocer, explicar, predecir y resolver los problemas de la conducta humana o de la mente humana. La ciencia se caracteriza (Mitchell y Jolley, 1992) por buscar reglas generales, recoger evidencia objetiva, plantear afirmaciones verificables, adoptar una actitud escéptica, estar abierta a nuevas ideas, creativa, explícita, pública y productiva, para hacer descubrimientos y progresos. La psicología, como tal ciencia, tiene los mismos objetivos que la ciencia en general y, específicamente, su punto de mira es conocer y resolver los problemas humanos.

La investigación, por tanto, permite contestar a las cuestiones que nos planteamos ante un hecho para el que no tenemos explicación adecuada. La metodología de investigación nos guía en este objetivo y su adecuado conocimiento es uno de los pilares básicos de la psicología y del psicólogo clínico, como es un claro ejemplo el modelo de Boulder para los psicólogos clínicos norteamericanos, modelo que ha sido seguido por muchos otros países, donde el psicólogo clínico es definido como un científico-profesional (Barlow, Hayes y Nelson, 1984). Este se caracterizaría por tener una buena base de conocimientos clínicos para la evaluación, tratamiento y prevención de los distintos problemas y trastornos psicológicos así como también una buena base científica para mediante la investigación hacer progresar nuestra ciencia.

TIPOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

La investigación en psicoterapia sigue los mismos procedimientos generales de la investigación científica y específicamente de la psicología. Sin embargo, su especificidad radica en que se centra básicamente en evaluar la eficacia de intervenciones terapéuticas psicológicas en uno o más sujetos que tienen un problema o trastorno psicológico. La metodología de investigación en psicología clínica estuvo estrechamente relacionada a la terapia de conducta desde sus inicios (*cfr.* Kazdin, 1978). De hecho, varios de los procedimientos que vamos a revisar se desarrollaron dentro de la terapia y modificación de conducta, tales como los diseños

de caso único. Por suerte ha habido en los últimos años un cambio importante por parte de otras orientaciones terapéuticas que se han visto obligadas a utilizar el método científico para comprobar o no su eficacia por obligaciones inherentes al estado de los tiempos (primacía de la tecnología), costes del sistema de salud, fuerte competencia de la farmacoterapia, necesidad de tener estatus científico, imperativos legales, etc. Este hecho, por contra, ha facilitado en algunos casos la casi total aceptación de conceptos relegados en otras épocas por su falta de carencia científica o imposibilidad de evaluación objetiva (ej., pensamientos, sentimientos), red denominación de conceptos muy discutidos (ej., inconsciente) con un nuevo modo de investigarlos, comprobación de la eficacia de algunas terapias para trastornos concretos cuando previamente estaban desechados del campo empírico por negarse a evaluarlas (ej., terapia interpersonal), etc.

Todo ello, permite tener un mayor consenso hacia afuera, hacia las otras ciencias, como en algunos casos, así, ha demandado la administración sanitaria de muchos países, en donde sólo se financian aquellos tratamientos que han demostrado con la metodología científica que son más efectivos que el no tratamiento, la remisión espontánea, un grupo control, etc.

Cuando queremos evaluar una terapia psicológica se siguen varios pasos (Agras y Berkowitz, 1980; Bayés, 1984). Primeramente, basándonos en el conocimiento actual sobre el tema, un trastorno concreto en nuestro caso, tenemos dos posibilidades inicialmente: observación clínica o investigación básica. En la observación clínica lo que hacemos es analizar casos que, aunque no constituyen un estudio controlado, es el primer paso para plantear problemas adecuados sobre el trastorno y pasar a fases más complejas de la investigación. Igualmente, cuando es posible hacer investigación básica, con animales o humanos, podemos más fácilmente en el laboratorio que en la clínica, desarrollar modelos teóricos que tendremos, posteriormente, que comprobar con grupos adecuados de sujetos (Weisz, Weiss y Donenberg, 1992). La confluencia de los dos métodos anteriores, o uno solo de ellos, nos llevaría a desarrollar nuevos procedimientos de intervención, los cuales pasaríamos a comprobar de tres modos distintos: a) mediante estudios sistemáticos de casos clínicos individuales, preferentemente con diseños de caso único o $N = 1$; b) mediante estudios análogos con poblaciones no clínicas y grupos control, si no es posible acceder a las poblaciones clínicas con ese trastorno; y, c) mediante estudios clínicos con grupos controles.

Cuando nuestra investigación ha mostrado que un tratamiento es efectivo respecto a un grupo de control, tenemos que comprobar que esa eficacia del final del tratamiento se mantiene a largo plazo (habitualmente un año), es necesario replicar en otros estudios que este hallazgo se mantiene además de aplicar las estrategias de evaluación del tratamiento, como comparar qué elementos del mismo son los responsables de la eficacia, si se incrementa la eficacia añadiendo nuevos componentes, si variables del cliente o del terapeuta incide en la eficacia, etc. Tanto para el clínico como para el investigador, las posibilidades de evaluar su trabajo, la aplicación de un tratamiento, son hoy posibles, diversas y amplias. Los distintos tipos de investigación lo hacen posible, como veremos, pudiendo tanto el clínico como el científico-investigador, contribuir de modo importante tanto a la mejora y evaluación de su propio trabajo clínico, como a incrementar el bagaje técnico, profesional y social de la psicología clínica como una ciencia aplicada que tiene como objetivo central reducir el sufrimiento del ser humano.

Una nota final para el lector en este punto es que los métodos que vamos a describir caen dentro del paradigma de investigación cuantitativa y positivista que domina la investigación de la psicoterapia contemporánea (cfr. Bergin y Garfield, 1994; Kazdin,

1994). Esto implica definiciones operacionales, evaluaciones estandarizadas, prueba de hipótesis y métodos cuantitativos de evaluación. Otro paradigma distinto es el de la aproximación fenomenológica y hermenéutica, el cual se centra en la experiencia de los pacientes individuales y en métodos cualitativos y descriptivos, y que ha quedado relegado casi totalmente del campo de la psicología al optar ésta, ya hace casi un siglo, por convertirse en una ciencia.

TIPOS DE VALIDEZ EXPERIMENTAL

Tal y como hemos visto, podemos encontrarnos con distintos tipos de investigación en psicoterapia. Sin embargo, todas persiguen el mismo objetivo: poder obtener conclusiones válidas acerca de una determinada intervención. Para conseguir este propósito es necesario separar las influencias de la variable que se manipula de otros factores desconocidos, que pueden interferir con la extracción de inferencias válidas. El investigador pretende atribuir los resultados conseguidos a los efectos del tratamiento y, por tanto, minimizar las amenazas a la validez. La metodología, el diseño de investigación y el cálculo estadístico son las herramientas fundamentales con las que contamos para excluir o minimizar dichas amenazas. Dicho de otro modo, cuando nos referimos a los distintos factores, diferentes de la variable independiente, que pueden entorpecer nuestras inferencias, estamos haciendo alusión a tipos de validez experimental, habiéndose identificado cuatro tipos: validez interna, validez externa, validez de constructo y validez estadística (Cook y Campbell, 1979; Kazdin, 1992).

La *validez interna* tiene que ver con aquellas amenazas que podrían explicar los resultados de la intervención. Se refiere a la medida en que una situación experimental concreta es capaz de descartar las explicaciones alternativas a las diferencias obtenidas. Las amenazas a la validez interna son todas aquellas variables, distintas a la independiente⁴, que puedan provocar cambios y, por tanto, confundir el proceso de inferencia (ej., historia, maduración, medición repetida). Esto es, se refiere hasta qué punto un experimento demuestra claramente que la intervención explica el cambio.

Aunque lo más importante y prioritario en investigación es demostrar las relaciones entre la variable(s) independiente(s) y la(s) dependiente(s), no debemos dejar de valorar la generalización de la(s) relación(es) a otras personas, situaciones, tiempos, etc. Esto hace referencia a la *validez externa*, la cual aborda la cuestión del alcance al que se pueden generalizar o extender los resultados obtenidos en un estudio. Por tanto, cuando se finaliza una investigación también debe preocuparnos qué sujetos, situaciones, tiempos, características de la situación experimental, etc., podemos generalizar los cambios que hemos constatado. En la tabla 1 aparecen los factores más importantes que afectan a la validez interna y externa.

Tanto la *validez de constructo* como la *validez de conclusión estadística* se les ha prestado menos atención, puesto que se dirigen a cuestiones más sutiles. La validez de constructo surge una vez que se ha demostrado que un determinado tratamiento fue el responsable del cambio. En concreto, la validez de constructo se refiere a los factores relacionados con la base conceptual que subyace al efecto de la intervención. Una de las tantas cuestiones que podemos plantearnos es el alcance al que el constructo que subyace al efecto de la intervención sirve como base de interpretación a dicho efecto y no a otros factores tales como la atención, el contacto con el sujeto, expectativas de los sujetos y/o experimentadores, etc. Por último, nos encontramos con la *validez estadística*, la cual está directamente relacionada con los

aspectos de la valoración cuantitativa que podrían afectar a la interpretación de los hallazgos tales como una baja potencia estadística, variabilidad en los procedimientos, falta de fiabilidad en la medición y pruebas estadísticas inapropiadas. La cuestión de interés de la misma es hasta qué punto se ha logrado un resultado y cómo puede la investigación detectar los efectos si los hay.

Tabla 1. Factores que atentan contra la validez interna y externa.

Amenazas a la validez interna
<p><i>Historia:</i> Los acontecimientos específicos ocurridos durante la investigación entre la medición pretratamiento y la postratamiento (ej., discusión conyugal).</p> <p><i>Maduración:</i> Procesos internos de los sujetos que se producen como consecuencia del paso del tiempo (ej., hacerse mayor). mayor .</p> <p><i>Medición:</i> Cualquier cambio que pueda ser atribuido a la administración de las pruebas de evaluación.</p> <p><i>Instrumentación:</i> Los cambios que se producen por los instrumentos de medida o en el procedimiento evaluativo.</p> <p><i>Regresión estadística:</i> Fenómeno que se produce como consecuencia de elegir sujetos para formar los grupos en base a puntuaciones extremas.</p> <p><i>Sesgos de selección:</i> Cualquier diferencia entre los grupos que sea debido a la selección diferencial en el proceso de asignación a los grupos.</p> <p><i>Atrición:</i> Pérdida de sujetos en el transcurso de la investigación.</p> <p><i>Difusión del tratamiento:</i> Ocurre cuando la intervención aplicada al grupo experimental es inadvertidamente también proporcionada al grupo control.</p>
Amenazas a la validez externa
<p><i>Generalización a través de los sujetos:</i> El alcance con el que los resultados de nuestra investigación pueden generalizarse a otros sujetos.</p> <p><i>Generalización a través de las situaciones:</i> El alcance con el que los resultados obtenidos se pueden generalizar a otras situaciones.</p> <p><i>Generalización a través de las medidas de respuesta:</i> Hasta qué punto se puede extender nuestros resultados a otras conductas distintas de las que hemos medido.</p> <p><i>Generalización a través del tiempo:</i> El alcance que pueden tener los efectos conseguidos más allá del período que hemos utilizado en una investigación dada.</p> <p><i>Generalización a través de los agentes de cambio de conducta:</i> Hasta qué punto pueden administrar el mismo tratamiento otras personas diferentes a las que lo hicieron en una investigación particular.</p> <p><i>Reactividad a la situación experimental:</i> La posibilidad de que los sujetos puedan manifestar determinadas reacciones fruto del conocimiento de estar participando en</p>

una investigación.

Evaluación reactiva: Las influencias derivadas del conocimiento de los sujetos de que están siendo evaluados.

Sensibilización pretest: La posibilidad de que al evaluar los sujetos antes del tratamiento, los sensibilice de cara a la intervención subsiguiente.

Interferencia de múltiples tratamientos: Cuando los sujetos se exponen a más de un tratamiento, las inferencias acerca de un tratamiento particular pueden estar limitadas por el hecho de que no sabemos con precisión si el cambio observado se debe a ese o a otro tratamiento.

Novedad del tratamiento: Posibilidad de que los efectos de una intervención puedan en parte depender de la novedad de la misma, más que a la eficacia del tratamiento en sí.

Como bien podemos observar, cada tipo de validez plantea determinadas cuestiones. Aunque, no todas las amenazas a la validez pueden ser neutralizadas en un estudio dado, ello no nos exime de intentar buscar la metodología, el diseño y la prueba estadística más idónea para descartar el mayor número posible de amenazas.

¹ *La variable independiente es la que se manipula y la dependiente es la que se evalúa (ej., tener un grupo de sujetos en el grupo experimental y el otro grupo de control para comprobar la eficacia de un tratamiento).*

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

El objetivo básico de la investigación en psicoterapia es desarrollar y evaluar tratamientos efectivos. Esto se lleva a cabo a través de varias estrategias de evaluación del tratamiento, que se agrupan en ocho (Kazdin, 1980, 1983, 1986, 1992, 1994): paquete de tratamiento, estrategia de descomposición del tratamiento, estrategia de construcción del tratamiento, estrategia de parámetros del tratamiento, estrategia de comparación del tratamiento(s), estrategia de variación del cliente y del terapeuta, estrategia de investigación del proceso, y estrategias combinadas de las anteriores. En la tabla 2 presentamos las características definitorias de cada una de ellas.

Estrategia de paquete de tratamiento

Esta estrategia se denomina "paquete de tratamiento" porque éste es examinado en conjunto cuando incluye distintos componentes. En esta estrategia se evalúa el efecto de un tratamiento particular para comprobar su efectividad en un problema clínico concreto. En esta estrategia y, para excluir la posibilidad de que el cambio sea una función de eventos históricos, madurativos, remisión espontánea, evaluación repetida y otras amenazas a la validez interna, habitualmente se utiliza un grupo control de no tratamiento o lista de espera. Esta estrategia implica básicamente aplicar un tratamiento concreto a un trastorno específico y comprobar si con el mismo se produce cambio terapéutico. Si demuestra otro que es eficaz, quedan otras preguntas por responder, para las que es más adecuado otro tipo de estrategias. Ejemplos de paquetes de tratamiento pueden verse para la depresión en Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), para la agorafobia en Pastor y Sevillá (1995) y para el tabaquismo en Becoña (1993), entre otros muchos.

Estrategia de descomposición del tratamiento

En esta estrategia se analizan los componentes de un tratamiento. Esto implica que utilizamos un paquete de tratamiento que previamente ha mostrado su eficacia y ahora nos interesa conocer a qué componentes del mismo se debe la misma. En esta estrategia un grupo de sujetos recibe el tratamiento completo, otro grupo el tratamiento menos un componente del mismo, otro sin dos componentes del mismo, etc.

Tabla 2. Estrategias de valoración de los tratamientos para desarrollar e identificar las intervenciones eficaces

Estrategia de tratamiento	Objetivo que persigue	Forma de proceder
Paquete de tratamiento	Evaluar si un tratamiento específico produce cambio terapéutico.	Comparar una condición de tratamiento con una de no tratamiento o de lista de espera.
Estrategia de desmantelamiento	Encontrar los componentes básicos de un paquete de tratamiento que faciliten el cambio terapéutico.	Comparar dos o más grupos de tratamiento a los que se le hayan sacado componentes.

Estrategia constructiva	Apresar aquellos componentes que añadidos a un tratamiento optimizan la eficacia del mismo.	Comparar dos o más grupos de tratamiento, a los que se hayan añadido componentes.
Estrategia paramétrica	Variar cuantitativa o cualitativamente un parámetro de un tratamiento para maximizar la efectividad del mismo.	Comparar dos o más grupos de tratamiento que varíen en algún parámetro del tratamiento.
Estrategia comparativa	Evaluar si un tratamiento es más eficaz que otro para un problema clínico dado.	Comparar dos o más grupos con distintos tratamientos para un problema concreto.
Estrategia de variación cliente y terapeuta	Averiguar hasta qué punto la eficacia de una intervención puede deberse a las características de los clientes y/o terapeutas.	Comparar el mismo tratamiento variando una o más características de los clientes y/o terapeutas.
Estrategia de proceso	Investigar los procesos que se produzcan durante el tratamiento y que repercuten en el resultado del mismo.	Comparar grupos de tratamiento en los que se evalúan las interacciones paciente y terapeuta en las sesiones.

Adaptado de Kazdin (1980, 1992, 1994).

En la práctica, suelen utilizarse dos o como máximo tres grupos de comparación con esta estrategia, siendo conveniente utilizar también otro de control.

Esta estrategia permite conocer cuáles son los componentes específicos más importantes del tratamiento. También permite corroborar o refutar las hipótesis teóricas derivadas de la estrategia en su conjunto y del peso de cada uno de sus componentes. Exige, por su parte, que el tratamiento que comparemos esté claramente delimitado y sea divisible en varios componentes. Un ejemplo de esta estrategia aplicada al trastorno de estrés postraumático puede verse en Renfrey y Spates (1994) donde utilizaron la desensibilización sistemática del movimiento ocular, utilizando dicho procedimiento de modo estándar, comparándolo con dos variantes, una sin el componente terapéutico del movimiento ocular y, la otra, sólo con tareas de rastreo visual.

Estrategia de construcción de tratamiento

Al contrario que en la estrategia anterior de descomposición, en la de construcción del tratamiento partimos de uno al que añadiremos componentes adicionales u otro

tratamiento, con el objetivo de mejorar el resultado del mismo. En esta estrategia se plantea la cuestión de *¿qué componentes u otros tratamientos pueden añadirse para mejorar el cambio terapéutico?* Un ejemplo claro de esta estrategia son los múltiples estudios realizados en los últimos años, comparando tratamientos psicológicos con tratamientos farmacológicos, en donde se utilizan el psicológico y el farmacológico, separadamente, y la combinación de ambos. Un ejemplo de aplicación de autoexposición, farmacoterapia (benzodiazepinas) y combinación de ambos aplicado a la agorafobia puede verse en Echeburúa, Corral, García y Borda (1992). Esta estrategia permite conocer la eficacia diferencial de dos tratamientos y si en conjunto obtienen los mismos resultados que cada uno por separado o, por el contrario, hay una mejora adicional en dicha combinación. Al igual que ocurre con las estrategias anteriores, también en esta estrategia es conveniente incluir un grupo de control.

Estrategia de parámetros del tratamiento

En esta estrategia alteramos aspectos específicos de un tratamiento con el objetivo de maximizar el cambio terapéutico. Normalmente lo que se hace es variar alguna dimensión cuantitativa del tratamiento. De este modo, se pueden utilizar dos grupos donde uno recibe el tratamiento y el otro el mismo tratamiento pero con una variación cuantitativa en una dimensión particular del mismo. Por ejemplo, en el tratamiento de exposición, utilizar distintos tiempos de exposición al estímulo que provoca ansiedad, presentación imaginaria o en vivo, utilizar mayor número de sesiones, modo de presentación del material, etc. Un ejemplo de la variación de un parámetro, aplicado al tabaquismo, la variación del número de sesiones de tratamiento, puede verse en García y Becoña (1995). Esta estrategia es muy importante porque permite mejorar la técnica que ha mostrado ser con anterioridad efectiva, investigando cuál es el modo de incrementar la eficacia de la misma.

Estrategia de comparación del tratamiento(s)

En esta estrategia, dos o más tratamientos distintos son comparados para conocer cuál es el más eficaz para un problema clínico. Esta estrategia es ampliamente utilizada e incluso, en ocasiones, se utiliza como grupo control un tratamiento efectivo que se compara con otro del que se espera sea claramente más efectivo. Un ejemplo actual representativo es el estudio del *Instituto Nacional de Salud Mental* norteamericano sobre el tratamiento de la depresión, en donde se incluyeron grupos de terapia cognitiva-conductual, psicoterapia interpersonal, farmacoterapia (imipramina) y medicación placebo como grupo control (Elkin, 1994). Cuando se comparan dos estrategias de tratamiento distintas (ej., desensibilización sistemática vs. psicoterapia breve) deben especificarse algunos parámetros del tratamiento que tienen que ser homogéneos, como número de sesiones, duración de las sesiones, visitas por semana, etc.; en caso contrario no serían comparables ambos tratamientos porque estarían influyendo variables extrañas al tratamiento que pueden ser la causa de los resultados obtenidos (ej., mayor o menor número de sesiones). En esta estrategia debe utilizarse un grupo control porque si no hay diferencias significativas entre los dos tratamientos, éstas no se atribuyen a los factores inespecíficos del tratamiento.

Estrategia de variación del cliente y del terapeuta

Partimos de la base de que un tratamiento es efectivo por los componentes efectivos que contiene. Sin embargo, también puede ser posible que la eficacia del tratamiento pueda ser debida a las características de los clientes y a las características del terapeuta. La estrategia de variación del cliente y terapeuta se orienta precisamente a analizar si distintos atributos de éstos son los responsables de los resultados obtenidos. Esta estrategia se lleva a cabo operativamente seleccionando una o más variables del cliente, como sexo, edad, nivel socioeconómico, educación, estatus marital, gravedad del trastorno, variables de personalidad, etc. Un ejemplo de esta estrategia aplicada al alcoholismo puede verse en Kadden, Cooney, Getter y Litt (1989). Dentro de las variables del terapeuta se han investigado los años de experiencia, el entrenamiento, edad, interés, empatía, cordialidad (Navarro, Schindler y Silva, 1987). También puede ser posible comparar clientes y terapeutas sobre una variable, como por ejemplo sexo, edad, etc. Esta estrategia permite conocer si el tratamiento es más o menos efectivo con unos u otros clientes, en función de las variables analizadas (ver Becoña, 1995).

Estrategia de investigación del proceso

En los últimos años ha cobrado gran relevancia esta estrategia que atañe a qué ocurre a lo largo del tratamiento (proceso) y qué explica los cambios que ocurren al final del mismo. Aunque los estudios iniciales sobre el proceso no se concebían exactamente con este objetivo, hoy los estudios se orientan básicamente a conocer qué técnicas son las más adecuadas y cómo podemos explicar esa eficacia o cuáles son los antecedentes del cambio terapéutico. En este sentido, conocer el proceso, no por el proceso en sí, sino cómo contribuye al resultado del tratamiento, es muy relevante. Algunos de los procesos relevantes que se han estudiado han sido la relación cliente-terapeuta, interacciones entre ambos, percepción entre ambos, cambios emocionales a lo largo de las sesiones, etc. (Orlinsky, Grawe y Parks, 1994). Cuestiones relevantes en la evaluación del proceso son actualmente (Kazdin, 1992) secuencia, etapas y progresión del afecto, cognición y conducta del cliente o terapeuta a lo largo del tratamiento o dentro de las sesiones individuales. Esta estrategia tiene su lugar preferente en el estudio de los procesos y resultados de un tratamiento y de las bases teóricas que sustentan el mismo. En este caso podemos evaluar no sólo el resultado sino qué factores podemos considerar responsables del mismo, según el modelo teórico del que partimos. Sin embargo, a pesar de la importancia de la investigación del proceso y de los múltiples estudios que se han realizado (Hanna y Ritchie, 1995), sigue siendo una cuestión compleja tanto a nivel teórico, como de investigación y de conclusiones respecto a la eficacia del tratamiento.

Estrategias combinadas de las anteriores

En ocasiones, los investigadores utilizan las estrategias anteriores de modo combinado, empleando más de una. Por ejemplo, podemos analizar la relación entre el cliente, el terapeuta y la técnica. Para ello podemos utilizar varias de las estrategias anteriores. Claramente un estudio que incluya estos tres componentes proporciona mucha información a distintos niveles. Sin embargo, es difícil hacer estudios de este tipo, como veremos más adelante, por el gran número de sujetos que se precisarían. Estudios recientes realizados en distintos centros con distintos terapeutas para un mismo trastorno, como es el ejemplo ya citado del estudio de la

depresión (Elkin, 1994), sí que permiten estrategias combinadas. Como hace ya años apuntó Kiesler (1966), el "mito de la uniformidad" era una de las causas que en su opinión impedía distinguir entre tipos de clientes, terapeutas y técnicas.

EL ESTUDIO DE CASO

El estudio de caso ha constituido en la historia de la psicología clínica uno de los aspectos que la han caracterizado. Casos como los del pequeño Hans descrito por Anna O Freud, el pequeño Alberto descrito por Watson y Rayner, y las tres caras de Eva -Eva Blanca, Eva Negra y Jane-, descrito por Thigpen y Cleckley, como los más famosos, citados o conocidos (cfr. Davison y Neale, 1994), nos muestra la relevancia del estudio de caso. Sin embargo, a veces tanto los estudiantes como los clínicos creen que lo que aporta datos relevantes que hacen avanzar a la psicología clínica son siempre los estudios de investigaciones experimentales bien controlados. Como ya hemos visto con anterioridad, la investigación en psicoterapia debe entenderse en un orden jerárquico con distintos niveles, en uno de los cuales el estudio de caso ocupa un lugar relevante, aunque cuando analizamos la investigación en su conjunto pueda hacernos creer que es poco importante.

En la práctica, el estudio de caso es una de las bases principales de aportación de conocimiento que permite luego pasar a realizar estudios más complejos y con todos los requisitos de control experimental. Por ello, nos interesa especialmente insistir en este punto, en que el estudio de caso es de gran utilidad para aportar conocimientos y técnicas específicas a la psicología clínica y, al tiempo, en muchas ocasiones han sido la antesala del diseño de estudios experimentales bien controlados, que son los que permiten confirmar o rechazar las impresiones clínicas iniciales que proporcionaron los estudios de casos. Sin duda, el estudio de caso, es una fuente inagotable de nuevas ideas para la investigación (Kazdin, 1980).

El estudio de caso se utiliza, por tanto, en distintas ocasiones, como: a) para proporcionar una descripción detallada de un fenómeno raro o inusual o de nuevos métodos o procedimientos terapéuticos o de evaluación; b) para rechazar aspectos sostenidos firmemente por un punto de vista teórico particular; y, c) para generar hipótesis que puedan ser comprobadas a través de la investigación controlada (Davison y Neale, 1994). En el estudio de caso estudiamos o presentamos las observaciones pormenorizadamente, del tratamiento de un solo cliente. Constituye, por tanto, el estudio minucioso de un cliente individual (Kazdin, 1980). Cuando se presenta un estudio de caso, el objetivo básico es presentar la descripción con muchos detalles para que permita conocer claramente los antecedentes del problema, la evaluación realizada, el tratamiento y efectos del mismo así como las distintas explicaciones que el autor considera que justifica la mejoría clínica del cliente (ej., Graña, 1991). Un estudio de caso comprensivo incluirá probablemente (Davison y Neale, 1994) la historia familiar y los antecedentes del problema, la historia médica, historia escolar, historia laboral, historia marital y de pareja y otros detalles relevantes sobre el desarrollo, ajuste, personalidad, curso de la vida y estado actual en que se encuentra. Junto con este estudio detallado, centrado en la historia y evaluación, el tratamiento se presenta minuciosamente por bloques, sesiones, temas, etc. Aunque el marco teórico del clínico le lleva a dar más peso a unos datos que a otros y, por tanto, a recogerlos de modos distintos, la presentación del caso con datos objetivos y lo más operativo posible, ayuda a comprender y a evaluar más fácilmente el mismo por parte de otro clínico cuando lo lee.

La psicología clínica básicamente lleva a cabo los tratamientos de modo individual en la práctica cotidiana y parece "lógico" investigar esa forma de trabajar, especialmente cuando aparecen nuevas patologías hasta ese momento inexistentes o no descritas, tratamos un caso poco frecuente que tiene interés dar a conocer, la persona tiene una reacción nueva al tratamiento, etc. En medicina, el estudio de caso es muy importante y, por ello, revistas importantes de cada especialidad tienen un apartado específico para el estudio de caso que aportan información para el avance de la disciplina.

Erróneamente a veces no se ha entendido adecuadamente el objetivo del estudio de caso, dado que, como es cierto, la metodología de investigación se ha orientado al estudio con grupos experimentales, utilizando habitualmente un grupo experimental y un grupo de control. En los últimos años ha habido un giro en lo que respecta al reconocimiento de la importancia del estudio de caso y, como veremos en el punto posterior, la posibilidad de un estudio de caso experimental hoy es posible, como ocurre con los diseños de replicación intrasujeto o diseños de caso único (Arnau, 1984; Barlow y Hersen, 1984; Gelfand y Hartmann, 1989). Por otra parte, en toda la historia de la psicología clínica ha habido una importante orientación recomendando el estudio intensivo del caso individual, aproximación conocida como idiográfica, en la denominación de Allport (1961) para el estudio individual de la personalidad, en contraposición a la aproximación nomotética, referida al estudio de grupos. Recordemos igualmente, cómo Skinner (1957) abogó siempre por el estudio intensivo de un solo sujeto, rechazando la metodología de la investigación de grupos.

Cuando queremos desarrollar o mejorar un nuevo procedimiento terapéutico, el mejor modo de empezar es por el estudio de caso. El ejemplo de Wolpe (1958) es bien representativo a este respecto en su desarrollo y evaluación de la desensibilización sistemática, presentando en su libro una serie de 210 casos tratados con dicha técnica. Esto constituye lo que se denomina *series de casos*. En este caso, el autor presenta una serie de casos que ha tratado, individualmente, a lo largo de un período de tiempo con una misma técnica, para un mismo trastorno, en una situación específica, etc. La presentación de series de casos permite una evaluación del grupo de casos tratados (ej., porcentaje de eficacia en 70 casos), al tiempo que puede aportar información sumamente útil para los clínicos, al presentar el terapeuta que los ha tratado, su visión global en función de sus resultados "grupales" de sus casos tratados "individualmente".

Para Kazdin (1980, 1992) el estudio de caso tiene como valores principales: ser una fuente de ideas e hipótesis sobre el desarrollo y ejecución de la conducta humana; ser una fuente para el desarrollo de las técnicas de intervención y de aplicaciones de técnicas únicas; posibilita estudiar fenómenos extraños o poco frecuentes; proporcionar evidencia en contra de nociones que se consideran ser universalmente aplicables; y, su valor persuasivo y motivacional para hacer inferencias y mantener un particular punto de vista sobre el trastorno clínico. También el estudio de caso tiene sus limitaciones, como: las distintas explicaciones alternativas que se pueden dar del caso, distintas a las proporcionadas por el clínico; sesgos en la interpretación y juicios del caso por parte del terapeuta, dada la dificultad a veces existente en los mismos para diferenciar los datos de las inferencias; y problemas de generalización a otros individuos y a otras situaciones distintas a las presentadas en el caso.

La principal limitación del estudio de caso surge al no tener un control o grupo control. Esto impide controlar las distintas variables que pueden afectar a la validez interna. También por ello el estudio de caso no utiliza la estadística, sólo se centra en la descripción del mismo. Podemos mejorar lo anterior presentando una serie de casos, incrementándose así la posibilidad de generalización. La calidad de la

recolección de información sobre el caso va a depender del clínico. Como ocurre en los diseños experimentales, la calidad será mayor si utiliza varias medidas pretratamiento, si se analiza meticulosamente el proceso de tratamiento con medidas fiables y objetivas (ej., grabaciones en vídeo, cuestionarios estándar), si personas distintas al clínico evalúan la mejoría clínica, etc. Mantener un equilibrio entre la novedad del caso y la metodología es una cuestión que el clínico tiene que tener clara y saber manejar adecuadamente. También tenemos que tener claro que el estudio de caso constituye un punto en un continuo de la metodología de investigación. De un estudio de caso o varios casos no podemos generalizar de modo que elaboremos una teoría completa del cambio de conducta humana, tal como hizo por ejemplo el psicoanálisis, sino que hay que dar varios pasos más, donde el último es la comparación de grupos y la replicación de los hallazgos obtenidos para su posterior generalización.

Una aproximación interesante que desarrolla el estudio de casos individual es la de Ross (1981) con su análisis del caso desviante, consistente en el análisis intensivo de aquellos individuos que habiendo participado en un estudio de grupo experimental difieren marcadamente del promedio del grupo. De este modo, el estudio de grupos se complementaría y ampliaría con análisis de casos individuales relevantes para explicar la total remisión del trastorno, o el mantenimiento o empeoramiento del sujeto.

Hay autores que ven poco útil el estudio de casos (ej., Barlow, Hayes y Nelson, 1984) mientras que otros insinúan la superioridad del estudio de casos clínicos a los diseños experimentales (ej., Howard, 1993). En nuestra opinión, el estudio de caso es un elemento esencial para hacer progresar a nuestra ciencia. Si es cierto que tenemos un paso intermedio entre el estudio de caso y la investigación experimental controlada, que se ha desarrollado ampliamente en los últimos años, como son los denominados diseños experimentales de caso único. Estos permiten la experimentación rigurosa con un solo caso. En el siguiente apartado analizamos este tipo de diseños. Aún así, el estudio de casos ocupa un lugar en una primera fase para aportar conocimiento que luego hay que refinar y comprobar con un diseño experimental de grupos.

LOS DISEÑOS DE CASO ÚNICO

Los diseños de caso único, también conocidos como diseños de $N = 1$, intrasujeto, medidas repetidas y series temporales, se plantearon como una alternativa a los diseños de comparación entre grupos, que impedían saber el efecto de las intervenciones sobre cada uno de los sujetos. En realidad no hay solapamiento entre los mismos, pues cada diseño ocupa un lugar y desempeña unas funciones específicas (Barlow y Hersen, 1984). A través de ellos se persigue reducir el número de alternativas a la hora de explicar la relación entre la variable independiente y la dependiente, para observar algo a la máxima potencia. A pesar de su nombre, no tienen por qué utilizar un único sujeto. De hecho puede incluir más sujetos que los que aparecen en algunos diseños de grupos experimentales. Su conceptualización ($N = 1$) apela a una determinada forma de proceder (Kazdin, 1992). Estos diseños siempre han tenido una considerable importancia dentro de la psicología, pero estuvieron restringidos a la experimentación. Con el surgimiento de la modificación de conducta experimentaron un gran desarrollo, siendo utilizados dentro de la misma con gran asiduidad (Arnau, 1984). En los años 50 y 60 era el método principal para demostrar la eficacia de las técnicas de tratamiento innovadoras.

A la hora de trabajar con los diseños de caso único tenemos que ceñirnos a unos determinados requisitos para descartar las amenazas a la validez interna (Kazdin, 1980). En primer lugar, se requiere una evaluación continua o empleo de medidas repetidas. En la naturaleza humana existe multitud de variables, ambientales y genéticas, implicadas en la conducta. Éstas afectan al inicio, al curso y al pronóstico de los problemas. Para controlarlas hay que recurrir a la evaluación continua que nos permite conocer el fondo de variabilidad sobre el que se van a plasmar los efectos de la manipulación. En segundo lugar, es preciso establecer la línea base, que representa el período anterior a la introducción de la variable independiente en que se toman los registros de la conducta a modificar. Tenemos que determinar la fuerza y la expresión de las variables ambientales sobre la conducta, además de servir como condición de control. Esto es, la línea base nos permite describir la conducta (rango de variabilidad) y hacer una predicción acerca del nivel de ejecución que tendríamos en el futuro si no aplicáramos una intervención.

En tercer lugar, es imprescindible una relativa estabilidad en la ejecución. De este modo nos aseguramos las mejores condiciones de observación posibles. Es un requisito difícil de conseguir porque no sólo depende del experimentador. También tiene que ver con la propia expresión de la conducta a manipular. Una fase (ej., línea base) presenta estabilidad en la ejecución, entre dos puntos de observación, cuando una conducta dada no presenta ninguna pendiente, tendencia a crecer o decrecer sistemáticamente, y la variabilidad, fluctuación a través del tiempo, es mínima o no existe. Y, en cuarto lugar, nos encontramos con la manipulación de la variable independiente. La forma de manipular la variable independiente es el aspecto más importante y que posibilita el control en este tipo de diseños.

Los distintos diseños de caso único lo son en función del tipo de manipulación que se hace de la variable independiente, pues cada diseño la manipula de una determinada forma. Un requisito formal de todos los diseños de caso único es que las variables sólo se pueden cambiar de una en una. Ello significa que salvo circunstancias excepcionales, en tres fase consecutivas sólo podemos cambiar una a la vez. Por último, se necesita que la longitud de las fases sea similar. Al tener que esperar a que se estabilice la ejecución en cualquier fase, es probable que tengamos fases con distinta duración. Pues bien, estaríamos introduciendo un factor perturbador en la interpretación de los resultados.

A continuación presentamos los diseños de caso único, de reversión y no reversión, más importantes (Arnau, 1984, Barlow y Hersen, 1984; Barlow, Hayes y Nelson, 1984; Kazdin, 1980, 1982).

Diseños de reversión

Los diseños de reversión son un grupo de procedimientos que sirven para poner a prueba predicciones a través de la alternancia entre las condiciones de línea base, en las que no está presente la intervención, con fases de intervención.

Diseño A-B

Este diseño, también llamado de *series temporales*, es la más simple de las estrategias experimentales y sólo permite conclusiones tentativas acerca de la influencia del tratamiento. Consta de una fase en la que se realizan las evaluaciones (fase A) y otra en la que se aplica el tratamiento (fase B). El sujeto tiene que

registrar una conducta hasta que la línea base se estabiliza y, posteriormente, y una vez introducida la intervención, se siguen tomando medidas de modo continuo hasta conseguir un determinado patrón de ejecución. La lógica que subyace a este diseño es sencilla, pues cualquier cambio que se produzca durante la fase de intervención con relación a la línea base se atribuye a la intervención, aunque con ciertas reservas. El análisis no proporciona ninguna información de cuál hubiera sido el curso natural de la conducta si no hubiéramos introducido el tratamiento. Este diseño permite controlar algunas fuentes de amenaza a la validez interna (ej., maduración, historia), aunque es víctima de la influencia de una gran cantidad de variables perturbadoras. Por tanto, debe reducirse a aquellos casos que no hacen posible una experimentación más extensa.

Diseño A-B-A

Esta modalidad de diseño es el más simple de las estrategias de análisis experimental en la que la variable de tratamiento es introducida y posteriormente retirada. Primero se introduce la línea base (fase A), luego se aplica el tratamiento (fase B) y, por último, se retira el mismo para que la conducta vuelva al estado inicial (fase A) (ej., Hersen, Eisler, Alford y Agras, 1973). Este diseño nos permite un grado mayor de certeza de que la variable de tratamiento es la responsable de los cambios observados en la conducta-problema. No obstante, dicho diseño no está exento de limitaciones. Presenta problemas éticos derivados de que el diseño acaba en una fase de línea base, con lo que se le niega en parte al paciente los beneficios del tratamiento. Además, este diseño está expuesto a problemas derivados de los efectos del orden y de la combinación de variables que conlleva una cierta limitación en la generalización al campo clínico.

Diseño A-B-A-B

También llamado *diseño de muestras temporales equivalentes*, es el diseño experimental básico en la investigación de caso único. Es una prolongación del diseño A-B-A, al que se le añade una nueva fase de intervención después de haber retirado el tratamiento, por tanto, las fases A y B se repiten para completar las cuatro fases. Esto es, proporcionan dos momentos, de A-B y de A-B, para demostrar que el resultado se debe a la variable de tratamiento. Permite el control de las deficiencias presentes en el diseño A-B-A, proporcionándonos más seguridad acerca del papel de la intervención en el cambio de la conducta.

Existe una multitud de posibles variaciones en los diseños A-B-A-B, derivadas de los procedimientos que son llevados a cabo para invertir la conducta en la segunda fase A, el orden de las fases, el número de fases y el número de diferentes intervenciones incluidas en el diseño (Barlow y Hersen, 1984). No obstante, la lógica que subyace a las variaciones es la misma que la del diseño A-B. Se trata de elaborar y probar las predicciones acerca de la ejecución bajo diferentes condiciones. Fundamentalmente, las distintas fases nos reportan información de la ejecución actual del sujeto, de la predicción del nivel de la misma en el futuro y nos muestran hasta qué punto eran acertadas las predicciones de las fases previas (Kazdin, 1980). Sin embargo, aquí no vamos a desarrollar las distintas variaciones dada la finalidad de este capítulo, debiendo el lector consultar otras fuentes de la bibliografía cuando necesite profundizar en algún aspecto concreto (ver Arnau, 1984; Barlow y Hersen, 1984).

Diseños de no reversión

Los diseños agrupados bajo esta modalidad no contemplan la retirada y la inversión de la variable independiente o tratamiento. Surgen de la necesidad de paliar las limitaciones prácticas (ej., efectos acumulativos, objetivos de cambio), éticas y de cooperación ambiental a las que están sujetas los diseños de reversión (Barlow y Hersen, 1984). Los diseños de no reversión más importantes son los de línea base múltiple, programa concurrente y cambio de criterio.

Diseños de línea base múltiple

Estos diseños funcionan igual que los de reversión, haciendo y poniendo a prueba a las predicciones. La lógica inherente a los mismos es el comenzar simultáneamente todas las líneas bases e introducir secuencialmente la intervención. Se evalúa un determinado número de conductas en un período de tiempo para conseguir las líneas base de cada una de ellas. Una vez establecidas las mismas, se le aplica la variable tratamiento a una de las conductas, lo que posiblemente acarreará un cambio en la misma, mientras que las otras seguirán con el patrón que tenían hasta ese momento del tiempo. Posteriormente, se introduce la intervención a una segunda conducta y se observa la misma respecto a las otras líneas base en las que todavía no se ha introducido el tratamiento. Se continúa con el proceso de modo secuencial hasta que lo apliquemos a todas las conductas de partida. La premisa de este tipo de diseños nos obliga a contar con un mínimo de dos líneas de base. Es importante contar con el mayor número posible para que los resultados que obtenemos al final del tratamiento sean claros, pues se puede dar el caso en que en alguna de ellas no se presentara ningún cambio con la aplicación de la intervención. De este modo contribuimos a potenciar la solidez de las conclusiones.

El diseño de línea base múltiple admite variabilidad respecto a lo evaluado en las distintas líneas de base. No sólo se manejan conductas de un sujeto particular o de un grupo de personas, pues puede haber sujetos, situaciones o períodos de tiempo diferentes. Esto da lugar a distintos tipos de diseños de línea base múltiple en función de la variable independiente que se manipule, aunque la forma de proceder es la ya descrita. Por tanto, tenemos el diseño de línea base múltiple entre individuos, en el que se manipula una conducta particular ejecutada por dos o más personas. Y, también contamos con diseños de línea base múltiples de sujetos, situaciones y tiempos, en los que se recogen los datos para una conducta dada, ejecutada por uno o más sujetos, en distintas situaciones o períodos de tiempo del día en los que se hacen las observaciones. Cuando aplicamos un diseño de este tipo pueden surgir diversos problemas que dificultan la extracción de inferencias. Así, nos podemos encontrar con la posibilidad de que las diferentes líneas de base sean interdependientes, que los efectos de la intervención sean inconsistentes, la intervención logra cambiar algunas conductas pero no otras, y problemas de orden práctico o metodológico, derivados de una prolongación excesiva de las líneas de base, lo que puede traducirse en no poder aplicar el tratamiento durante períodos de tiempo demasiado grandes.

El diseño de cambio de criterio o criterio cambiante

La premisa básica de este diseño es que la conducta mejore de acuerdo con unos criterios especificados de antemano. Se comienza con el establecimiento de una línea base para una conducta específica de uno o más sujetos, pasando a una fase B en la

que introducimos el tratamiento, que se administra a través de una serie sucesiva de fases. Para avanzar de una fase a la siguiente se exige que la conducta alcance o sobrepase el criterio fijado de antemano. Éste se pone cada vez más exigente respecto a la fase anterior para aplicar el tratamiento. Si la ejecución se relaciona directamente con los cambios de criterio, entonces, se considera que la intervención es la responsable del cambio. Es un diseño útil para valorar el moldeamiento en los programas que se utilizan para incrementar o disminuir la conducta. Se diferencia de los demás diseños en la manipulación de la variable independiente pero, en este caso, sólo sirve para un tipo muy específico de intervenciones. Se utiliza exclusivamente para conductas que puedan evolucionar en pasos o bien surgiendo poco a poco. Al igual que el resto de los diseños tiene como finalidad básica el hacer predicciones y ponerlas a prueba.

Diseños de programa concurrente o diseño de tratamiento simultáneo

Este tipo de diseño se caracteriza por someter a un sujeto a varias condiciones de estímulo de modo simultáneo. Se utiliza con la finalidad de aplicar aquella intervención que ha demostrado ser la más eficaz de un conjunto de intervenciones, bajo unas condiciones determinadas, para un sujeto dado. O lo que es lo mismo, se realiza un proceso de comparación de intervenciones para buscar la que produce un mayor cambio de conducta. El diseño de programa concurrente consta de una primera fase de observación de la conducta, que da lugar al establecimiento de la línea base. A continuación se aplican dos o más intervenciones de modo simultáneo, en las mismas condiciones (ej., lugar, tiempo, ausencia o no de otros sujetos) que las utilizadas durante los registros realizados para confeccionar la línea base. La cuestión fundamental del proceso radica en contrabalancear adecuadamente las diferentes intervenciones, respetando los mismos parámetros de aplicación para todas ellas, bajo las diferentes condiciones de estímulo o administración del tratamiento. Posteriormente, tendría lugar una tercera fase, en la que se sigue con el tratamiento que ha demostrado ser más efectivo.

DISEÑOS EXPERIMENTALES

Disponemos de varias alternativas para examinar la relación entre dos o más variables. Entre ellas contamos con los diseños de comparación de grupos. Éstos nos proporcionan un marco sistemático, al comparar grupos de sujetos que se exponen a las condiciones experimentales con grupos control, para obtener inferencias válidas. Cuando programamos una investigación de comparación de grupos lo hacemos con el propósito de cuantificar las diferencias entre dos o más grupos, con la finalidad última de encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ellas. El papel de la comparación también es cualitativamente distinto a otros métodos de diseñar experimentos. El contribuir a la búsqueda de un conocimiento científico a gran escala prima sobre cualquier otra cuestión (Beck, Andrasik y Arena, 1984).

Esta forma de proceder puede dar lugar a toda una diversidad de diseños de comparación de grupos, aunque todos ellos requieren de la asignación al azar de los sujetos a los grupos y algún tipo de condición control. La asignación aleatoria de los sujetos a los grupos está relacionada con el proceso de formación de los grupos, condición previa a la aplicación del diseño experimental programado. La asignación al azar no es sinónimo de una selección hecha de cualquier modo. Por el contrario, más bien significa un proceso de selección que da a todos los sujetos la misma

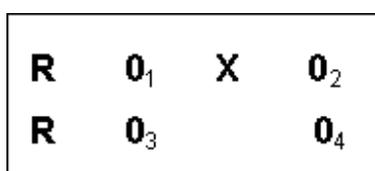
oportunidad de ser asignados a los grupos que van a participar en la investigación, con lo que nos aseguramos que las variables perturbadoras se distribuyan de modo uniforme entre los grupos. Una tabla de números aleatorios nos puede servir perfectamente para garantizar un proceso de selección al azar (Fleiss, 1981). Los sujetos serán asignados a los grupos siguiendo el orden cuyo número venga dado por la tabla de números aleatorios. Esta forma de proceder nos puede llevar o no, a obtener grupos del mismo tamaño. El formar grupos que contengan el mismo número de sujetos es deseable porque algunas pruebas estadísticas, o no se pueden aplicar, o pierden potencia. La solución está en agrupar los sujetos en bloques. Cada bloque tiene que incluir tantos sujetos como el número de condiciones que haya. Una vez formados los bloques, se asignan los sujetos de los mismos a los grupos de modo aleatorio.

Sin embargo, hay que tener presente que la asignación aleatoria en determinadas condiciones, como cuando el tamaño de la muestra es pequeño (ver Strube, 1991) o cuando hay puntuaciones extremas en la muestra, puede no garantizarnos la equivalencia de los grupos en cuestión. Habrá que utilizar otros procedimientos alternativos para poder inferir que la presencia o no de cambios, que se han producido en la variable dependiente, se deben probablemente a la manipulación de la variable experimental y no a otros factores. Una de las estrategias alternativas a la asignación aleatoria que se utiliza con más frecuencia para formar grupos equivalentes es el *emparejamiento*. Ésta nos permite agrupar a los sujetos en función de la similitud de una dimensión o conjunto de dimensiones, que conocemos o sospechamos que se relacionan con la ejecución en la medida(s) dependiente(s), y posteriormente, procedemos a asignar aleatoriamente a los sujetos a los grupos. Si no se neutralizan las diferencias que pueda haber antes de la intervención entre los grupos en una variable que influye en la ejecución de la medida dependiente, puede generar confusión en las conclusiones a las que se llegue al final del experimento. El emparejamiento se puede realizar de diferentes maneras. Por ejemplo, formamos bloques de sujetos con un tamaño igual al número de grupos que vamos a utilizar en el experimento, que posean idénticas puntuaciones en una característica o patrón de características pretratamiento. A continuación, asignamos al azar cada uno de los sujetos de cada bloque a los grupos, utilizando la tabla de números aleatorios o mediante una moneda lanzada al aire.

Normalmente, una investigación en la que se utilice alguna modalidad de diseños de comparación de grupos, comienza con la selección del número de sujetos objeto de estudio, le sigue la asignación aleatoria de los mismos a los grupos experimental y control y finaliza con la evaluación de las diferencias entre los grupos al final del tratamiento. A continuación vamos a exponer aquellos diseños que se utilizan con mayor frecuencia en la evaluación de los tratamientos psicológicos. Para aportar una mayor claridad a la exposición de las características distintivas de los diseños, nos remitiremos a la nomenclatura acuñada por Campbell y Stanley (1966). Con ella pretendemos presentar los diseños experimentales a través de un código y unos símbolos gráficos uniformes que nos ayuden a identificar el diseño en cuestión. Una *X* representará la exposición del grupo a la variable independiente que manipulamos o *tratamiento*, la *O* nos señalará que hay una evaluación de la ejecución o proceso de *observación* y la *R* indicará la *asignación aleatoria* de los sujetos a los diferentes grupos. Los símbolos *X* y *O* cuando aparecen de izquierda a derecha serán indicio de orden temporal y cuando lo hacen de forma vertical representarán simultaneidad.

Diseños de grupo control pretest-postest

Este diseño, sin lugar a dudas, es el que más se utiliza en la investigación cuando utilizamos un diseño experimental de comparación de grupos. Incluye un mínimo de dos grupos, uno recibe tratamiento y el otro no. Los sujetos se asignan aleatoriamente a las condiciones experimental y control, ya sea antes o después de la aplicación del pretest. Ahora bien, lo peculiar del mismo es la evaluación que se realiza antes y al final del tratamiento a los grupos experimental y control. Esto nos permite averiguar el efecto de la intervención, que viene dado por la cantidad de cambio que se ha producido desde la evaluación pretratamiento a la postratamiento. Este tipo de diseño se representará gráficamente de la siguiente forma: asignación aleatoria de los sujetos (R), observación o evaluación (O) e intervención experimental o tratamiento (X).



Además de excluir explicaciones alternativas de los resultados debido a la incorporación de grupos control, y siempre que el período de intervención entre la evaluación pre y postest sea el mismo para todos los grupos, -lo que nos permite un control de las amenazas a la validez interna (ej., historia, maduración, medición, instrumentación) -, la utilización de un pretest reporta varias ventajas. Posibilita evaluar la cantidad de cambio que se produjo con la intervención, cuántos sujetos han cambiado en una dimensión particular, la posibilidad de equiparar a los sujetos con base en alguna dimensión importante y asignar al azar a los grupos los sujetos emparejados, la valoración de los efectos de diferentes niveles de ejecución en el pretest, examinar los factores del pretest que predicen el abandono del tratamiento, precisar pormenorizadamente en las explicaciones de los cambios observados a consecuencia de la manipulación experimental, la valoración de la atracción de un modo más riguroso y ventajas de orden estadístico a la hora de analizar los datos porque la utilización de un pretest reduce la variabilidad intragrupo.

Ahora bien, este diseño presenta algunos inconvenientes. Sin duda el más acusado es la imposibilidad de control sobre la sensibilización inherente a la utilización del pretest. Existe la posibilidad de que al evaluar a los sujetos antes de que reciban tratamiento, les conduzca a responder de un modo específico a la intervención subsiguiente. O lo que es lo mismo, la posibilidad de que un tratamiento genere algún cambio cuya explicación puede residir en la susodicha sensibilización de los sujetos a la intervención. Esto no mengua la validez interna, pero sí supone coartar la validez externa. Los resultados del estudio sólo se pueden generalizar a aquellos sujetos que recibieron una evaluación pretest. Una solución "relativa" es espaciar la manipulación experimental en el tiempo y en el contexto en que se realiza. La solución es "relativa" porque cuanto más tiempo transcurra entre el pretest y la intervención, aumenta la probabilidad de que aparezcan nuevas amenazas a la validez interna (ej., historia, maduración).

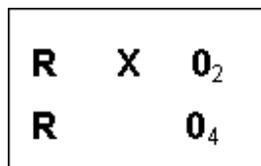
Ahora bien, en la investigación de la eficacia de los tratamientos, el fenómeno de la sensibilización es trivial, dada la importancia clínica que nos puede proporcionar el pretest, ya que la sensibilización no siempre ocurre (no ha demostrado ser una influencia generalizada en los resultados) y su efecto es similar a través de las distintas condiciones de una investigación dada. La importancia clínica de los datos

del pretest hace referencia a que nos ayudan a comprender el funcionamiento del cliente, identificar los problemas en los que tenemos que intervenir y es un procedimiento útil para fijar los criterios de inclusión y exclusión para una determinada investigación o tratamiento (ver Kazdin, 1992).

Diseño de grupo control con sólo postest

Este tipo de diseño se utiliza mucho menos en la investigación clínica por no utilizar un pretest. Necesita un mínimo de dos grupos y es similar al diseño de grupo control pretest-postest; sólo se diferencia en que no incluye pretest. A un grupo sólo se le efectúa una medida después de la intervención y al otro también se le administra una medida al final, sin que haya sido expuesto a un tratamiento previo. Su representación gráfica es la siguiente: asignación aleatoria para formar ambos grupos (R), se aplica la intervención al grupo experimental (X) y se evalúa el resultado tanto para la condición experimental como para la control (O).

La ausencia de un pretest subsana los problemas de la sensibilización, que se puede presentar en el diseño de grupo control pretest-postest. Se gana en validez externa porque el resultado final del tratamiento no se debería a que el pretest ha provocado una sensibilización en los sujetos, con lo que la generalización ya no estaría limitada sólo a sujetos que recibieron el pretest. Además, este diseño, permite controlar las amenazas a la validez interna, siempre y cuando hayamos contado con un número grande de sujetos que fueron asignados aleatoriamente a los distintos grupos de la investigación. Con estas dos medidas la probabilidad de equivalencia de los grupos es alta. Por tanto, minimizamos la posibilidad de que las diferencias de grupo después de la intervención se deban a las diferencias entre las condiciones antes de la intervención.



El diseño de grupo control con postest presenta varios problemas. En primer lugar, si la muestra es pequeña, aunque se asignaran los sujetos al azar, estamos ante la posibilidad de que los resultados obtenidos en la investigación se puedan achacar a las diferencias entre los grupos antes del tratamiento.

Es más, utilizando una muestra adecuada y la asignación aleatoria no podemos ni evaluar ni asegurar con total garantía la posibilidad de que las condiciones de partida sean homogéneas. En segundo lugar, la ausencia de un pretest nos impide conocer el nivel de funcionamiento de las personas antes del tratamiento, lo cual muchas veces es determinante y necesario en algunos estudios (ej., estudios diseñados para tratar o prevenir distintos trastornos) que se abordan en la investigación clínica. Y, en tercer lugar, las ventajas enumeradas para el grupo control pretest-postest pasan a ser desventajas para el grupo control postest (Kazdin, 1994). Además de la incapacidad para asegurar la posibilidad de grupos equivalentes y no poder emparejar a los sujetos en el nivel de ejecución previamente al proceso de asignación al azar, también encontramos otras tales como la ausencia de información para valorar la atracción diferencial entre los grupos o una potencia estadística reducida.

Diseño de cuatro grupos de Solomon

Este diseño es una integración de los dos anteriores y la finalidad del mismo es evaluar los efectos del pretest sobre los resultados obtenidos en una investigación dada (Solomon, 1949). Incorpora cuatro grupos, dos grupos con pretest y los otros dos sólo con postest. De esta forma se consigue evaluar directamente las influencias pretest, comparando los resultados de los grupos en los que se ha administrado el pretest con aquellos en los que no se ha utilizado. Este objetivo no está al alcance de los diseños que se han expuesto anteriormente, ya que el diseño de grupo control pretest-postest está expuesto a una posible sensibilización pretest que pone cortapisas a su validez externa, y en el diseño postest, se obvia esta amenaza a dicha validez a costa de eliminar el pretest.

A continuación presentamos un esbozo del diseño de cuatro grupos de Solomon:

R	O ₁	X	O ₂
R	O ₃		O ₄
R		X	O ₅
R			O ₆

Tal y como podemos intuir este diseño aúna las ventajas del diseño de grupo control pretest-postest y de grupo control con sólo postest. Permite un control exhaustivo de las amenazas validez interna y subsana la amenaza a la validez externa derivada de la sensibilización pretest. Posibilita que se puedan evaluar los efectos derivados de la medición pretest y de la interacción pretest x tratamiento, a través de la comparación entre los grupos control con y sin pretest (O₄ vs. O₆) y las condiciones experimentales con y sin pretest (O₂ vs. O₅), respectivamente. Además, la utilización de este diseño conlleva una réplica del tratamiento y de las condiciones de control en un único estudio. Como inconveniente natural se ha argüido el costo, derivado de la necesidad de incluir el doble de sujetos que en otros diseños. No obstante, el costo que pueda acarrear el diseño de cuatro grupos de Solomon se ve compensado con creces en la robustez de las inferencias que se puedan extraer de una investigación particular.

Diseños factoriales

Al contrario que los diseños simples, los factoriales nos brindan la oportunidad de estudiar dos o más variables (factores) en una sola investigación (Kazdin, 1980; 1992; McGuigan, 1983). En cada variable se administran dos o más condiciones (niveles). El diseño factorial más simple incorpora dos variables, en donde a su vez, cada una de ellas consta de dos niveles diferentes (diseño 2 x 2); dos variables A y B con dos niveles, A₁ y A₂ vs. B₁ y B₂. Por tanto, tenemos cuatro grupos que representan las posibles combinaciones de los niveles de las dos variables. El siguiente diagrama se ilustra este diseño.

		Factor A	
		A ₁	A ₂
Factor B	B ₁	A1B1	A2B1
	B ₂	A1B2	A2B2

El diseño factorial se considera como una familia de diseños que varía en el número y tipo de variables, así como en el número de niveles para cada variable. La complejidad de los diseños está en función del número de variables y de niveles que incluyamos en un determinado estudio (ej., 2 x 3; 2 x 3 x 2; 2 x 5 x 3 x 6). En algunas ocasiones, bajo determinadas condiciones, por ejemplo cuando todos los sujetos reciben todas las condiciones experimentales, se utiliza un enfoque de medidas repetidas. También podemos utilizar la evaluación como un factor, en concreto, cuando utilizamos un pretest, para evaluar las influencias de la medición repetida en una investigación particular. De tal forma que tenemos una variable independiente, la evaluación con dos niveles, el pretest y el postest. La ventaja principal que nos ofrecen estos diseños es la oportunidad de analizar los efectos individuales y combinados (interacción) de las variables incluidas en un único estudio. La interacción nos indica que el efecto de una variable depende de alguna de las otras condiciones bajo la cual es administrada. La variable produce unos determinados resultados sólo bajo ciertas condiciones. Ello significa que la generalización de dicho efecto queda restringido a esas situaciones concretas.

Los diseños factoriales no suponen un menoscabo de la utilidad de los diseños simples. Éstos últimos se deben utilizar cuando se plantean cuestiones relativamente sencillas acerca de una variable de interés, lo que normalmente sucede cuando se inician nuevas áreas de investigación, pues el estudio de estas cuestiones se hace imprescindible en esas primeras fases. A medida que vamos acumulando información a través de diseños simples, se pueden plantear cuestiones más complejas, pero echando mano de otras estrategias. Precisamente, los diseños factoriales nos permiten apresar estas cuestiones derivadas de la acumulación del conocimiento sobre un aspecto concreto. De hecho, éstos se han utilizado con una mayor asiduidad en la investigación clínica y psicológica en general. Además, posibilitan llegar a las mismas conclusiones que las aportadas por diseños más simples, utilizando un menor número de sujetos y observaciones, lo que se traduce en una mayor prestación en cuanto a los costes.

Los inconvenientes que pueda presentar este diseño se relacionan directamente con el número de factores y niveles que se incluyan en el estudio. Por ejemplo, un diseño factorial de 2 x 3 x 2 implica doce grupos experimentales. Por tanto, a medida que incrementamos ambos, se necesitan más sujetos y también se hace más difícil la interpretación de los resultados.

LOS DISEÑOS CUASIEXPERIMENTALES

Los diseños que hemos visto constituyen los diseños experimentales entre grupos más básicos y más utilizados en psicología clínica. Constituyen los "verdaderos experimentos" porque el investigador ejerce un control sobre determinadas dimensiones del estudio. De este modo, logra con ello eliminar las distintas amenazas a la validez interna. Dichos diseños disponen de los mecanismos necesarios (ej., asignación aleatoria) para mantener bajo control las variables que puedan confundir los resultados de una investigación particular, por tanto, presentan un control experimental "total".

A menudo, en nuestro ámbito profesional, clínico y académico, priman las situaciones que distan mucho de ser las más idóneas para aplicar auténticos experimentos, que nos garanticen un control experimental adecuado sobre las amenazas potenciales a la validez interna. Una solución posible consiste en trabajar con diseños cuasiexperimentales. En éstos el investigador no puede ejercer el control de los verdaderos experimentos (ver Campbell y Stanley, 1966; Cook y Campbell, 1979). La utilización adecuada de los mismos supone conocer minuciosamente cuáles son las variables específicas de cada diseño que están fuera de control. El conocer los puntos débiles del diseño que estamos manejando en un momento dado, nos ayudará a interpretar correctamente los datos que obtengamos. La característica básica de estos diseños es la ausencia de la asignación al azar de los sujetos a los distintos grupos que conforman el estudio. Todas las demás características son equivalentes a las que aparecen en los diseños experimentales entre grupos. Precisamente, la denominación de cuasiexperimentales se debe a que se aproximan a las características de las que gozan los auténticos diseños experimentales.

Cuando vamos a llevar a cabo una investigación, y las características inherentes a la misma no nos permite recurrir a los diseños experimentales, contamos con varias alternativas de diseños cuasiexperimentales. Sin embargo, las más utilizados son las formas paralelas de los diseños experimentales pretest-postest y sólo postest (Kazdin, 1992), denominados por Campbell y Stanley (1966) diseños de grupo control no equivalentes.

El origen de tal denominación se debe a que estos diseños cuentan con grupos control que obviamente no son equivalentes a sus homólogos experimentales. La ausencia de la asignación al azar de los sujetos a los grupos del experimento es la causa de que no ocurra tal equivalencia. Esto puede repercutir en que las condiciones experimental y control difieran de antemano a la intervención y, a la postre, sea esto lo que realmente produzca o no resultados significativos y no el tratamiento que se administró al grupo experimental.

Diseño cuasiexperimental de grupo control pretest-postest

Ha sido el más utilizado de los diseños de grupos de control no equivalentes. Básicamente se forman dos grupos, uno recibe el tratamiento y otro no, sin una asignación aleatoria previa de los sujetos (*No R*). Esto se representa del siguiente modo:

N ₀	R	O ₁	X	O ₂
N ₀	R	O ₃		O ₄

La utilización del pretest nos permite averiguar hasta qué punto se parecen o difieren ambos grupos. La similitud pretest en una dimensión dada no nos garantiza la equivalencia de los grupos antes del tratamiento en el resto de las dimensiones relevantes, aunque si bien es cierto que a mayor semejanza, más se incrementará nuestra confianza en que lo sean. Esto es, la fuerza del diseño depende directamente de la similitud de los grupos experimental y control (Kazdin, 1992). A medida que se incrementa el grado de equivalencia entre ambas condiciones, se hace más difícil atribuir los resultados obtenidos en el experimento a la historia, la maduración, la medición, la regresión, la mortalidad y otros factores similares, que pueden surgir como amenazas a la validez interna y externa, fruto de la disparidad entre las características de los sujetos del grupo experimental y del grupo control.

Diseño de grupo control con sólo posttest

Otra versión muy utilizada de diseños de grupos control no equivalentes es la de *grupo control con sólo posttest*. La filosofía de este diseño cuasiexperimental es la misma que la del grupo control con pretest y posttest. Al igual que en éste, la asignación de los sujetos a las condiciones experimental y control no es aleatoria. A uno de los grupos se le aplica el tratamiento, mientras que el otro nos sirve de control, pero a diferencia del diseño anterior no se administra un pretest. Esquemáticamente se representa del siguiente modo:

N ₀	R	X	O ₁
N ₀	R		O ₂

El principal problema de este diseño es la equivalencia pretratamiento de los grupos. Al no haber sido asignados los sujetos al azar y/o no contar con un pretest, no podemos evaluar dicha equivalencia. La ausencia de información acerca de la similitud de las dimensiones de ambas condiciones antes del tratamiento pone en entredicho los resultados que logremos en una investigación dada. Difícilmente se pueden atribuir las diferencias obtenidas a una determinada variable, cuando en realidad no podemos descartar otros factores por el desconocimiento de los mismos. Aunque existen otros diseño cuasiexperimentales (ver Campbell y Stanley, 1966) son menos utilizados que los anteriores.

EL GRUPO CONTROL

Las dos características fundamentales de los diseños experimentales, respecto de los preexperimentales y cuasiexperimentales, estriba en que incorporan la asignación al azar de los sujetos a los grupos y una o varias condiciones control (Campbell y Stanley, 1966). La condición mínima en un diseño de comparación de grupos es la inclusión de un grupo experimental que recibe la intervención y un grupo control que no la recibe. La utilización de la condición control obedece al intento de evitar las amenazas a la validez interna (ej., la historia pasada, la maduración) que pueden interferir a la hora de obtener inferencias válidas. Los grupos control que se utilizan en la investigación de la eficacia de los tratamientos son el grupo control de no tratamiento, el grupo control de lista de espera, el grupo control de no contacto, el grupo de control placebo o de tratamiento no específico, el grupo de control acoplado y el grupo control no asignado aleatoriamente (Kazdin, 1980, 1986a, 1986b, 1992, 1994).

Grupo control de no tratamiento

Esta condición es la más básica y utilizada en los diseños experimentales. La característica definitoria del mismo es que los sujetos asignados a este grupo no reciben tratamiento. La inclusión de un grupo de no tratamiento nos permite controlar los efectos de la historia y la maduración, así como otras amenazas a la validez interna. Su utilización está indicada cuando queremos evaluar una técnica concreta y queremos dar respuesta a la cuestión *¿qué alcance tendría la mejora del cliente sin el tratamiento?* o, lo que es lo mismo, evaluar el impacto de una intervención. Por tanto, nos permite ejercer un relativo control sobre la remisión espontánea, esto es, la mejora del problema sin un tratamiento formal.

Ahora bien, esta modalidad de control cuenta con distintas limitaciones debido a las múltiples influencias que pueden incidir en los clientes de los grupos de no tratamiento. En primer lugar, los sujetos que no reciben tratamiento pueden demandar otras formas de ayuda a profesionales fuera del estudio en el cual participan, tales como médicos, curanderos, clérigos, etc (ej., Frank, 1982; Frank y Frank, 1991). También pueden mejorar como resultado de recurrir a algunos de los múltiples tratamientos "informales" existentes (ej., hablar con un amigo, leer un manual de autoayuda). En segundo lugar, hay otros factores que pueden propiciar mejoras en los sujetos. Entre ellos cabe destacar los cambios en la situación que precipita el problema (ej., reconciliarse con la pareja), el paso del tiempo (ej., después de la muerte de un ser querido) u otro tipo de eventos similares que experimentamos en nuestra vida, que nos pueden afectar a nivel cognitivo, afectivo, motivacional o conductual. Por tanto, el paso del tiempo, competidor serio de muchas técnicas terapéuticas, es la variable que presenta una menor susceptibilidad de control para esta condición. Esto es, desde un punto de vista metodológico, la cuestión principal radica en la dificultad de control de las mejoras que ocurren en función de múltiples influencias a las que están expuestos los sujetos (Kazdin, 1980). En tercer lugar, existen claros problemas de orden práctico en la utilización de grupos control de no tratamiento. La dificultad fundamental reside en explicar a los clientes de esta condición que no es posible administrarles un tratamiento. Esto puede llevar a los sujetos a buscar otros tratamientos, dejar de cooperar y/o abandonar el estudio. Por ello, la utilización de una condición con estas características puede ser sólo factible para un período de tiempo relativamente corto (ej., el intervalo entre la evaluación pre y postratamiento). Muchas de las diferencias entre grupos de tratamiento y no tratamiento, sobre todo a largo plazo, pueden ser más bien una función de la atracción y de la selección diferencial de los sujetos que

de la intervención (ej., Beneke y Harris, 1972). Por último, nos encontramos con problemas éticos derivados de la negación de la intervención al cliente. A primera vista parece difícil de justificar el no administrar un tratamiento a una persona que lo demanda.

Grupo control de lista de espera

El grupo control de lista de espera surge como una opción para paliar las dificultades inherentes al grupo control de no tratamiento, aunque desde un punto de vista metodológico puede que no haya sustituto para un grupo que no recibe tratamiento, en concreto, si el objetivo de la investigación es evaluar los efectos a largo plazo de una técnica de tratamiento (Kazdin, 1994). La característica fundamental de esta condición es que los sujetos no reciben tratamiento durante un período determinado, que no debe ser demasiado largo, seis meses habitualmente, pero inmediatamente después de ese intervalo se les aplica el mismo. Por tanto, se retrasa el tratamiento un período de tiempo especificado. Dicha condición tiene que cumplir dos requisitos básicos (Kazdin, 1980): a) si incluimos un diseño de grupo control pretest-postest no se le puede proporcionar tratamiento a los sujetos del grupo control de lista de espera entre el período de evaluación pretest y el postest; durante ese intervalo el grupo es funcionalmente equivalente a un grupo control de no tratamiento; b) el período de evaluación entre el pretest y el postest debe ser equivalente al de la evaluación pre y postratamiento del grupo experimental. Es importante mantener constante el intervalo de tiempo para controlar la historia y la maduración de los sujetos a lo largo del proceso de evaluación.

La utilización de esta modalidad de comparación conlleva varias ventajas. Desde un punto de vista práctico, es más fácil conseguir sujetos para participar en esta condición, aunque ello depende del tiempo que tengan que esperar para recibir tratamiento, la severidad del problema, la necesidad subjetiva de ayuda y la disponibilidad de fuentes alternativas para solucionar el problema. Desde un punto de vista metodológico, minimiza los problemas que surgen con un grupo control de no tratamiento, lo que posibilita evaluar adecuadamente los distintos efectos del tratamiento. Asimismo, los problemas éticos quedan reducidos a aquellos sujetos que sienten una necesidad inmediata de tratamiento y a los que la demora del mismo les pueda acarrear consecuencias claramente negativas (ej., paciente con ideas de suicidio).

Grupo control de no contacto

El grupo control de no contacto está indicado cuando necesitamos evaluar el impacto de la participación de los sujetos en una investigación. Para poder evaluar los efectos de participar en un estudio necesitamos incluir sujetos que no tengan contacto con el mismo. De este modo se consigue controlar las amenazas a la validez interna producidas por la medición y la regresión estadística. Por ejemplo, el simple hecho de administrar los instrumentos de evaluación en dos ocasiones, antes y después del tratamiento, puede producir una mejoría en los sujetos (ver Campbell y Stanley, 1966). También se puede utilizar esta condición de control cuando se desea evitar las influencias asociadas al conocimiento de estar participando en una investigación (reactividad a la situación experimental).

La dificultad mayor reside precisamente en obtener un grupo de no contacto, porque los sujetos además de no administrarles tratamiento se dan cuenta de ello. La cuestión fundamental está en recoger información pretest para un gran número de

sujetos y que no la puedan asociar con ningún tipo de estudio de tratamiento. Esta modalidad de control se ha utilizado relativamente poco (ej., Paul, 1966). Esto puede ser debido a que en la mayoría de los estudios el investigador no está interesado en separar los efectos de participar en un tratamiento (de contacto) con el tratamiento.

Grupo de control placebo o de tratamiento no específico

El grupo control placebo permite al investigador separar los efectos específicos de la intervención de los efectos "no específicos" (Becoña, 1989; Paul, 1966). Este nos permite controlar factores como las expectativas del sujeto para el cambio, el contacto con el terapeuta, la atención del terapeuta, acudir al tratamiento, la justificación de la terapia y las respuestas de los clientes ante la demanda terapéutica percibida (Beck, Andrasik y Arena, 1984). Por tanto, para asegurarnos que las propiedades de la intervención son las que producen realmente los cambios en el cliente, necesitamos incluir en el diseño un grupo de tratamiento no específico. De este modo, cuando encontremos diferencias significativas entre el grupo experimental y el control, podemos afirmar que el componente activo del tratamiento que hemos administrado probablemente sea el responsable del cambio.

Un ejemplo de grupo control placebo lo tenemos en el estudio de Amigo, Buceta, Becoña y Bueno (1991), en donde aplicaron un programa cognitivo-conductual para el control de la hipertensión en un grupo experimental que compararon con un grupo de control placebo. A este grupo se le proporcionó el mismo número de sesiones que al grupo de tratamiento (experimental). En las sesiones del grupo control placebo el terapeuta discutía con el paciente hipertenso sus experiencias diarias de estrés y las relacionadas con la enfermedad, animándole el terapeuta a que superara estas situaciones, pero no se le daba ninguna estrategia específica para hacerlo. Los grupos placebos no están libres de problemas metodológicos y éticos (O'Leary y Borkovec, 1978). La mayoría de los efectos inespecíficos no son fáciles de controlar (ej., creencias sobre los efectos del tratamiento). Es difícil asegurar que los terapeutas de la condición placebo proporcionen el mismo grado de expectativas de cambio a los clientes de dicha condición que a la experimental. Desde el punto de vista ético, se les ofrece a los sujetos un tratamiento inútil con la apariencia de ser potencialmente útil. Esto puede derivar en una desmoralización del cliente para buscar otro tratamiento cuando lo necesite, junto con la disminución de las expectativas de cambio del mismo, pudiendo repercutir negativamente en el funcionamiento del sujeto.

Grupo control acoplado

Otro tipo de grupo control que podemos utilizar en la investigación, aunque su uso ha sido relativamente infrecuente, es el grupo control acoplado. Éste es un procedimiento que nos permite excluir o evaluar los factores que pueden surgir derivados de la implementación de una intervención. La finalidad del mismo es asegurar que los grupos sean equivalentes con respecto a factores que son potencialmente importantes pero conceptualmente y con relación al procedimiento irrelevantes, que podrían dar cuenta de diferencias entre los grupos. En la investigación clínica se suele utilizar la condición de grupo control acoplado cuando se igualan los grupos en una variable particular que podría variar sistemáticamente a través de las condiciones. Por ejemplo, emparejamos a los sujetos del grupo experimental con los del grupo control, de tal forma que el número de sesiones para cada sujeto control está determinado por su homólogo experimental, pues la conducta del sujeto experimental determina la del control. Posiblemente, un grupo

experimental y control puedan ser acoplados en todo tipo de variables que puedan diferir entre los grupos (Kazdin, 1980). No obstante, hay que considerar si las variables que pueden diferir entre dichas condiciones podrían explicar o influir en los resultados. Esto es, las diferencias que obtengamos pueden ser una función de la implementación del estudio y no de la intervención a la que son expuestos los sujetos, por tanto, hay que controlarlas para concluir que los resultados probablemente se deban al tratamiento formal y no a otras variables extrañas. De lo contrario, su utilización no está justificada.

Grupo control no asignado aleatoriamente

El grupo control no asignado aleatoriamente es una condición que se añade al diseño de la investigación, que utiliza sujetos que no forman parte de la muestra original y no son asignados al azar a los grupos. Esta modalidad de control se utiliza para reducir la plausibilidad de algunas amenazas específicas a la validez interna (ej., historia, maduración, medición). En la investigación clínica se suele incorporar al diseño experimental para proporcionar información adicional que pueda ser útil a las conclusiones y a la validez del resultado de un estudio dado. En concreto, es de gran utilidad cuando se comparan los resultados logrados por los sujetos en tratamiento con sus iguales que no han llevado a cabo el tratamiento, y que aparentemente tienen un funcionamiento normal en la dimensión que se compara (desempeñan la función de datos normativos) (Kazdin, 1980, 1992). La limitación fundamental de los grupos de comparación no asignados al azar radica en su propia naturaleza. Aunque la finalidad de esta condición control es la misma que la del grupo control de no tratamiento, pueden surgir problemas en la interpretación de los resultados como consecuencia de la forma en que se constituyen los grupos control.

PASOS DE UNA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

La investigación en psicoterapia sigue los mismos pasos que la investigación en general, aunque tiene algunas características propias por el objeto de lo que investiga, como tipos de tratamientos, sujetos con trastornos clínicos, lugar en donde se lleva a cabo, etc. A continuación, exponemos los pasos de una investigación en psicoterapia, cuyo resumen aparece en la tabla 3.

Planteamiento del problema

Cuando un investigador se plantea hacer una investigación, el motivo esencial es que tiene un problema para el que no tiene solución. Esto suele ser debido a que hay una laguna en nuestro conocimiento acerca del mismo, resultados contradictorios o el hecho requiere explicación en este momento (McGuigan, 1983). Una investigación controlada probablemente pueda dar solución al mismo. Los psicólogos clínicos, tanto por su formación, como por su contacto con la clínica, suelen centrarse en problemas relevantes de evaluación y tratamiento de los distintos trastornos clínicos. La utilización de la metodología científica permite poder contestar a las preguntas que subyacen a nuestro problema.

Revisión de la literatura científica sobre el tema en cuestión

Actualmente es difícil tener una idea original sentado detrás de una mesa pensando días y días. Dado que vivimos en una comunidad científica, con miles de psicólogos clínicos investigando y dando a conocer lo que obtienen en sus investigaciones, tener ideas originales (intuiciones), aunque es sumamente importante, se ve favorecido por el análisis de la literatura científica sobre nuestro campo de investigación. Esto facilita no caer en la creencia de que hemos tenido una idea original cuando ya otros la han dado a conocer hace tiempo. No es extraño que distintas personas lleguen a las mismas conclusiones sobre un mismo problema en el mismo momento temporal, cuando ambos tienen la información suficiente para llegar a ellas. La revisión de la literatura científica sobre un problema se suele abordar utilizando las bases de datos informatizadas, básicamente el *psyclist*, que cubre las revistas más importantes de psicología, y el *medline*, que cubre las revistas más importantes del campo médico. Pero existen muchas otras bases de datos para temas específicos que se pueden consultar. La utilización de descriptores, palabras clave y autores permite de modo rápido conocer qué existe publicado sobre un problema concreto y el resumen de los artículos. También utilizar los libros de nuestra biblioteca o de las bibliotecas especializadas ayuda a completar nuestra búsqueda. Una buena biblioteca especializada permitirá obtener los artículos de las revistas científicas que son relevantes para nuestra investigación.

Tabla 3. Pasos de una investigación en psicoterapia

-
1. Planteamiento del problema
 2. Revisión de la literatura científica sobre el tema en cuestión
 3. Formulación de las hipótesis
 4. Definición de las variables
 - variables dependientes e independientes
 - variables de evaluación
 - variables del tratamiento
 - variables de los sujetos
 - variables de los terapeutas
 5. Control de las variables extrañas
 - validez interna
 - validez externa
 6. Selección del diseño de investigación
 7. Muestra: selección y asignación de los sujetos a los grupos de tratamiento y al control
 8. El procedimiento experimental
 - Evaluación pretratamiento
 - Aplicación del tratamiento
 - Evaluación postratamiento
 - Evaluación de seguimiento
 9. Resultados: tratamiento estadístico de los datos
 10. Elaboración de inferencias desde las hipótesis en función de los resultados
 11. La generalización de los resultados
 12. Elaboración del informe de la investigación
-

Formulación de las hipótesis

Las intuiciones ayudan a desarrollar la ciencia pero éstas probablemente se hacen más fluidas si al tiempo conocemos mucho sobre eso de lo que queremos tener intuiciones. Al principio podemos plantear tantas intuiciones como creamos necesarias, pero a continuación hay que plantearse si podemos comprobarlas, si son relevantes o simples, si son originales, etc. (Mitchell y Jolley, 1992). Estamos en el proceso de crear hipótesis intuitivas, o simplemente formular hipótesis, que ser;n más o menos potentes si se basan en la literatura científica ya publicada, en nuestra experiencia clínica, en una adecuada formulación, en su armonía con otras hipótesis del campo de investigación, lógicamente simple, racional, cuantificable, que sea relevante y que tenga consecuencias en caso de confirmarse (McGuigan, 1983). Nuestro objetivo es convertir nuestras ideas e intuiciones en hipótesis de investigación (Mitchell y Jolley, 1992). Una hipótesis siempre tiene que ser resoluble, formular una proposición comprobable y dar solución a nuestro problema. En función de nuestros resultados podremos decir que nuestra hipótesis es cierta o es falsa.

Definición de las variables

Cuando ya hemos hecho la primera formulación de las hipótesis, o paralelamente a la formulación de las mismas, hay que definir las variables que vamos a utilizar en el estudio. Primeramente, hay que delimitar cuál va a ser la variable dependiente que se va a evaluar y cuál la independiente que se va a manipular. Habitualmente el tratamiento es en dos niveles (grupo experimental y control) o más (varios grupos experimentales de tratamiento y un grupo control), o podemos seleccionar los valores deseados de la variable de entre un número de valores que ya existen. Junto al caso más simple de una variable podemos utilizar varias, tanto dependientes como independientes, aunque con ello se hace más compleja la investigación, las hipótesis, el diseño de investigación, etc. En la evaluación de la psicoterapia es fundamental la selección adecuada de la(s) variable(s) dependiente(s), de tal modo que pueda evaluar fiablemente los cambios que esperamos se produzcan con la aplicación de un tratamiento. A nivel operativo, éstas constituyen las variables de evaluación que suelen utilizarse antes del tratamiento, al final y en los seguimientos. Entre las más utilizadas están el diagnóstico psiquiátrico (DSM-IV), sistemas estandarizados de diagnóstico clínico (ej., *Clinical Diagnostic Criteria*), cuestionarios específicos para los trastornos (ej., Inventario de la Depresión de Beck), medidas observacionales, psicofisiológicas, analíticas, etc. Igualmente relevantes son las variables del tratamiento, de los sujetos, de los terapeutas y del lugar en donde se lleva a cabo el tratamiento. Dependiendo del tipo de investigación, del diseño y de la muestra es o no posible tenerlas en cuenta, como ya hemos visto cuando hablamos de las estrategias de evaluación del tratamiento.

Control de las variables extrañas

Uno de los aspectos esenciales de cualquier experimento o de una investigación clínica es controlar las variables extrañas que pueden invalidar los resultados obtenidos. Las variables más importantes que influyen en los resultados y que hay que controlar son las que afectan a la validez interna y externa del experimento. La validez interna es "la mínima imprescindible sin la cual es imposible interpretar el modelo" y la externa se refiere a la "posibilidad de generalización" (Campbell y Stanley, 1966). Una investigación tiene validez interna cuando queda claramente demostrado sin dejar lugar a interpretaciones alternativas, que determinados

cambios que se observan en una variable obedecen a cambios en otra variable. Por su parte, una investigación tiene una validez externa alta cuando sus resultados siguen teniendo vigencia en poblaciones de sujetos y en situaciones distintas a la de la investigación original.

Dentro de los factores que afectan a la validez interna, en su clásico libro Campbell y Stanley (1966), como amplían en Cook y Campbell (1979) y sistematiza para la investigación en psicoterapia Kazdin (1992), se consideran los expuestos ya en la tabla 1. Para el clínico o experimentador el control de la validez interna es esencial y es sobre la que puede ejercer un control adecuado. El control de la validez externa puede ser ya más compleja y no siempre es posible, de ahí la importancia de la replicación de los estudios cara a la generalización de los mismos. Un buen estudio exige controlar el máximo posible de variables extrañas que puedan incidir en los resultados. Conociendo las posibles fuentes de error, es posible hacerle frente mediante el adecuado diseño para eliminar el mayor número de ellas, seleccionar una muestra y unos instrumentos de evaluación adecuados, junto con otras características de la aplicación del tratamiento, como por ejemplo los terapeutas.

Selección del diseño de investigación

La selección del diseño de investigación viene motivada por cuestiones metodológicas y por cuestiones pragmáticas. Entre las metodológicas están las anteriormente vistas para controlar la validez interna y externa, a las que hay que añadir la muestra de que disponemos (N), si podemos o no aleatorizar a los sujetos en función del problema clínico, institución donde aplicamos el tratamiento, pretensiones del estudio, número de terapeutas, tipos de tratamientos, etc. Las cuestiones pragmáticas atañen al tiempo que exige el estudio, disponibilidad humana, material y económica, tamaño de la muestra, seguimiento, etc. En función de los anteriores criterios, el terapeuta, clínico o investigador selecciona el diseño de investigación más adecuado, como revisamos en los puntos anteriores.

Muestra: selección y asignación de los sujetos a los grupos de tratamiento y al control

Uno de los puntos cruciales de cualquier investigación es disponer de un número adecuado de sujetos que cumplan los requisitos para nuestra investigación. Como ya apuntamos, en la clínica no siempre es posible adecuar la pretensión metodológica con la realidad clínica, con suficientes sujetos para cada grupo de tratamiento. Por suerte, los distintos diseños nos permiten seleccionar para la muestra disponible el mejor diseño de investigación. Lo idóneo es disponer de una muestra suficiente para hacer una asignación aleatoria de los sujetos a dos o más grupos: uno experimental y otro control o varios experimentales y uno de control. Por lo ya expuesto anteriormente sobre la validez interna, es esencial la inclusión de un grupo de control, para de este modo poder superar varios de los factores que afectan a la validez interna.

El procedimiento experimental

Una vez que tenemos un adecuado número de sujetos con un problema clínico concreto, los cuales vamos a asignar aleatoriamente a un grupo experimental y a uno control, seguiremos los siguientes pasos:

a) *Evaluación pretratamiento.* Hay que seleccionar un grupo de sujetos de los que sospechamos tienen un trastorno clínico concreto para, con una evaluación adecuada (ej., DSM-IV, cuestionarios específicos para el trastorno, etc.), decidir qué sujetos se incluyen y cuáles se excluyen del tratamiento. Para ello se suelen utilizar criterios de

inclusión y criterios de exclusión en el tratamiento. Éstos ayudan a conocer al que lea el informe definitivo, las características de los sujetos y en posteriores estudios ver más fácilmente el modo de replicar dicho estudio.

b) *Aplicación del tratamiento.* Una vez seleccionados los sujetos y asignados al azar a uno o más tratamientos, sólo resta aplicar el mismo. Es conveniente que el tratamiento que se administra esté claramente descrito, de ahí la cada vez más extendida costumbre de utilizar manuales de tratamiento o utilizar un manual específico de tratamiento por parte del terapeuta (ej., Becoña, 1993). Ello facilita el posterior análisis de los resultados por parte de otros terapeutas. Igualmente recoger registros sonoros o en vídeo del proceso del tratamiento es útil para la posterior evaluación. No menos importante es conocer el tipo de formación de los terapeutas que aplican el tratamiento, años de experiencia, experiencia clínica, actitudes hacia el tratamiento que aplica, etc. En los diseños de investigación, el número de sesiones es fijo o se mueve en unos intervalos concretos (ej., de 8 a 12 sesiones).

c) *Evaluación postratamiento.* Finalizado el tratamiento evaluaremos si ha habido cambios respecto a antes del tratamiento. Para hacerlo precisamos utilizar criterios objetivos y operativos. Normalmente se utilizan los mismos que en el pretratamiento (ej., DSM-IV, cuestionarios específicos para el trastorno, etc.). Cuando disponemos de las sesiones grabadas en vídeo, es también posible que "terapeutas ciegos" (que no conocen si los sujetos están en las primeras sesiones o al final del tratamiento) que no han participado en la investigación, evalúen clínicamente con un criterio objetivo (ej., DSM-IV) si los sujetos tienen o no el trastorno en cuestión.

d) *Evaluación de seguimiento.* En un tratamiento no es suficiente obtener diferencias entre antes y después del tratamiento, diferencia que no suele ocurrir en el grupo de control. Dado que hay una serie de factores que afectan a la validez interna es necesario comprobar si los resultados obtenidos con el tratamiento se mantienen o son debidos a otros factores (ej., a reunirse semanalmente el cliente con el terapeuta). Por ello es una norma hacer seguimientos no menores a seis meses, siendo lo más adecuado hacerlos de un año. En ocasiones tenemos la suerte de tener seguimientos de varios años (ej., Blanchard, Appelbaum, Guarnieri, Morrill y Dentinger, 1987), lo que permite una mayor generalización de los resultados.

Tabla 4. Conceptos básicos

Conceptos básicos
<i>Tamaño de la muestra:</i> Número de sujetos que incluimos en un estudio.
<i>Hipótesis:</i> Es una predicción específica que puede ser comprobada. Es una proposición sometible a prueba que puede ser la solución a nuestro problema.
<i>Hipótesis nula (H_0):</i> La hipótesis que se desea contrastar. Postula que no existen diferencias entre las condiciones que se comparan. El propósito

del investigador es rechazarla.

Hipótesis alternativa (H_{11}). Es la proposición operacional de la hipótesis de trabajo o hipótesis de investigación que desea contrastar el investigador. Esto es, la predicción que ha sido deducida de la teoría sometida a prueba de contrastación.

Nivel de significación (α). Es el margen de error que se concede el investigador en el rechazo de la H_0 . Se suelen manejar niveles α de .05 y .01.

Error tipo I (α): Consiste en rechazar la hipótesis nula cuando de hecho es verdadera. Para evitarlo hay que reducir al máximo la región de rechazo incrementando el tamaño de la muestra o reduciendo el valor de α o trabajando con hipótesis bilaterales.

Error tipo II (β): Consiste en rechazar la hipótesis nula cuando de hecho es falsa. Es siempre conocido y varía en relación inversa al valor α . Los valores α y β deben ser establecidos antes de la investigación. La forma de reducir la posibilidad de cometer ambos errores es aumentar el tamaño de la muestra.

Potencia ($1-\beta$): La probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando de hecho es falsa. Esto es, es la probabilidad de hallazgo de diferencias entre los tratamientos cuando en realidad los tratamientos son verdaderamente diferentes en sus resultados. La potencia es una función del criterio del nivel de significación α , el tamaño de la muestra y la diferencia que exista entre los grupos (tamaño del efecto). Cohen (1977) . Recomiendo la adopción de la convención de $\beta=.20$, por tanto, una potencia de .80.

Tamaño del efecto (TE): Es el cociente de la diferencia entre las medias del grupo experimental y control y la desviación típica conjunta. Por tanto, viene dado en unidades de puntuación típica. Cohen (1977) distinguió tres niveles de tamaño del efecto pequeño=.20, medio=.50 y grande=.80).

Como igualmente ocurría con la evaluación del pre y del postratamiento, en el seguimiento debemos utilizar una medida equivalente a las anteriores para ser comparables las distintas evaluaciones.

Resultados: tratamiento estadístico de los datos

Finalizada la etapa de obtención de datos del estudio, hay que proceder al análisis estadístico de los mismos. Lo que pretendemos con el análisis estadístico es conocer si la diferencia entre los grupos se debe o no al azar. A veces podemos apreciar, revisando las medias, que éstas son mejores en el grupo experimental que en el control, pero al aplicar una prueba estadística nos indica que no hay diferencia entre ambos grupos. De este modo, la estadística, utilizando la prueba adecuada según el diseño de investigación y el tipo de datos obtenido, nos permite conocer si los

resultados se deben o no al azar. El tipo de análisis va a depender del diseño de investigación y de las variables que hayamos incluido en nuestro análisis. Si los grupos son equivalentes antes del tratamiento, mediante una asignación aleatoria, y tenemos un grupo experimental y otro control, y la medida de evaluación utiliza una escala de intervalo, realizaremos un análisis de varianza que será de medidas repetidas si tenemos, por ejemplo, evaluaciones en la misma variable en el pre y postratamiento y en los seguimientos de 6 y 12 meses. El análisis estadístico de los datos nos permitirá aceptar la hipótesis experimental (la que predice que el tratamiento causará un efecto) o la hipótesis nula (la que afirma que el tratamiento no tendrá ningún efecto) y, consiguientemente, aceptar o rechazar la hipótesis que hemos propuesto en función del problema que nos planteamos al principio. Es importante para el análisis estadístico de los datos tener en cuenta el tamaño de la muestra (N) y de cada grupo, el nivel de alfa, la fiabilidad de las medidas utilizadas, la potencia, etc. (ver tabla 4).

Elaboración de inferencias desde la hipótesis en función de los resultados

Cuando la hipótesis que hemos planteado a nuestro problema se cumple con los resultados que hemos obtenido en el estudio nuestro esfuerzo ha valido la pena. Significa que hemos ido por el camino correcto y que nuestro esfuerzo ha sido recompensado. Al mismo tiempo es un claro *refuerzo* para la persona o grupo de investigación que ha llevado a cabo el estudio. Habitualmente un estudio se hace dentro de un modelo teórico concreto, con un buen conocimiento de lo publicado sobre el tema, con adecuada experiencia clínica del problema que se ha estudiado y siendo consciente de las limitaciones y aspectos relevantes a solventar con el objetivo central de mejorar el tratamiento para el problema clínico que estamos estudiando. Por ello, cada nuevo resultado que obtenemos, en función de nuestras hipótesis, ayudan no solo a incrementar el conocimiento sobre la cuestión planteada sino a elaborar inferencias según los resultados, que mejoran la posterior intervención clínica.

La generalización de los resultados

El objetivo que pretende todo investigador es que aquello que ha obtenido en un estudio se pueda generalizar. Esto no siempre es posible en la investigación en psicoterapia por las características particulares de lo que investigamos (un problema clínico concreto), la muestra de sujetos que utilizamos (habitualmente muestras autoseleccionadas, que acuden voluntariamente para un estudio o que se extraen de un centro específico de tratamiento), la diferencia entre terapeutas, etc. Por ello para nosotros, como se suele reconocer (Kazdin, 1992), el proceso de replicación es imprescindible para confirmar hallazgos previos, para hacer el conocimiento acumulativo y para, finalmente, poder *realmente* generalizar los resultados (Becoña, 1994). A pesar de ello, se hacen pocas replications *exactas* de estudios previos porque éstas se ven como poco útiles, poco creativas y novedosas, difícil de publicar los resultados por haberse publicado previamente los mismo, etc. Cuando tenemos replications de un mismo estudio, ganamos robustez y generalizabilidad de los resultados. Si el estudio es realizado por investigadores distintos y en contextos diferentes y se obtienen los mismos resultados, entonces sí que podemos generalizar los resultados. Un modo de solventar la repetición exacta del estudio es refinar las hipótesis o ampliar el estudio inicial con lo que podemos replicar el estudio inicial y ampliarlo. A este último caso se le denomina *replicación sistemática*, mientras que cuando replicamos el estudio exactamente hablamos de *replicación directa* (Kazdin, 1992).

Elaboración del informe de la investigación

Una vez que hemos finalizado el estudio, sólo nos falta redactar por escrito el informe de la investigación. Aunque pueda parecer que el informe no se elabora hasta este punto, en realidad éste se va elaborando a lo largo del proceso de la investigación, que en muchos casos ha comenzado año y medio o dos antes del informe definitivo de la investigación. En éste recogemos las anotaciones y decisiones tomadas en cada momento y las agrupamos de un modo racional, para presentar como tal informe, sin límite de páginas, como una comunicación para un congreso o en forma de artículo para una revista. Para elaborar este informe recomendamos seguir las normas del manual de publicación de la *American Psychological Association* (1994) en su cuarta edición. Los aspectos esenciales que éste debe cubrir los mostramos en la tabla 5.

MÉTODOS PARA REVISAR LA LITERATURA: EL META-ANÁLISIS

Hace pocas décadas, la tarea de revisar cualquier área de investigación de psicología clínica era relativamente sencilla, ya que el monto de estudios era más bien limitado. Sin embargo, en la actualidad el panorama es completamente distinto. Podemos encontrar cientos de estudios sobre una cuestión determinada, lo que hace muy difícil que un revisor pueda tener acceso a toda la información disponible. Hasta hace pocos años, la mayor parte de las revisiones eran de tipo narrativo, que consistía en confeccionar resúmenes o síntesis de los estudios seleccionados e interpretar los resultados de los mismos (Cooper y Rosenthal, 1980). Este quehacer conlleva un importante grado de subjetividad, imprecisión y omisión de información relevante de los estudios que se revisan (Cooper, 1984; Glass, McGaw y Smith, 1981). A finales de la década de los 70, surgió una propuesta alternativa para integrar la investigación, que permite realizar un análisis sistemático de las investigaciones sobre un tema, el *metaanálisis*, que Glass (1976) lo ha definido como el análisis de los análisis "... el análisis estadístico de una gran colección de resultados de análisis de trabajos individuales con el propósito de integrar los hallazgos obtenidos" (p. 3). Como características definitorias del mismo podemos señalar que el metaanálisis es cuantitativo, no prejuzga los resultados de la investigación en función de la calidad del estudio y busca conclusiones generales (Glass et al., 1981). La finalidad de un metaanálisis es averiguar el estado del conocimiento sobre un determinado ámbito de investigación.

La realización del mismo está sujeto a una serie de etapas, aunque no hay un acuerdo definitivo de cuáles son (Gómez, 1987; Rosenthal, 1984; Sánchez y Ato, 1989), se podrían seguir las siguientes : a) delimitar objetivos; b) formulación del problema; c) búsqueda de la literatura; d) codificación de los estudios; e) medida de los resultados; y, f) análisis e interpretación de los datos. La primera tarea de un revisor es especificar detalladamente los objetivos que persigue con su revisión tales como sistematizar un conjunto de literatura, probar una determinada hipótesis, estimar el efecto de un tratamiento particular, etc. La formulación del problema se refiere a la definición conceptual y operacional del mismo, esto es, definición de variables y el razonamiento que subyace a su relación. La búsqueda de la literatura es la fase crucial en un metaanálisis, ya que se expone uno a cometer el sesgo más grave en todo el proceso. Por tanto, la decisión fundamental de una revisión cuantitativa es elegir la población de estudios sobre la que se obtendrán las

conclusiones. Para asegurar la representatividad de una muestra de estudios de la totalidad, hay que realizar una búsqueda exhaustiva de la literatura de un tópico dado, además de describir minuciosamente todo lo relativo al proceso de búsqueda de los mismos.

Tabla 5. Puntos que debe abarcar el informe de investigación o un artículo con el resumen de la misma.

-
1. Título, nombre del autor(es), institución y agradecimientos
 2. Resumen del estudio
 3. Introducción:
 - Introducción
 - Desarrollo de los antecedentes existentes en la literatura.
 - Propósito y racionalidad del estudio que se va a realizar
 4. Método
 - Sujetos
 - Materiales e instrumentos de evaluación
 - Procedimiento
 - Diseño experimental (opcional)
 5. Resultados
 - Resumen de los datos obtenidos.
 - Tratamiento estadístico de los datos
 - Tablas y figuras
 6. Discusión
 - Evaluar e interpretar los resultados en función de las hipótesis de que se ha partido
 - Plantear las siguientes cuestiones: ¿En que he contribuido con este estudio? ¿Este estudio ayuda a resolver el problema original?, ¿Qué conclusiones e implicaciones teóricas puedo extraer de mi estudio?
 7. Referencias bibliográficas
 8. Apéndice

Nota: Adaptado de la cuarta edición del manual de publicación de la American Psychological Association (1994) y de las revistas de psicología clínica publicadas por la American Psychological Association.

Una vez que se dispone de un conjunto de estudios hay que proceder a la codificación de las características. La elaboración de un cuaderno de codificación exige incluir las características sustantivas y metodológicas más relevantes. Las características sustantivas son las específicas de un problema dado, mientras que las metodológicas se refieren a las características del procedimiento de investigación utilizado de modo general (Glass *et al.*, 1981). La codificación de las características de los estudios debe evaluarse con las técnicas pertinentes para evaluar la fiabilidad y la validez. Aunque no existe ningún criterio que pueda garantizar de modo absoluto la fiabilidad y validez del proceso de medición o codificación de las características de

los estudios, sí se han propuesto algunas reglas que ayudarían a ello (Glass et al., 1981; Hunter, Schmidt y Jacobson, 1982; Rosenthal, 1984).

En primer lugar, hay que proceder a elaborar un cuaderno de codificación que incluya la formulación de normas, reglas y las definiciones detalladas acerca de los aspectos que se pretenden codificar. En segundo lugar, hay que entrenar a varios sujetos en el manejo adecuado del sistema de codificación empleado, con el propósito de que evalúen una muestra aleatoria de los estudios que se han incluido en el metaanálisis. En tercer lugar, hay que averiguar la fiabilidad entre-codificadores. El índice utilizado para calcular la misma va a depender del número de codificadores que han intervenido en el estudio y de si la característica codificada es cuantitativa (ej., coeficiente de correlación de Pearson, la fórmula de Spearman-Brown, análisis de varianza de medidas repetidas) o cualitativa (ej., el coeficiente kappa de Cohen), siendo recomendable la combinación de varios índices de fiabilidad (Orwin y Cordray, 1985). Y, por último, y con el objeto de salvaguardar la validez de la codificación en lo que se refiere a la calidad de los estudios, es conveniente definir la calidad de los datos obtenidos y buscar otras fuentes de información externas a los informes para complementarlos.

El siguiente paso en el proceso de realización de un metaanálisis atañe a la medida de los resultados. Ello tiene que ver con cuál es la unidad de análisis y la utilización de una métrica común para integrar los resultados de los estudios que hemos incluido. La unidad de análisis procede de los estadísticos ya analizados en los estudios primarios. Unos autores abogan por incluir en el metaanálisis sólo una medida global para cada estudio, de este modo se obvian los problemas de dependencia que haya entre los datos (ej., Banger-Drowns, 1986). Otros creen que es más oportuno considerar distintos índices para cada estudio (ej., Smith, Glass y Miller, 1980), pero esto acarrea problemas derivados de la dependencia de los datos. Con el objeto de obviar los problemas inherentes a ambas formulaciones, Cooper (1984) propuso utilizar una unidad de análisis variable, codificando cada prueba estadística por separado como si fueran independientes entre sí. De este modo se conservaría de cada estudio la máxima información y, además, se eludiría el problema relativo a la independencia de los resultados.

El otro punto a tratar se refiere a la utilización de una escala de medida común para integrar los resultados de los estudios que se han incluido para realizar el metaanálisis. Habitualmente se acude al cálculo de los niveles de significación (Rosenthal, 1978) y/o al tamaño del efecto (Glass, 1976) para cuantificar los resultados de los estudios en una misma escala. Aunque ambas medidas están relacionadas, proporcionan diferente información. El nivel de significación nos ayuda a discriminar si los resultados han ocurrido por azar, con base al grado de probabilidad de lograr un resultado como el obtenido para un estudio particular si la hipótesis nula fuese cierta. Se ha utilizado profusamente en las investigaciones que contrastaban una misma hipótesis. El inconveniente más importante de dicho índice es que no nos informa la magnitud del efecto experimental, por lo que debe ir acompañado de alguna medida del tamaño del efecto (Rosenthal, 1978, 1984).

El *tamaño del efecto* (TE) nos indica el grado en que se manifiesta el fenómeno de estudio. Contamos con numerosos índices para estimar el mismo. Sin embargo, los más utilizados han sido la diferencia media tipificada y el coeficiente de correlación. La diferencia media tipificada o índice de Cohen (1977) viene dado por el cociente entre la diferencia de las medias del grupo experimental y control y la desviación estándar conjunta de ambas condiciones:

$$TE = \frac{\text{Media}_{G.Exp.} - \text{Media}_{G.Control}}{\text{Desviación estándar}}$$

Como índice alternativo a la diferencia media tipificada, para estimar el tamaño del efecto se puede utilizar el cálculo del coeficiente de correlación. Algunos autores (Rosenthal, 1984) recomiendan el uso del mismo debido a que es más fácil de calcular, aparece con asiduidad en los estudios de investigación, especialmente en los correlacionales, y es más fácil de interpretar.

Una vez que se han transformado a una métrica común los resultados del conjunto de estudios, se procede a aplicar los métodos metaanalíticos pertinentes, ya sean pruebas estadísticas específicas (ej., pruebas inferenciales convencionales) u otros procedimientos (ej., técnicas de acumulación de niveles de probabilidad, técnicas de integración de tamaños del efecto), dependiendo de los objetivos previos y de las peculiaridades del área de investigación, para poder analizar e interpretar los mismos de un modo global (ver Bargert-Drowns, 1986).

El enfoque metaanalítico ha aportado una nueva forma de proceder en cuanto a la revisión de la literatura. Una alternativa a las revisiones tradicionales, que no ha podido soslayar la crítica (Eysenk, 1978; Gallo, 1978; Mullen, 1989). En primer lugar, este método presenta tendencia a cometer errores derivados de la ausencia de la especificación de los tamaños del efecto en la mayoría de los estudios que se puedan utilizar para realizar un metaanálisis. En segundo lugar, se le ha achacado el problema de la heterogeneidad. Esto es, cómo es posible mezclar resultados de estudios que pueden presentar características diferentes. En tercer lugar, se presenta el problema de la calidad de los estudios. La realización de un metaanálisis no implica utilizar ese criterio en el proceso de selección de los estudios, lo que podría repercutir negativamente en el proceso metaanalítico. En cuarto lugar, la imposibilidad de localizar todos los estudios que traten el problema que ha dado lugar a la aplicación de un metaanálisis, pone en entredicho la representatividad de los que han sido localizados. En quinto lugar, las conclusiones que se obtienen están relativamente limitadas por la elección previa que ha hecho el investigador de unas características específicas del conjunto de estudios. En sexto lugar, no hay un procedimiento totalmente seguro para garantizar la independencia de los distintos tamaños del efecto o niveles de significación que podamos estimar de un estudio dado. Para finalizar, en el análisis e interpretación de datos se pueden utilizar métodos estadísticos inapropiados o que se violen los supuestos previos a la aplicación de los mismos, lo cual merma considerablemente las conclusiones que se infieren de los mismos.

En psicología (Lipsey y Wilson, 1993), psicología clínica y psicoterapia (ej., Shapiro y Shapiro, 1983), el metaanálisis ha sido ampliamente utilizado y es hoy uno de los procedimientos más importantes para conocer la eficacia o no de una terapia (ej., para el insomnio, Murtagh y Greenwood, 1995), habiendo revolucionado el campo de la evaluación de la eficacia de las distintas psicoterapias o tratamientos psicológicos. A pesar de sus críticas (ej., Eysenk, 1994) podemos augurarle al metaanálisis una implantación cada vez mayor, dada la necesidad de proporcionar el tamaño del efecto para cada estudio experimental realizado.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Como afirmó claramente Paul (1967), nuestro objetivo esencial como clínicos es contestar a la siguiente pregunta: "¿qué tratamiento y administrado por *quién* es más efectivo para este individuo con ese problema específico y en tales circunstancias?" (Paul, 1967, p. 111).

Para contestar a ello necesitamos acudir a la metodología de investigación, cuyos procedimientos más importantes y útiles para la investigación en psicoterapia los hemos revisado en este capítulo, como son el estudio de caso, los diseños experimentales de caso único, los diseños cuasiexperimentales y los diseños experimentales. No hemos incluido el método correlacional ni el método epidemiológico (Alvira, Avia, Calvo y Morales, 1979), por no tener tanta relevancia en la evaluación de la psicoterapia como lo tienen en la psicopatología.

En nuestra opinión, y en la línea de Kazdin (1980), el estudio de casos clínicos y la investigación experimental deben ser interdependientes, más que separados entre sí. Creemos que tener este aspecto claro posibilita aportar datos relevantes para la clínica y facilita al clínico evaluar adecuadamente, dependiendo del nivel en el que se mueva su trabajo clínico. Este aspecto es muy importante para el progreso de nuestra ciencia, dado que como ya hace unos años indicaban Barlow *et al.* (1994), los clínicos no implantan los hallazgos de la investigación y, por ello, la investigación clínica tenía poca influencia en la práctica clínica. La diseminación de conocimientos se convierte así en un aspecto importante que muchos investigadores han olvidado y que es conveniente planificar desde el principio de la investigación (Becoña, García, Palomares y Vázquez, 1994). No hay que olvidar que la situación clínica es distinta a la experimental y en ocasiones muy distinta una de otra (Persons, 1991), con la rigidez del protocolo de tratamiento experimental y la flexibilidad de la intervención clínica cotidiana.

La anterior opinión no es compartida por todos y así Prochaska (1993) propone que en la investigación lo más adecuado son los programas sistemáticos de investigación, más que el estudio de caso aislado o una investigación experimental aislada. Aunque su propuesta es correcta para la investigación, no lo es para la clínica donde las intervenciones son diversas, complejas, cambiantes y a veces ocasionales. Además, es posible la combinación de ambos criterios, dependiendo de donde estemos trabajando, si en un centro de investigación o en un centro clínico.

Un aspecto central en el estudio de la psicoterapia es cuál es más efectiva o si lo es respecto a un grupo control. Pero, una vez demostrada la eficacia en un determinado trastorno, cobra tanta relevancia el análisis de la eficacia como el análisis de aquellos casos en donde no conseguimos resultados; esto es, en dónde y el por qué se fracasa en un porcentaje de casos, en el sentido de que una parte de los clientes no mejoran. El análisis de los fracasos (*cfr.* Foa y Emmelkamp, 1983) es relevante, facilitando la metodología del estudio experimental de caso único o el clásico estudio de caso un modo útil de abordar esta cuestión, que es tan relevante para el progreso de la ciencia, al analizar lo que desconocemos, aunque en la práctica se hace pocas veces (Chorpita, 1995).

Cuando se hace investigación en comunidades minoritarias étnicamente, zonas rurales aisladas, barrios marginales, o en grupos culturalmente distintos, hay que tener en cuenta otros aspectos, especialmente el de la diversidad cultural, y saber manejarlos adecuadamente para que nuestra pretensión de evaluación, tratamiento o prevención no sea un fracaso, como muchas veces ha ocurrido en el pasado (*cf.* Darou, Hum y Kurtness, 1993; Higginbottam, West y Forsyth, 1988).

En los últimos años se aprecia un interés creciente por nuevos desarrollos metodológicos y estadísticos; un claro ejemplo es el metaanálisis como técnica de análisis cuantitativo de la literatura que hemos revisado más atrás. Entre estos aspectos podemos notar distintos modos de evaluar la eficacia del tratamiento con métodos cuantitativos (ej., Páez, Echeburúa y Borda, 1993), la introducción de los modelos causales (ej., Haynes, 1994), junto con la potenciación del análisis exploratorio de datos (ver Guardia, 1994) y la crítica, como bien expone Cohen (1994), de la utilización rígida del valor de probabilidad menor de 0.05, que en su opinión, no ha permitido el avance de la psicología como una ciencia, sino que más bien lo ha impedido, sugiriendo que se vaya sustituyendo por el tamaño del efecto, del que hablamos en el apartado dedicado al metaanálisis.

Pero de lo que no hay duda es que un buen esquema de qué debemos hacer en nuestro trabajo clínico con el apoyo de la metodología de investigación es una garantía de que el trabajo que hacemos cotidianamente con nuestros clientes día a día pueda mejorar. De este modo podemos contribuir al progreso de nuestra ciencia, lo cual redundará, a su vez, en mejorar las técnicas de tratamiento psicológico para nuestros clientes, dado que nuestro objetivo central como psicólogos y como psicólogos clínicos es ayudar a las personas que tienen problemas para reducirles el sufrimiento que les producen.

Aunque en la psicología conviven distintos modelos y filosofías (ver Bunge y Ardila, 1988), en muchas ocasiones contrapuestas, nunca debemos perder de vista nuestro objetivo central como profesionales y la necesidad de un buen conocimiento y manejo de la metodología de investigación para hacer progresar nuestra ciencia y mejorar nuestro trabajo cotidiano. El antiexperimentalismo, cuando se sostiene, es un error e implica un claro desconocimiento del objetivo central de la psicología, impidiendo el progreso del conocimiento, de nuestra ciencia y quizás de nosotros mismos. Por suerte, esto ha cambiado radicalmente en los últimos años y la metodología científica se ha introducido con fuerza en todos los campos de la psicología convirtiéndola día a día en una ciencia más útil, eficaz y respetada.

REFERENCIAS

Agras, W.S. y Berkowitz, R. (1980). Clinical research in behavior therapy. Halfway there? *Behavior Therapy*, 11, 472-487.

Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Alvira, F., Avia, M.D., Calvo, R. y Morales, J.F. (1979). *Los dos métodos de las ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychological Association (1994). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Amigo, I., Buceta, J.M., Becoña, E. y Bueno, A.M. (1991). Cognitive behavioural treatment for essential hypertension: A controlled study. *Stress Medicine*, 7, 103-108.

Arnau, J. (1984). *Diseños experimentales en psicología y educación (vol. 2)*. México: Trillas.

Banger-Drows, R. (1986). Review of developments in meta-analytic method. *Psychological Bulletin*, 99, 388-399.

Barlow, D.H., Hayes, S.C. y Nelson, R.O. (1984). *The scientist practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings*. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press.

Barlow, D.H. y Hersen, M. (1984). *Single case experimental design: Strategies for studying behavior change (2nd ed.)*. Nueva York: Pergamon Press (trad. cast. en Barcelona: Martínez Roca, 1988).

Bayés, R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales? *Anuario de psicología*, 30-31, 127-147.

Becoña, E. (1989). El efecto placebo. *Jornal de Psicologia*, 8, 11-17.

Becoña, E. (1993). *Programa para dejar de fumar*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Becoña, E. (1994). Tratamiento del tabaquismo. En J.L. Graña (Comp.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento (pp. 457-493)*. Madrid: Debate.

Becoña, E. (1995). Tratamiento del juego patológico. En J.M. Buceta y A.M. Bueno (Comp.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide.

Becoña, E., García, M.P., Palomares, A. y Vázquez, F.L. (1994). *The behavioral procedures in the treatment of smokers: From efficacy to the dissemination of programs*. Paper presented at the 23rd International Congress of Applied Psychology, Madrid, July.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guildford (trad. cast. en Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983).

Beck, G.J., Andrasik, F. y Arena, J.G. (1984). Group comparison designs. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Research methods in clinical psychology (pp. 100-138)*. Nueva York: Pergamon Press (Trad cast. en Bilbao: Desclée de Brouwer, 1989).

Beneke, W.N. y Harris, M.B. (1972). Teaching self-control of study behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 35-41.

Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)*. Nueva York: Wiley.

Beutler, L.E., Machado, P.P. y Neufeldt, S.A. (1994). En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)* (pp. 229-269). Nueva York: Wiley.

Blanchard, E.B., Appelbaum, K.A., Guarieri, P., Morrill, B. y Dentinger, M.P. (1987). Five year prospective follow-up on the treatment of chronic headache with biofeedback and/or relaxation. *Headache*, 27, 580-583.

Bunge, M. y Ardila, R. (1988). *Filosofía de la psicología*. Madrid: Ariel.

Campbell, D.T. y Stanley, J.C. (1966). *Experimental and quasi-experimental design for research*. Nueva York: Rand McNally & Cia (trad. cast.: Buenos Aires, Amorrortu, 1978).

Chorpita, B.F. (1995). Eventual responders: What do we do when treatments do not work?. *The Behavior Therapist*, 18, 140-141.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (3ª ed.)*. Nueva York: Academic Press.

Cohen, J. (1994). The earth is round. *American Psychologist*, 49, 997-1003

Cook, T.D. y Campbell, D.T. (Eds.). (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis for field settings*. Chicago: Rand McNally.

Cooper, H.M. (1984). *The integrative research review: A systematic approach*. Beverly Hills, CA: Sage.

Cooper, H.M. y Rosenthal, R. (1980). Statistical versus traditional procedures for summarizing research findings. *Psychological Bulletin*, 87, 442-449.

Darou, W.G., Hum, A. y Kurtness, J. (1993). An investigation of the impact of psychosocial research on a native population. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 325-329.

Davison, G.C. y Neale, J.M. (1994). *Abnormal psychology (6th ed.)*. Nueva York: Wiley.

Echeburúa, E., Corral, P., García, E. y Borda, M. (1992). La autoexposición y las benzodiazepinas en el tratamiento de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico: Resultados a largo plazo. En E. Echeburúa y P. Corral (Comp.), *La agorafobia: Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento* (pp. 51-77). Valencia: Promolibro.

Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 114-139)*. Nueva York: Wiley.

Eysenck, H.J. (1978). An exercise in mega-silliness. *American Psychology*, 33, 517.

Eysenck, H.J. (1994). The outcome problem in psychotherapy. What have we learned?. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 477-495.

Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions (2nd ed.)*. Nueva York: Wiley.

Foa, E.B. y Emmelkamp, M.G. (Eds.) (1983). *Failures in behavior therapy*. Nueva York: Wiley

Frank, J.D. (1982). Therapeutic componentes shared by all psychotherapies. En J.H. Harvey y M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change (pp. 5-37)*. Washington, DC: American Psychological Association.

Frank, J.D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing (3th ed.)*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Gallo, , P.S. (1978). Meta-analysis: a mixed meta-phor? *American Psychology*, 33, 515-517.

García, M.P. y Becoña, E. (1995). *Evaluation of the amount of therapist contact in a smoking cessation program*. Manuscrito remitido para publicación.

Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L.

Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 190-228)*. Nueva York: Wiley.

Gelfand, D.M. y Hartmann, D.P. (1989). *Análisis y terapia de la conducta infantil*. Madrid: Pirámide.

Glass, G.V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Research*, 5, 3-8.

Glass, G.V., McGaw, B. y Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage.

Gómez, J. (1987). *Meta-análisis*. Barcelona: PPU.

Graña, J.L. (1991). Formulación y tratamiento de un caso de anorexia nerviosa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 271-296.

Guardia, J. (1994). Análisis de datos en la investigación en drogodependencias. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (Coord.), *Drogodependencias. I. Introducción (pp. 289-351)*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Hanna, F.J. y Ritchie, M.H. (1995). Seeking the active ingredients of psychotherapeutic change: Within and outside the context of therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 176-183.

Haynes, S.H. (1994). Juicio clínico y diseño de programas de intervención conductual: estimación de la magnitud de los efectos de la intervención. *Psicología Conductual*, 2, 165-183.

Hersen, M., Eisler, R.M., Alford, G. y Agras, W.S. (1973). Effects of token economy on neurotic depression: An experimental analysis. *Behavior Therapy*, 4, 392-397.

Higginbotham, H.N., West, S.G. y Forsyth, D.R. (1988). *Psychotherapy and behavior change. Social, cultural and methodological perspectives*. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press.

Howard, G.S. (1993). I think I can! I think I can! Reconsidering the place for practice methodologies in psychological research. *Profesional Psychology: Research and Practice*, 24, 237-244.

Hunter, J.E., Schmidt, F.L. y Jackson, G.B. (1982). *Meta-analysis: communating research findings across studies*. Beverly Hill, CA: Sage.

Kadden, R.M., Cooney, N.L., Getter, H. y Litt, M.D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 698-704.

Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification: Experimental foundations of contemporary research*. Baltimore (Trad. cast. en Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983).

Kazdin, A.E. (1980). *Research design in clinical psychology*. Nueva York: Harper and Row.

Kazdin, A.E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. Nueva York: Oxford University Press.

Kazdin, A.E. (1983). Treatment research. The investigation and evaluation of psychotherapy. En A.E. Kazdin y A.S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook*. Londres: Pergamon Press.

Kazdin, A.E. (1986a). The evaluation of psychotherapy: Research design and methodology. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 23-68)*. Nueva York: Wiley.

Kazdin, A.E. (1986b). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.

Kazdin, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology (2nd ed.)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp. 19-71)*. Nueva York: Wiley.

Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.

Lambert, M.J. y Hill, C.E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 72-113). Nueva York: Wiley.

Lipsey, M.W. y Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.

Matthews, D.B. (1986). Discipline: Can it be improved with relaxation training? *Elementary School Guidance and Counseling*, 20, 194-200.

McGuigan, F.J. (1983). *Psicología experimental* (3th ed.). México: Trillas

Mitchell, M. y Jolley, J. (1992). *Research design explained* (2nd ed.). Forth Worth, TX: Holt, Rinehart and Winston.

Mullen, B. (1989). *Advanced BASIC meta-analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Murtagh, D.R.R. y Greenwood, K.M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 79-89.

Navarro, A.M., Schindler, L. y Silva, F. (1987). Estilos comportamentales del psicoterapeuta y preferencias del cliente. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 3, 409-422.

O'Leary, K.D. y Borkovec, T.D. (1978). Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *American Psychologist*, 33, 821-830.

Orlinsky, D.E., Grawe, K. y Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy-*Noch Einmal*. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed. (pp. 270-376). Nueva York: Wiley.

Orwin, R.G. y Cordray, D.S. (1985). Effects of deficient reporting on meta-analysis: a conceptual framework and reanalysis. *Psychological Bulletin*, 97, 134-147.

Páez, D., Echeburúa, E. y Borda, M. (1993). Evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos: Una propuesta metodológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46, 187-198.

Pastor, C. y Sevillá, J. (1995). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia*. Valencia: Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta.

Paul, G.L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Paul, G.L. (1967). Outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.

Persons, J.B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 99-106.

Prochaska, J.O. (1993). I think we can. *Profesional Psychology: Research and Practice*, 24, 250-251.

Renfrey, G. y Spate, C.R. (1994). Eye-movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.

Rosenthal, R. (1978). Combining results of independent studies. *Psychological Bulletin*, 85, 185-193

Rosenthal, R. (1984). *Meta-analytic procedures for social research*. Beverly Hills, CA: Sage.

Ross, A.O. (1981). Of rigor and relevance. *Professional Psychology*, 12, 319-327.

Sánchez, J. y Ato, M. (1989). Meta-análisis: una alternativa metodológica a las revisiones tradicionales de la investigación. En J. Mayor y J.L. Pinillos (Eds.), *Tratado de psicología general. Historia, teoría y método*. Madrid: Alhambra.

Shapiro, D.A. y Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 42-53.

Skinner, B.F. (1957). The experimental analysis of behavior. *American Scientist*, 45, 343-371.

Smith, M.L., Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Solomon, R.L. (1949). An extension control group design. *Psychological Bulletin*, 46, 137-150.

Strube, M.J. (1991). Small sample failure of random assignment: A further examination. *Journal of Consulting and Clinical Psychological*, 59, 346-350.

Weisz, J.R., Weiss, B. y Donenberg, G.R. (1992). The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578-1585.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press (trad. cast. en Bilbao: Desclée de Brouwer, 1978).

SEGUNDA PARTE

ENFOQUES CLÁSICOS

PSICOANÁLISIS

Jorge Sánchez-Escárcega
Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica

INTRODUCCIÓN

Probablemente ningún otro sistema teórico y terapéutico está tan ligado a la vida y obra de su descubridor como el psicoanálisis a Sigmund Freud. Este médico judío vienés nacido en 1856 conjunta en su persona toda la pasión, convicción y honestidad del investigador original, del descubridor a contracorriente, del *conquistador* (como alguna vez se refirió a sí mismo). Sus escritos son, quizás más que en ninguna otra ciencia, referencia obligada, mitificada, y muy frecuentemente, malinterpretada. Personaje contradictorio sin duda, es, paradójicamente, uno de los ejemplos más claros de coherencia en el pensar, a veces rayando en la obstinación, pero siempre, en el último momento, con capacidad para abandonar ideas sostenidas durante lustros o décadas en favor de una teorización más congruente con el dato clínico.

A Freud le cupo en ¿suerte? ser para el pensamiento científico del siglo XX el personaje que a su vez ocupa el lugar central en la obra psicoanalítica: Edipo, el develador del secreto de la Esfinge.¹ Quizás nunca imaginó que acabaría siendo el Layo para toda una generación de nuevos Edipos, deseosos de medir fuerzas con el padre rival. No sólo tuvo que enfrentar el abandono de discípulos predilectos (Adler, Rank, Jung), sino el rechazo de toda una sociedad burguesa, represivamente victoriana, plagada de "buenas conciencias" que al final se sacudieron alarmadas por vía del nazismo dando sus libros a la hoguera en mayo de 1933. Ni siquiera así perdió el aplomo, comentando con una buena dosis de ironía y resignación judías "¡Qué progresos hacemos! En la Edad Media me hubieran quemado a mí, hoy se conforman con quemar mis libros" (Jones, 1961, p. 219).

Y hablando del judaísmo de Freud, ¿quién puede negar la estrecha vinculación que se encuentra entre el carácter judío y el movimiento psicoanalítico? Hoy sabemos que esta relación es más que meramente circunstancial. Es probablemente ese sentido de la interioridad en el judío -religión que carece de iconos externos- y su liga con la diáspora y las persecuciones, lo que determina un cierto grado de proclividad a la introspección que, cuando se suma a las frecuentes migraciones y exilios, crea el terreno más fértil para la labor del psicoanalista: la búsqueda de un pasado perdido, conflictivo, olvidado, tormentoso, desplazado ahora desde lo

nacional a lo personal. Sólo así se puede explicar el gran desarrollo -y *consumo*- de los bienes psicoanalíticos en países donde la inmigración judía ha sido más que frecuente. Hacemos mención por supuesto de lo sucedido en una parte de Latinoamérica y Estados Unidos.

Pero tal vez *lo judío* del psicoanálisis (y de Freud) no termina ahí. Con riesgo de caer en sobresimplificaciones apuntaremos que en ese final del siglo XIX, marcado por el positivismo científico a ultranza -la Escuela de Viena precisamente-, tradición en la que Freud se desarrolló como médico, neurólogo e investigador, hace su aparición en forma cada vez más creciente y desde el principio en los escritos freudianos, una preocupación por el *sentido*, por el *significado*, por el *símbolo* -y por lo tanto por la *interpretación*-, herencia segura de la exégesis y hermenéutica judías (Ricoer, 1970; Sánchez-Escárcega, 1994).

¹ *Sus discípulos y colaboradores le obsequiaron, con motivo de su 50 aniversario, un medallón que en una de sus caras representa a Edipo ante la Esfinge, con un verso al pie que en su traducción dice: "Quien descifró el famoso enigma y fue un hombre muy poderoso" (Freud, E., Freud, L. y Grubrich-Simitis, I., 1976).*

BREVE BIOGRAFÍA DE SIGMUND FREUD

Múltiples trabajos se han escrito sobre la vida de Freud. Destacan la biografía de su discípulo Jones (1961), la excelente obra del historiador y psicoanalista Peter Gay (1988), y por supuesto su propia autobiografía (1901a). En nuestro país se ha publicado también un muy interesante trabajo colectivo (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 1980). Pero por supuesto no son éstas las únicas obras que abordan al personaje Sigmund Freud -al hombre, al científico, al clínico-: se han escrito novelas, se han filmado películas, y en un sinfín de trabajos breves y extensos se han estudiado sus sueños, su vida familiar, sus relaciones con colegas, etc. También se ha publicado casi toda su correspondencia -tan o más extensa que su obra teórica-, incluso hasta su epistolario amoroso con la que fuera su esposa: Martha Bernays. Sin temor a exagerar se puede decir que Freud ha sido el "paciente" más estudiado y "psicoanalizado" de la historia. Tanta (pre)ocupación por él no es gratuita: con frecuencia se ha señalado que si Copérnico estableció que el hombre no se encuentra en reposo en el centro del universo, y Darwin, que el hombre no es nada diverso del animal y es pariente próximo de algunas especies, Freud nos demostró que no es soberano de su propia alma o su voluntad, y que los principales procesos anímicos son en sí inconscientes: tres "afrentas psicológicas" que aniquilan su "ilusión narcisista" (Freud, 1917, pp. 129-135). ¿Podrá soportar una cuarta, por ejemplo la existencia de otros seres en el universo? (*cf.* Sagan, 1980).

¿Y, cómo presentar aquí en unos cuantos párrafos un esbozo biográfico, habiendo tan extensísimos y extraordinarios trabajos sobre el tema? Intentémoslo a sabiendas que omitiremos hechos fundamentales de su vida.

Freud nació el 6 de mayo de 1856 en Freiberg (Moravia). Fue el primer hijo de la tercera esposa de su padre². Sus antepasados habían vivido en Colonia, pero debido a las persecuciones emigraron hacia el Este. Su madre tenía veintiún años al nacer él, y su padre cuarenta y uno. Del primer matrimonio del padre habían nacido dos hijos: Emanuel (tan sólo un año mayor que la madre de Freud) y Philipp (dieciocho años mayor que Freud). Tuvo siete hermanos. El segundo murió a los ocho meses de

nacido, cuando Freud no había cumplido siquiera el primer año de vida. Antes de cumplir cuatro años la familia emigró a Viena. Fue un estudiante brillante, aprobado generalmente con honores. Destaca ya desde su juventud el estilo y belleza de su lenguaje escrito que habría de hacerlo postulante al Premio Nobel de Literatura en 1919. Gran lector desde su juventud, habrá de conservar la referencia de los clásicos a lo largo de su vida. Consideró estudiar derecho, pero al oír en una conferencia el ensayo *La naturaleza*, erróneamente atribuido a Goethe, decidió estudiar medicina. Ocho años le tomó graduarse, no por pereza, ya que siempre fue un alumno sobresaliente, sino por su afición a la investigación, que lo absorbía en los trabajos que realizaba en el Instituto de Zoología. Llama la atención el que a los veinte años planteó la idea de una intersexualidad en las anguilas, no determinada genéticamente. Decepcionado de la investigación, pasó al Instituto de Fisiología, recibiendo las enseñanzas de Ernst Wilhem von Brücke, "el hombre que más influyó sobre mí".

Sus trabajos demuestran que se encontraba al inicio de una brillante carrera, la cual abandonó -cuando conoció a Martha Bernays- en búsqueda de mayor solvencia económica para casarse. Abrió un consultorio médico y trabajó por tres años en el Hospital General de Viena. Aun así continuó con la investigación, y publicó un trabajo sobre la cocaína. Experimentó en él, en sus amigos y en su novia el efecto estimulante de dicha droga. Justo cuando preparaba una monografía -"su acceso rápido a la fama"- sobre los efectos de la cocaína, visitó a su novia en Wandsbeck. Un mes después, al regresar a Viena, se encontró con que su colega Koller había descubierto la sensacional aplicación de la droga como anestésico sobre el ojo. Fama internacional para Koller, mal disimulada amargura para Freud. No paró ahí la cosa: la adicción a la cocaína -entre ellas la de su amigo von Fleisch-Marxow- le ganaron la acusación de haber desatado para la humanidad "un tercer flagelo", al lado del alcohol y la morfina. Aun así obtuvo el cargo de docente en la universidad, y una beca para viajar a París a la Salpêtrière, donde conoció al famoso especialista en neurosis histéricas e hipnólogo, Jean-Martin Charcot. Ahí descubrió el aspecto psicológico de la neuropatología. Al regresar a Viena y presentar un trabajo sobre *La histeria en los hombres*, lejos de conseguir la fama, sólo obtuvo rechazo. Finalmente pudo contraer matrimonio con Martha, mujer por cierto muy arriba de sus pretensiones sociales. Especializado en neuropatología, su consultorio fue visitado sobre todo por enfermos nerviosos. Utilizó los métodos clásicos: electroterapia, masajes, baños curativos; también la hipnosis aprendida de Charcot. En realidad nada de esto funcionó como él deseaba.

En estas circunstancias hace su aparición su buen amigo y protector Josef Breuer, considerado entonces el mejor especialista en enfermedades internas y clínica general de Viena. Breuer atendía a una paciente histérica llamada Bertha Pappenheim, mejor conocida en la literatura como "Anna O.". Dicha mujer recordaba -y revivía con gran emoción-, en estado de hipnosis, la situación original en la que se habían manifestado por primera vez sus síntomas histéricos. Éstos desaparecían por algún tiempo. A Freud le causaron honda impresión las comunicaciones que le hacía su colega, e informó a Charcot, quien ciertamente no mostró un gran interés por el caso. Sin embargo Freud decidió poner en práctica él mismo dicha técnica, denominada "catarsis", con sus propios pacientes. Los resultados fueron publicados en conjunto con Breuer en el famoso ensayo *Estudios sobre la histeria* (1893-95), libro con el cual se origina el psicoanálisis, pero que ocasionó por esto un distanciamiento entre los dos autores. Para Freud quedaba claro algo que para Breuer no fue evidente: que los traumas originadores de síntomas psiconeuróticos por lo general se relacionan con cuestiones de índole sexual.

Freud siempre buscó en la infancia y en las etapas iniciales de su carrera la amistad (¿protección?) de un amigo, generalmente mayor que él. Al declinar la amistad con Breuer, comienza a hacer su aparición el amigo correspondiente a la siguiente etapa: Wilhem Fliess. Este otorrinolaringólogo berlinés había obtenido ya alguna fama gracias a dos descubrimientos: la periodicidad de ciclos en los organismos y la teoría de la bisexualidad (es decir, que en la constitución biológica y psíquica de los organismos se encuentran presentes elementos del otro sexo). Esta amistad resultó para Freud fascinante, aunque duró a lo sumo unos tres años. Le proporcionó ciertamente "un escucha", el "auditorio" al que presentaba sus constantes y titubeantes descubrimientos sobre la sexualidad y las psiconeurosis. Pero no sólo eso. Fue -como hoy se plantea- lo más parecido a un analista, el testigo de sus reflexiones, cuestionamientos e indagaciones dentro de él mismo: su autoanálisis. Fliess fue el benevolente interlocutor, ocupado en otros campos de la investigación, que sin prejuicios asistió al nacimiento de conceptos como "represión", "proyección", etc. También Fliess fue testigo del abandono de la *neurótica*, o teoría de la seducción, que consiste en suponer que el trauma original infantil había sido ocasionado por algún acto de seducción erótica por parte de adultos. Al quedarle claro que éstos no habían sido hechos reales, sino fantaseados, imaginados, y en última instancia, deseados, Freud entra al terreno psicoanalítico por excelencia: *la fantasía y el deseo inconscientes*.

La cosa no le iba bien a Freud por aquella época: Habían sido rechazados por la Sociedad de Medicina sus descubrimientos sobre la histeria, Meynert le negó el acceso al laboratorio de anatomía cerebral, y Scholz, al material clínico para sus conferencias. Se le acusó de interrogar a sus pacientes sobre su vida sexual, y se le dejaron de enviar. Este es el periodo al que después Freud se refirió como de "espléndido aislamiento". Mejor para la ciencia: fue el periodo en el cual hizo uno de sus más grandes descubrimientos: el complejo de Edipo, término utilizado para señalar el momento del desarrollo (generalmente entre los 3 y 5 años de edad) en el cual el niño (Freud se refirió inicialmente al niño varón), en actitud ambivalente hacia sus progenitores e impulsado por sus instintos y fantasías, siente rivalidad hacia su padre, al cual desea desplazar en el cariño de la madre.

¿Cómo llegó Freud a este descubrimiento? Básicamente a través de la interpretación de los sueños que solían relatarle sus pacientes. Los resultados de sus indagaciones, así como el planteamiento de una novedosísima teoría sobre el funcionamiento del aparato psíquico, se encuentran en su obra *La interpretación de los sueños* (1900). Ahí se incluye la primera interpretación completa de un sueño del propio Freud ("el sueño de la inyección de Irma").

Con el desarrollo de esta técnica interpretativa, Freud abandonó definitivamente la técnica de la catarsis y cualquier otra, para concentrarse en la "asociación libre" -la base de todo psicoanálisis-, en la cual se le pide al paciente, que permanece consciente, que diga todo cuanto viene a su mente, sin ningún tipo de restricción. Por cierto aquí comienza el uso del diván, que estimula una mayor espontaneidad de las asociaciones. Estas asociaciones libres, aunadas a la interpretación de los sueños, permitían acceder a pensamientos, recuerdos y fantasías de la época más temprana del paciente, generalmente dolorosos y por lo tanto reprimidos. También reconoció Freud por esta época el significado inconsciente de esos pequeños olvidos, lapsus, actos fallidos, etc. que nos son tan familiares. Con estas bases, antes de 1905 se publicaron otras dos obras cruciales: *Psicopatología de la vida cotidiana* (1901b) y *Tres ensayos de teoría sexual* (1905).

La época del aislamiento comenzó a ceder cuando a partir de 1902 se le unieron los médicos Alfred Adler, Rudolf Reitler, Max Kahane y Wilhem Stekel. En 1903 lo hizo

Paul Federn, y en 1905, Eduard Hitschmann. Antes de 1910 también se habían agregado Otto Rank, Hanns Sachs, Max Eitingon, Abraham A. Brill (Estados Unidos), Ernest Jones (Inglaterra), Ludwig Jekels (Polonia), Karl Abraham (Berlín) y Sándor Ferenczi (Budapest), entre otros. ¿Qué hizo que este pequeño grupo de profesionistas -en 1908 eran veintidos-, generalmente bien establecidos en su campo, se unieran a un hombre tan cuestionado en su momento? No lo sabemos, pero esta pequeña "sociedad" atrajo tanto la atención, que entre 1907 y 1910 logró despertar el interés de dos personalidades en el campo académico y científico: Eugen Bleuler y C.G. Jung (ambos de Zurich). Tan prominente "cuadro" logró finalmente que la universidad y la famosa clínica psiquiátrica de Burghölzli (Suiza) incorporaran al psicoanálisis entre sus técnicas de tratamiento para trastornos graves, así como la fundación, en Nuremberg, de la Asociación Psicoanalítica Internacional (1910). El camino parecía estar allanado para recibir, en 1909, la invitación de la Universidad de Clark de Worcester, Massachusetts, para participar en las celebraciones de su vigésimo aniversario, donde se le otorgó a Freud el título de *doctor honoris causa*. También se unieron las primeras mujeres, entre ellas Lou Andreas-Salomé, famosa escritora germana ex-amante de Nietzsche y Rainer Maria Rilke.

La fama mundial comenzaba para Freud, y con ella, las primeras crisis y deserciones en el grupo original: las más importantes, la de Adler en 1911 y la de Jung en 1914. Aunado a esto, el ascenso se vio interrumpido por la Primera Guerra Mundial (1914-1919). El grupo se disgregó, el contacto y la afluencia de analistas extranjeros se interrumpió, amén de que la mayor parte de los médicos locales fueron llamados a filas (así como los tres hijos varones de Freud). Las dos principales publicaciones psicoanalíticas tuvieron que ser suspendidas, y la vida en Viena -sin calefacción, casi sin pacientes, sin dinero y sin ánimo- se volvió prácticamente insoportable para Freud. Con muy poco material clínico sobre el cual escribir, hizo lo que ya había hecho en su época de aislamiento: explorar el interior de la mente humana. De este periodo surgen los principales escritos teóricos, compilados bajo el título *Trabajos sobre metapsicología* (1915).

Con el final de la guerra no hubo una rápida mejoría de su situación: Austria se encontraba sumida en la pobreza y la desesperanza. Freud sufrió además dos pérdidas fundamentales: Anton von Freund (promotor y benefactor del psicoanálisis) y su hija Sophie (muerta de pulmonía). Con este panorama no es de extrañar que en 1920 publicara *Más allá del principio del placer*, donde se presentan los conceptos de pulsión de muerte y compulsión a la repetición. Tampoco sorprende que el gran peso de los eventos y fenómenos sociales lo llevaran a escribir *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921).

La "salida" para Freud, en épocas de dolor, rechazo o enfermedad, siempre fue la creatividad. Es por ello que en esta etapa reformula radicalmente la teoría con la que durante casi veinticinco años había venido trabajando, al plantear en *El yo y el ello* (1923a) la teoría estructural (ello, yo y superyo). La primera de estas instancias psíquicas (el ello) -que evidentemente, al igual que las otras, no tiene una localización anatómica cerebral-, comprende más o menos lo que anteriormente era llamado "el inconsciente", y que abarca todo lo instintual, irracional y "animal" que hay en el ser humano, así como todo lo reprimido. El superyo, por su parte, incluye los preceptos morales, éticos y culturales -el "deber ser"-, así como la autoobservación, que por vía de la identificación nos ha sido transmitido a través de la familia.

Por último, el yo está formado por una serie de funciones mentales como el pensamiento, la memoria, la percepción, el juicio, la capacidad sintético-integrativa, los mecanismos de defensa, etc. que le permiten lidiar o "negociar" entre las

exigencias que se le presentan por tres "frentes" distintos: a) el ello y su urgencia de descarga pulsional, b) el superyo y sus demandas y restricciones, y c) la realidad externa, con su posibilidad o imposibilidad de lograr satisfacción. De hecho, se acepta que toda conducta, pensamiento, síntoma, etc., implica el resultado final de un trabajo realizado por el yo para tratar de conciliar de la mejor manera posible estos tres frentes. Y no sólo en lo individual: aun en lo cultural se pueden observar los resultados de estas negociaciones, sólo que de manera colectiva. El descubrimiento planteado por Freud pretende tener un carácter *universal*: se trata de una ciencia general de los procesos anímicos.

Fumador empedernido -la imagen típica de Freud lo representa siempre con un puro en la mano-, hubo de pagar las consecuencias de su adicción. A partir de febrero de 1923 se le detectó un tumor en la encía del lado derecho que le fue extirpado (ya había presentado síntomas desde 1917). A esta operación siguió otra más radical, que incluyó el vaciamiento del maxilar y la encía derecha. Tuvo que usar una prótesis de gran tamaño que lacónicamente acabó llamando "el monstruo". Los dolores eran insostenibles, entorpeciendo tanto el habla como el comer y el fumar. Treinta y un operaciones siguieron a estas dos, y aun cuando fue atendido por los mejores especialistas, hasta el final de sus días hubo de lidiar con la enfermedad para poder seguir trabajando. No deseaba perder la claridad de su pensamiento, por lo que evitaba en lo posible recurrir a los analgésicos. Además, nunca cedió en su ateísmo y en su actitud objetiva ante la muerte. Se consideraba un hombre de ciencia y se negaba a recurrir a los sucedáneos que pudieran desviarlo de su camino. Seguramente se sintió recompensado cuando en 1936 fue designado miembro correspondiente de la Royal Society, la más alta distinción, después del Premio Nobel, para un hombre de ciencia. Mantuvo regularmente correspondencia con los grandes de su tiempo: Albert Einstein, Thomas Mann, Hermann Hesse, Romain Rolland, Arthur Schnitzler, Arnold Zweig, Stefan Zweig, etc., algunos de los cuales fueron sus amigos. Ya antes, en 1930, la ciudad de Franckfort le había otorgado el Premio Goethe, y en 1931 se descubrió una placa conmemorativa en su casa natal. El esplendor de la fama le sobrevinía cuando la enfermedad más lo minaba.

Si bien Freud ya no contaba con la misma fortaleza física de antes, en los últimos quince años de su vida tuvo el apoyo de la que eventualmente se convertiría en una gran psicoanalista de niños, con desarrollos teóricos propios: su hija Anna, quien comenzó a representarlo en congresos, eventos científicos, etc. No se piense por ello que Freud dejó de producir. Antes al contrario, sus trabajos de los últimos años -si bien más suscintos, y tal vez más espaciados- denotan una excepcional claridad de pensamiento a la vez que intereses más amplios y abarcativos. Además de revisar sus primeros libros, explora a profundidad temas filosóficos, religiosos y culturales, en los cuales de alguna manera ya se había interesado: *Tótem y Tabú* (1912-13), *El malestar en la cultura* (1930) y *Moisés y la religión monoteísta* (1939) son sólo algunos ejemplos.

Al estudiar la vida de Freud, uno se queda con la impresión de que difícilmente tuvo descanso: justo cuando nuevamente parece venir por delante una época de relativa serenidad y triunfo en lo profesional, aparece en Alemania la sombra del nazismo. Y no sólo por ser judío su fundador, sino básicamente por el carácter disruptivo y revolucionario de su obra, en 1936 fueron confiscados los libros de la Editorial Psicoanalítica Internacional, amén de que para colmo de males, Austria fue ocupada por Alemania en 1938. La casa de Freud fue requisada por la S.S. el 15 de marzo, y el 22, la Gestapo detuvo por varias horas a su hija Anna. Sólo entonces Freud aceptó abandonar Austria. Después de haber vivido en Viena prácticamente toda su vida, el 4 de junio emigra a Inglaterra. Quedaron en el país sus cuatro hermanas, quienes fueron asesinadas en Auschwitz tres años después de haber muerto Freud.

En Londres se le procuró un recibimiento triunfal. Lo visitaron, entre otros, Salvador Dalí y H.G. Wells, su amigo íntimo, así como los secretarios de la Royal Society.

Todavía volvió a ser operado, y aun así continuó viendo pacientes y escribiendo. El 23 de septiembre de 1939, quince meses después de haber emigrado, murió poco antes de la medianoche. Tal como lo había dispuesto, sus restos incinerados fueron depositados en una de sus vasijas griegas favoritas.

² Hay versiones contradictorias en cuanto a la relación de Freud con su madre. Por un lado parece haber sido para ella el hijo preferido, destinado al éxito, un sobredotado; por otro, pareciera que desde temprano Freud experimentó vivencias de abandono por parte de ella a raíz del nacimiento de ese nuevo hermano que luego murió, y también por una enfermedad que prácticamente la acompañó toda su vida (Aberbach, 1984; Sánchez-Escárcega y Brown, 1992a).

¿QUÉ ES EL PSICOANÁLISIS?

En el prólogo que los editores de las primeras traducciones al español hacían a las *Obras Completas de Sigmund Freud* (cf. Germain y Rey Ardid, 1973), se incluía - junto a recomendaciones para una lectura cristiana de los textos- la siguiente definición:

Conviene hacer resaltar que el término psicoanálisis se aplica, en realidad, a tres cosas diferentes: 1) A un método de investigación mediante el cual las regiones más íntimas y ocultas del espíritu pueden ser puestas en evidencia y estudiadas. Esto puede considerarse (...) como la disección de la mente y el estudio de su anatomía. 2) Una teoría que se elabora con los resultados de ese análisis, llevado a cabo en muchos casos semejantes que se estudian comparativamente, para poner en evidencia rasgos y reacciones características en cada uno. De esta suerte se elabora una verdadera fisiología de la mente y se señalan las formas de su funcionamiento. Es la teoría psicodinámica del desarrollo de la personalidad. 3) Una técnica de aplicación que tiene por finalidad adoptar el método analítico -conocida la estructura de la mente y su funcionamiento- al tratamiento de los desequilibrios del espíritu. Esta acción terapéutica a través del inconsciente es la que verdaderamente ha de llevar el nombre de técnica analítica o psicoanálisis" (p. xii).

Ya en esta primera definición -resumen de aquellas propuestas por Freud- encontramos el doble carácter epistemológico del psicoanálisis: por un lado conceptos mecanicistas de la más pura raigambre positivista tales como 'disección de la mente', 'estudio de su anatomía', 'fisiología de la mente', etc., y por el otro, aseveraciones tales como que 'las regiones más íntimas y ocultas del espíritu pueden ser puestas en evidencia y estudiadas', que nos remiten enseguida a un modelo interpretativo, un desenmascaramiento, un develamiento del sentido oculto y diferente; todo ello, por supuesto, acorde con cualquier tradición hermenéutica. Nada de esto sorprende. Freud, como hombre de su tiempo, fue formado en ambas escuelas de pensamiento. La positivista -herencia inglesa y alemana completamente en boga en aquella época- permea la teoría psicoanalítica de principio a fin con conceptos más bien sacados de la física, la biología y la termodinámica. La

hermenéutica le viene por la línea de los clásicos, del romanticismo, del ambiente filosófico del siglo XIX, de sus múltiples lecturas de juventud, aunque -insistimos- no podemos dejar de mencionar la tradición y el carácter judíos de Freud³ (Sánchez-Escárcega, 1994).

El propio Freud, en otro artículo (1923b), nos da una definición similar:

Psicoanálisis es el nombre de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación y de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica (p. 231).

Es interesante mencionar que en su definición de 1926 tan sólo se refiere a dos usos del término; y aun en éstos se encuentran pequeñas pero significativas diferencias: Psicoanálisis (...) hoy designa: 1) un método para el tratamiento de las neurosis, y 2) la ciencia de los procesos anímicos inconscientes, que con todo acierto es denominada también "psicología de lo profundo"⁴ (p. 252). Comúnmente, sin embargo, se aceptan los tres usos del término: *método de investigación, teoría de la personalidad y técnica de tratamiento psicoterapéutico*.

³ A más de un estudioso de la vida de Freud ha sorprendido aquella carta de juventud, escrita a Martha Bernays, su novia, en un momento de celos, en la cual, encerrando en un círculo un manchón de tinta anotaba al lado: "favor de no hacer interpretaciones". Esta carta, escrita muchos años antes de que siquiera hicieran su aparición los primeros conceptos psicoanalíticos, ¿anunciaba ya al psicoanalista, o reflejaba a un joven universitario enseñado a mirar "más allá" de los textos literarios?

⁴ Con el paso del tiempo, el término "Psicología profunda" acabó por restringirse a la técnica y teoría desarrolladas por Jung.

ALGUNOS POSTULADOS BÁSICOS

El psicoanálisis, como cualquier otra ciencia o método terapéutico, posee una serie de postulados sobre los cuales fundamenta su quehacer. Santiago Ramírez (1983) - por cierto uno de los primeros y principales promotores del psicoanálisis en México- enlistó de forma admirable algunos de ellos:

a) *La conducta está motivada*. Esto significa que determinado tipo de experiencias previas van a ser condicionantes de la conducta ulterior. Para ser más exactos, podemos decir que todo tipo de conducta está motivada por la historia del sujeto. Por supuesto que en esta historia intervienen tanto factores genético-hereditarios, como los que resultan de la interacción del individuo con su familia, sociedad, etc.

b) *Gran parte de las motivaciones generadoras de conducta son inconscientes*. De hecho se asume que las motivaciones inconscientes sobrepasan a las conscientes, lo cual significa que si bien una gran parte de lo que hace el ser humano está motivado, normalmente desconoce el porqué. Las razones por las que una conducta es inconsciente son variadas. Pueden ser interferencias de otros pensamientos, o bloqueos (olvidos, represiones) de la raíz o el origen de un pensamiento. También pueden deberse al rompimiento de una parte de la cadena de asociaciones que integran un pensamiento o serie de pensamientos. Se han diseñado diversos

experimentos para probar esto. Por ejemplo, para tratar de demostrar que la conducta es inconsciente, desde la época de Freud se hipnotizaba a un sujeto y se le daba una orden que debía cumplir. Después, al ser inquirido, el sujeto siempre intentaba dar una explicación de su conducta, sin saber que el motivo de la misma había sido una orden hipnótica que había sido borrada de su conciencia.

De igual manera, muchas otras conductas se encuentran motivadas por "órdenes" inconscientes -tal vez sería mejor decir "por *motivos* inconscientes"-, aunque éstas no hayan sido dadas en estado hipnótico. La mayor parte de las maneras de ser de cada quien conforma su personalidad, un juego complejo que se estructura con base a identificaciones (normalmente poco conspicuas) con la familia, la lengua nativa, las relaciones, el ambiente, etc. Es un juego de interacciones crónicamente presente durante el proceso de desarrollo y que tiene como resultado el que cada persona sea de un modo y no de otro, pero además, que este modo -en sus aspectos más profundos- no le sea obvio ni claro a esa persona. Por otra parte, hay que hacer notar que no porque las razones sean inconscientes, dejan de ser operantes y dinámicas. Antes al contrario, buscan y exigen su satisfacción o descarga.

c) *Las pautas de conducta son resultado de la interacción del sujeto con los objetos.* Las pautas de conducta, cualesquiera que ellas sean, son el resultado de la interacción del sujeto con los objetos⁵ que entraron en contacto con sus necesidades en la infancia: madre, ambiente, padre, hermanos. A veces la pauta de conducta es la repetición fotográfica de las pautas de este suceder histórico, otras veces es lo opuesto a lo que vivimos en la edad infantil, pero que de cualquier modo están sometidas a ese aprendizaje determinado, producto de la interacción constante, consistente y sistemática, a lo largo de años. Esto es lo que precisamente hace que se mantengan relativamente inalteradas.

d) *La conducta tiende a automatizarse por una economía de esfuerzo.* Esas pautas de conducta que uno cuidada, dedicada y lentamente estructura, tienden a automatizarse independientemente de que la pauta sea dolorosa, porque la pauta que se adoptó en el momento necesario fue la más operativa entonces. Lo importante aquí es que dicha conducta, con el paso del tiempo y al variar las circunstancias, resulta inoperante, bizarra, contradictoria o conflictiva. Solo que para la mente inconsciente, que no se rige por principios de lógica formal, la situación actual no ha variado de la anterior, aquella en la cual se estructuró ese determinado comportamiento defensivo o adaptativo.

e) *Cada fragmento de conducta es un trozo de historia.* La conducta no es un trozo o un fragmento de expresión desubicado o desvinculado del tiempo; sino un trozo consistente de hechos, anclado a la historia del sujeto. Cada pequeño comportamiento puede ser reconducido a una constelación dinámica anterior que refleja sus vivencias infantiles -una pequeña historia clínica encapsulada-. El ejemplo idóneo es el de las imágenes holográficas: a diferencia de una diapositiva, que al ser recortada y proyectada de nuevo sólo reproduce la parte segmentada, una imagen holográfica puede ser recortada todas las veces que se desee, representando siempre en la proyección final al total de la imagen original.

f) *Las pautas que tiene un sujeto determinado tienden a ser muy monótonas.* Una vez que un individuo estructuró su pauta, funcionará básicamente de modo repetitivo ante cada circunstancia, sujeto, objeto o situación. Menninger (1962) afirma:

"La conducta, de la misma manera que la cicatriz en la pata de un oso, que se formó cuando era chico, no importa la naturaleza del terreno que pise, la huella será igual, repetitiva, sistemática, iterada. Lo que ha sido, es y seguirá siendo".

g) Una conducta, como cualquier energía, si no estuviera alimentada por el ambiente tendería a extinguirse. Una conducta neurótica, si no tuviera la alimentación que propició su existencia, se extinguiría. Toda conducta necesita, para su persistencia, fuentes de aprovisionamiento, de retroalimentación. *Todo sujeto establece relaciones con su ambiente, de tal naturaleza que propicia que éste le brinde aquello que es susceptible de generar repetición de la pauta.* El lugar en el que se expresa es circunstancial -sueño, síntomas, actividad creadora-, pero la modalidad intrínseca con que lo hace es definitivamente la misma. Se trata de un troquel originado en la interacción del sujeto con su mundo infantil, con una dirección propositiva inicial, que ahora busca su validación en la realidad actual (por ejemplo, en la situación analítica).

⁵ "Objeto", en psicoanálisis, significa cualquier persona, animal, cosa o idea con valencia afectiva, es decir, que puede ser investida por alguna pulsión.

LA ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Las pulsiones

Así como la unidad básica de peso es el gramo, y de tiempo, el segundo, en psicoanálisis se considera a la *pulsión* como la parte más esencial del funcionamiento psíquico, sobre la cual descansa todo lo demás. Lo que denominamos pulsiones, a menudo se menciona también en la literatura psicoanalítica como *instintos*, aunque éste no parece ser el término más correcto por su vinculación con la respuesta motora *predeterminada* de algunos animales inferiores (en el hombre la pulsión sólo se refiere a la excitación central en respuesta al estímulo, y para su descarga requiere normalmente del funcionamiento del yo).

Una pulsión, entonces, es un constituyente psíquico -asociado a una energía-, genéticamente determinado, que cuando actúa produce un estado de excitación psíquica o tensión, la cual impele al individuo a una actividad que busca la descarga o gratificación (y que también está determinada genéticamente en forma general, pero que puede alterarse considerablemente por la experiencia individual).

Al resultado de la colocación o carga de un objeto por parte de una pulsión se le llama *investidura*⁶ y significa "la cantidad de energía psíquica que está orientada hacia o unida a la representación mental de una persona o cosa" (Cueli y Reidl, 1979). Es decir, que la pulsión y su energía se consideran como fenómenos puramente intrapsíquicos. La energía no puede investir directamente al objeto exterior; lo que se inviste son los recuerdos, pensamientos y fantasías acerca de éste (su *representación mental*). Cuanto mayor sea la investidura, más importante es el objeto y viceversa.

La hipótesis de Freud acerca de los tipos de pulsión se modificó y evolucionó en el curso de unas tres décadas; es decir, aproximadamente de 1890 hasta 1920. En su primera formulación propuso dividir las pulsiones en sexuales y del yo (o de autoconservación). Pronto abandonó esta hipótesis, y por muchos años todas las manifestaciones instintivas se tomaron como parte o derivado del impulso sexual. El estudio de diversos fenómenos psíquicos, sin embargo, y en particular los del

sadismo y masoquismo, lo llevaron eventualmente a revisar una vez más sus teorías, y en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920) planteó la existencia de dos pulsiones: las de vida (que asimilan a las pulsiones sexuales) y las de muerte (a las cuales asimila el concepto de pulsión agresiva, hasta entonces poco definido). Podemos decir que un tipo de pulsión da origen al componente erótico de las actividades mentales, mientras que el otro genera el componente puramente destructor.

Para Freud, todas las manifestaciones que podemos observar -normales o patológicas-, participan de las pulsiones sexual y agresiva, o sea que habitualmente ambas se encuentran *fusionadas* aunque no necesariamente en cantidades iguales (Brenner, 1977).

En resumen, pues, distinguimos dos pulsiones: la sexual o erótica, y la agresiva o destructora. De acuerdo con esta distinción, también suponemos que hay dos clases de energías psíquicas: aquellas que están asociadas con la pulsión sexual y las que están relacionadas con la de agresión. La primera tiene un nombre especial: *libido*. A la otra se le menciona a veces como *energía de agresión* o simplemente *agresión*. Este último término ("agresión"), así solo, introduce cierta confusión, ya que tanto la energía agresiva como la pulsión agresiva no sólo se encuentran en la base de la conducta externa conocida como *agresión*.

Freud definió primero la pulsión como un estímulo de la mente proveniente del organismo. Tal definición parecía ajustar muy bien a las pulsiones sexuales, ya que la excitación y gratificación sexual tienen un componente hormonal obvio. Sin embargo, en el caso de la pulsión agresiva la evidencia de una base somática no fue tan clara, por lo que Freud planteó inicialmente que la musculatura aportaba ese componente orgánico.

Teoría topográfica del aparato psíquico

El psicoanálisis concibe la vida psíquica como evolución incesante de fuerzas elementales, antagónicas, compuestas o resultantes, con un concepto dinámico del psiquismo. El primer sistema metapsicológico teórico con que trabajó Freud representa una topografía hipotética del aparato psíquico dividida en tres planos delimitados con mayor o menor rigurosidad: *inconsciente*, *preconsciente* y *consciente* (Tallaferro, 1983).

a) *El sistema inconsciente*. El término "inconsciente" existía en la literatura filosófica antes de los estudios de Freud, pero se le atribuía un sentido negativo, una carencia (es decir, aquello que no era consciente). Para el psicoanálisis, en cambio, el término inconsciente es psíquicamente positivo, es un sistema en constante evolución, cargado de energía pulsional. De ninguna manera es lo contrario de lo consciente y, de hecho, puede considerarse el verdadero psiquismo o la materia prima de los procesos mentales, aunque sólo una porción mínima alcanza la superficie iluminada de la conciencia.

El estudio de los contenidos del inconsciente permite explicar y demostrar que los actos mentales y sociales tienen una causa definida, siguen un propósito y son emocionalmente lógicos, aun cuando desde un punto de vista intelectual aparentemente no sea así. A este sistema sólo puede accederse de un modo indirecto, mediante los datos que nos suministran los sueños, los actos fallidos, los tests proyectivos, y sobre todo la historia de los síntomas neuróticos y psicóticos. En resumen, la existencia del inconsciente se puede establecer por el contenido y el

modo de actuar. Dentro de los *contenidos* hay que considerar los *equivalentes pulsionales* (las modificaciones motoras y secretorias denominadas "emociones") y las representaciones mentales de hechos, objetos y órganos.

Al modo de actuar del inconsciente se le denomina *proceso primario*, que será explicado más adelante. Por lo pronto debe considerarse que los procesos psíquicos son esencialmente inconscientes y que antes de llegar a conscientes deben sufrir un complicado proceso. Algunos de los mecanismos utilizados por el inconsciente son (Tallaferro, 1983):

Desplazamiento: consiste en la movilización y cambio de lugar de una carga psíquica, un desplazamiento de la importancia de una unidad a otra. Así, en un sueño puede aparecer un elemento que tiene una carga determinada que le ha sido transferida desde otro. Un síntoma, por ejemplo histérico, frecuentemente representa el desplazamiento de un conflicto sobre un órgano.

Condensación: consiste en la unión de varios elementos separados que tienen determinada afinidad entre sí; es decir, que los rasgos u objetos A, B, C, y D se condensan en uno nuevo y único, compuesto por $A + B + C + D$. Esto es lo que ocurre con los sueños, donde es posible que aparezcan en un solo sujeto características de varios personajes distintos. Todo síntoma está plurideterminado por diversos afectos que se expresan condensados a través de él.

Proyección: consiste en atribuir sentimientos, pensamientos o intenciones propias a una persona ajena. Por ejemplo el paranoico, generalmente proyecta sus impulsos agresivos sobre otro u otros, y luego se siente perseguido y acosado por esos mismos impulsos que él proyectó.

Identificación: consiste en el acto psíquico de tomar para uno características propias de otro. Se encuentra, por ejemplo, en la base de la asimilación de parecidos entre el hijo y el padre; pero también la identificación sustenta toda forma de comprensión humana.

Tanto la identificación como la proyección son dos modos del desplazamiento: en el primer caso se hace de un objeto al sujeto, mientras que en la proyección va del sujeto al objeto.

El inconsciente tiene sus modos propios de actuar que constituyen en conjunto el *proceso primario* y son (Tallaferro, 1983): ausencia de cronología, ausencia del concepto de contradicción, lenguaje simbólico, igualdad de valores para la realidad interna y la externa o supremacía de la primera y predominio del principio del placer.

En el inconsciente pueden considerarse, en forma hipotética, a) una parte compuesta por elementos que se hallan temporalmente en él y están por consiguiente sometidos a sus leyes, pero que en cualquier momento pueden hacerse conscientes (*preconsciente*), y por otra, b) elementos que no pueden aflorar al consciente, pero aun así llegan a producir determinados efectos por vías indirectas, alcanzando la conciencia en forma de síntomas o sueños (*inconsciente reprimido*). De acuerdo con este sistema hipotético, el *ello* en su totalidad, y parte del *yo* y del *superyo*, se encuentran dentro del sistema inconsciente.

b) *El sistema preconsciente*. En la topografía del aparato psíquico el sistema preconsciente se halla ubicado entre el consciente y el inconsciente. Su contenido está integrado, en parte, por elementos procedentes del inconsciente, en paso hacia

el consciente, y también del consciente hacia el inconsciente, adoptando la forma de material preconscious. Existen además impresiones del mundo exterior, radicadas en él como representaciones fonéticas o verbales. A estas últimas representaciones se asocian los elementos del preconscious para poder acceder a la conciencia.

El preconscious está relacionado con la realidad externa y con el inconsciente, y ésta es la razón por la cual durante el trabajo onírico se usan sucesos reales, una idea concebida en estado de vigilia, etc., para expresar un deseo inconsciente. El preconscious también tiene sus leyes y funciones: la elaboración de una sucesión cronológica en las representaciones, el hallazgo de una correlación lógica, el "llenado" de lagunas existentes entre ideas aisladas, y la introducción de una relación causa-efecto entre los fenómenos.

c) *El sistema consciente*. El consciente es un órgano de percepción para las impresiones que nos absorben por el momento y debe ser considerado como un órgano sensorial situado en el límite de lo interno y lo externo con capacidad para percibir procesos de una u otra procedencia (por ejemplo, durante el sueño "vemos", "oímos", "sentimos", etc., al igual que en la vigilia). La única diferencia es que la superficie más sensible en el sujeto despierto es la externa, en contacto con la realidad, mientras que en el sueño lo es la interna, más en contacto con el inconsciente.

Para que un acto psíquico llegue a ser consciente, es necesario que recorra todos los peldaños del sistema psíquico. En el sueño, por ejemplo, las representaciones de objetos pertenecientes al inconsciente deben asociarse, ante todo, a las representaciones preconscious correspondientes. Sólo entonces, y después de vencer la censura emplazada entre ambos campos, entran en contacto con este sistema y llegan a al conocimiento del sujeto.

Teoría estructural del aparato psíquico

Como ya se ha mencionado, en 1923 Freud introduce un cambio en su teoría del aparato mental: la teoría estructural, la cual asimila -mas no elimina- a la anterior teoría topográfica (Freud, 1923a). De acuerdo a esta nueva conceptualización, la personalidad total está integrada por tres sistemas principales: el *ello*, el *yo* y el *superyo*. Normalmente esos tres sistemas forman una organización unificada y armónica que permite al individuo relacionarse de manera eficiente y satisfactoria con su ambiente para satisfacer sus necesidades y deseos básicos. Por el contrario, cuando los tres sistemas de la personalidad están en desacuerdo, se produce un conflicto psíquico que reduce la eficacia operativa del sujeto, tanto para consigo mismo como hacia su entorno. Señalaremos algunas características de estas tres instancias (Hall, 1983).

a) *El ello*. El ello tiene como función la descarga de cantidades de excitación (energía o tensión) que se originan en el organismo a partir de estímulos internos o externos. Esa función del ello cumple con el llamado *principio del placer* (evitar el dolor y lograr el placer). La finalidad de este principio es desembarazar a la persona de la tensión, o, si tal cosa es imposible -como lo es por lo habitual-, reducir la cantidad de tensión a un nivel bajo y mantenerlo tan constante como sea posible (*principio de constancia*). La tensión se experimenta como dolor o incomodidad, mientras que el alivio de la tensión se experimenta como placer o satisfacción.

Si todas las tensiones que ocurren en el organismo pudieran ser descargadas mediante acciones reflejas, no habría necesidad de ningún desarrollo psicológico que

trascendiera los límites del aparato reflejo primitivo. Sin embargo, esto es imposible dado que hay tensiones para las que no hay una descarga refleja apropiada. Por ejemplo, cuando aparecen las contracciones del hambre en el estómago del bebé, ellas no producen automáticamente alimento, sino inquietud y llanto. Si la criatura no es alimentada, las contracciones aumentan en intensidad hasta que la fatiga las elimina; si continúa la falta de alimento, el bebé muere de inanición. Pero para que esto no suceda, el bebé requiere la intervención de una persona mayor que le proporcione la comida. Sin embargo, a pesar de la solicitud de los padres, no es posible que éstos anticipen y satisfagan con rapidez todas las necesidades de la criatura. De hecho, al establecer un horario, instituir un entrenamiento y aplicar una disciplina, los padres crean tensiones al mismo tiempo que las reducen. El bebé inevitablemente experimenta cierto grado de frustración y malestar.

El resultado de la frustración estimula lo que se conoce como *proceso primario*. Para comprender este proceso debemos considerar que el aparato psicológico tiene una extremidad motriz (compuesta por los músculos, que son los órganos de la acción y del movimiento) y una sensorial (los órganos de los sentidos, que son estructuras especializadas para recibir los estímulos). A través de los órganos sensoriales el individuo forma un cuadro mental o representación del objeto que se presenta a los órganos de los sentidos y que se conserva como *huella mnémica* en la memoria. La percepción es una representación mental de un objeto, mientras la imagen mnémica es una representación mental de una percepción. Cuando miramos algo se forma una percepción; cuando recordamos lo que hemos visto una vez, se forma una imagen mnémica.

Volviendo al caso del bebé con hambre, éste crea una serie de percepciones (luego huellas mnémicas) del alimento asociado a la reducción de tensión. Cuando en otra ocasión vuelve a experimentar hambre, se reactiva la imagen mnémica del alimento. A esto se le conoce como *identidad de percepción*, y es parte del proceso primario. Esto significa que, para el ello, el recuerdo del alimento es exactamente lo mismo que ingerir el alimento. En otras palabras, el ello no puede distinguir entre un recuerdo *subjetivo* y una percepción *objetiva* del objeto real. Otro ejemplo del proceso primario es el sueño nocturno. Un sueño es una sucesión de imágenes, generalmente visuales, cuya función es reducir la tensión al revivir recuerdos de sucesos y objetos pasados que de alguna manera se asocian -simbólicamente y mediante mecanismos particulares- con una satisfacción o *realización de deseos*. Freud creía que todos los sueños eran realizaciones de deseos o trataban de serlo (la principal de ellas: impedir que el durmiente se despierte).

Incluso en la vigilia el proceso primario es útil: si no fuera por las ensoñaciones y las fantasías, una persona sólo podría satisfacer sus necesidades mediante un comportamiento de ensayos y errores. Ahora bien, como el proceso primario de por sí no reduce efectivamente las tensiones, se desarrolla un *proceso secundario*. Pero este proceso secundario pertenece al yo.

Por último diremos que para Freud, el ello es también la fuente primordial de la energía psíquica y la sede de los instintos. Su energía es móvil, de manera que se puede descargar con prontitud o desplazar de un objeto a otro. El ello no cambia con el transcurso del tiempo; no puede ser modificado por la experiencia porque no está en contacto con el mundo externo. Sin embargo, puede ser controlado y regulado por el yo. Tampoco el ello está gobernado por las leyes de la razón o la lógica, y no posee valores, ética o moralidad. Sólo lo impulsa una consideración: obtener satisfacción para las necesidades instintivas, de acuerdo con el principio del placer. Durante la vida de una persona se depositan nuevos contenidos en el ello como resultado del mecanismo de la *represión*. El ello conserva su carácter infantil durante

toda la vida. Es exigente, impulsivo, irracional, asocial, egoísta y amante del placer. Es omnipotente porque posee el poder mágico de realizar sus deseos mediante la imaginación, la fantasía, las alucinaciones y los sueños.

b) *El yo*. Los dos procesos mediante los cuales el ello descarga la tensión, a saber, la actividad motriz impulsiva y la formación de imágenes (realización de deseos), no son suficientes para alcanzar los grandes fines evolutivos de la supervivencia y la reproducción. Para cumplir con éxito esas misiones le es necesario tener en cuenta la realidad exterior (el ambiente) y, ya sea acomodándose él mismo al mundo o afirmando su predominio sobre él, obtener de éste lo que precisa. Tales transacciones entre la persona y el mundo requieren la formación de un nuevo sistema psicológico, el yo.

En la persona bien adaptada el yo es el ejecutivo de la personalidad, que domina y gobierna al ello y al superyo y mantiene un comercio con el mundo exterior en interés de la personalidad total y sus vastas necesidades. Cuando el yo cumple sabiamente sus funciones ejecutivas, prevalecen la armonía y la adaptación. Cuando el yo abdica o entrega demasiado de su poder al ello, o al superyo, o al mundo externo, se producen inadaptaciones y desarmonías.

El yo no está gobernado por el principio del placer, sino por el *principio de la realidad*. La finalidad del principio de la realidad es demorar la descarga de energía hasta que haya sido descubierto o presentado el objeto real que satisficará tal necesidad. El demorar la acción significa que el yo debe ser capaz de tolerar la tensión hasta que ésta pueda ser descargada por una forma apropiada de comportamiento. La institución del principio de la realidad no implica que el principio del placer sea rechazado. Sólo se lo suspende temporalmente en interés de la realidad. A su debido tiempo el principio de la realidad lleva al placer, aunque la persona tenga que soportar cierta incomodidad mientras tanto. El principio de realidad tiene a su servicio un proceso que Freud llamó *proceso secundario* (porque se desarrolla después y se superpone al proceso primario del ello), que consiste en descubrir o producir la realidad mediante un plan de acción que se ha desarrollado por el pensamiento y la razón (cognición).

El proceso secundario cumple lo que el proceso primario es incapaz de hacer, es decir, separa el mundo subjetivo de la mente, del mundo objetivo de la realidad física (*prueba de realidad*). El proceso secundario no comete el error del proceso primario de considerar la imagen de un objeto como si fuera el objeto mismo.

La inauguración del principio de realidad, el funcionamiento del proceso secundario y el papel más significativo que el mundo exterior viene a desempeñar en la vida de una persona, estimulan el desarrollo y elaboración de los procesos psicológicos de la percepción (hasta volverla fina y discriminada), la memoria (con su máxima sofisticación: el lenguaje), el pensar (y la capacidad para resolver problemas) y la acción (con mayor control de las descargas musculares), así como el examen de la realidad y el juicio (discriminar entre lo que es real y lo que no), y la producción de fantasías y ensueños que, a diferencia de las producidas por el principio de placer, son reconocidas por el yo como subjetivas.

c) *El superyo*. La tercera institución fundamental de la personalidad, el *superyo*, es la rama moral o judicial de la personalidad. Representa lo ideal más bien que lo real, y pugna por la perfección antes que por el placer o la realidad. El superyo es el código moral de la persona. Se desarrolla desde el yo como una consecuencia de la asimilación, por parte del niño, de las normas paternas respecto de lo que es bueno y virtuoso y lo que es malo y pecaminoso. Al internalizar la autoridad moral de sus

padres, el niño reemplaza la autoridad de ellos por su propia autoridad interior. Es decir, el niño aprende que no sólo tiene que obedecer al principio de realidad para obtener el placer y evitar el dolor, sino que también tiene que tratar de comportarse de acuerdo con los dictados morales de sus padres, que en última instancia son los de la sociedad. El periodo relativamente largo durante el cual el niño depende de sus padres favorece la formación del superyo.

El superyo está compuesto de dos subsistemas, el *ideal del yo* y la *conciencia moral*. El ideal del yo corresponde a los conceptos del niño acerca de lo que sus padres consideran moralmente bueno y que le es transmitido a través de recompensas físicas y psicológicas que le significan "amor" o "aprobación" (por lo mismo, privar al niño de amor es la forma principal de castigo psicológico).

Para que el superyo tenga sobre el niño el mismo control que los padres, es necesario que posea el poder de hacer cumplir sus reglas morales. Como los padres, el superyo pone en vigencia sus recompensas y castigos. Estas recompensas y castigos se otorgan al yo, porque el yo, a causa de su control sobre las acciones de la persona, es considerado responsable de los actos morales e inmorales. Si la acción está de acuerdo con las normas éticas del superyo, se recompensa al yo. Sin embargo, no es necesario que el yo permita que ocurra una acción física real para que sea recompensado o castigado por el superyo. Puede recompensarse o castigarse al yo sólo por *pensar* en hacer algo. Un pensamiento vale lo mismo que un hecho a los ojos del superyo. En esto, el superyo se parece al ello, que tampoco hace distinciones entre lo subjetivo y lo objetivo, lo cual explica por qué una persona que vive una vida virtuosa puede no obstante sufrir las torturas de la conciencia moral.

En términos generales puede decirse, entonces, que la recompensa que el superyo otorga al yo es la autoestima (orgullo); y el castigo, el sentimiento de culpa, vergüenza o inferioridad. Como todas las desgracias pueden implicar, en mayor o menor grado, un autocastigo por haber hecho algo malo, Freud consideró que muchas veces el sentimiento de culpa se encuentra detrás de algunas enfermedades, accidentes o pérdidas de objetos significativos. Por supuesto, una persona por lo habitual no se da cuenta de esta relación.

El superyo es el representante, dentro de la personalidad, de los valores e ideales tradicionales de la sociedad, tal como se transmiten de padres a hijos. Al respecto debe recordarse que el superyo del niño no es reflejo de la conducta de los padres sino más bien de los superyos de los padres. Además, otros agentes sociales participan en la formación del superyo del niño, por ejemplo los maestros y cualquiera que posea sobre él alguna autoridad moral.

¿A qué finalidades sirve el superyo? En primer lugar controlar y regular aquellas pulsiones cuya expresión no controlada pondrían en peligro la estabilidad de la sociedad. Tales pulsiones son principalmente de índole sexual o agresiva. Si se considera al ello el producto de la evolución y el representante psicológico de la constitución biológica de la persona, y al yo como el resultante de la interacción de la persona con la realidad objetiva y la esfera de los procesos mentales superiores, puede decirse que el superyo es el producto de la socialización y el vehículo de la tradición cultural.

⁶ La palabra alemana *besetzung* fue traducida al inglés como *cathexis*, y de ahí al español como *catexia*, término que es frecuente encontrar en la literatura. Sin embargo la traducción más correcta parece ser la que aquí utilizamos.

LOS SUEÑOS

El estudio de los sueños ocupa una posición especial en el psicoanálisis. En ningún otro fenómeno de la vida psíquica normal se revelan con tanta claridad y en forma tan accesible para su estudio los procesos mentales inconscientes. Los sueños son el camino regio hacia el inconsciente, en particular a aquellos contenidos mentales reprimidos o excluidos en alguna forma de la conciencia y de su descarga debido a las actividades defensivas del yo.

El soñar es sólo el resultado final de una actividad mental inconsciente que amenaza con interferir el acto mismo de dormir. En vez de despertar, el que duerme sueña. A la experiencia consciente durante el sueño, que el soñador puede o no recordar al despertar, la denominamos *contenido manifiesto*. Los pensamientos y deseos inconscientes que amenazan con despertarlo los denominamos *contenido latente*. Las operaciones mentales inconscientes por las que el contenido latente se transforma en contenido manifiesto se denominan *trabajo del sueño*.

La teoría psicoanalítica de los sueños puede formularse de la siguiente manera: los pensamientos e ideas conectadas con las actividades y preocupaciones del durmiente en su vida habitual de vigilia permanecen activas en su mente en forma inconsciente mientras duerme, a la vez que el aparato perceptual continúa recibiendo cierto grado de información por parte de los órganos de los sentidos. Todos estos pensamientos y sensaciones reactivan contenidos y pulsiones infantiles provenientes del ello -la parte esencial del contenido latente- que durante la vigilia normalmente ven negado su acceso a la conciencia debido a la represión. A causa de su gran fuerza, y porque amenazan con despertar al durmiente del mismo modo en que tienden a hacerlos los estímulos sensoriales, el aparato psíquico activa el *trabajo del sueño* con la intención de lograr una descarga parcial por medio de la imagen de fantasía que satisface el deseo y que constituye el sueño manifiesto. Por eso se dice que los sueños son *alucinaciones satisfactorias de deseos* -aun los sueños angustiosos, que elaboran deseos punitivos del superyo-. Es decir que en un sueño se alcanza una cierta gratificación parcial o sustituta de un deseo inconsciente a través de la fantasía, ya que la gratificación total -la acción apropiada (que requeriría generalmente el uso de movimientos)- está imposibilitada por el hecho de dormir.

Sin embargo, las imágenes del sueño manifiesto no son representaciones "textuales" de los contenidos del ello, sino complejas deformaciones que a pesar de todo siguen ciertas leyes. Lo que sucede es que el contenido latente del sueño es censurado por las operaciones defensivas del yo, por lo que la única manera que encuentra para expresarse es deformar esos "pensamientos oníricos" a través de una fantasía ejecutora del deseo, plásticamente representada, a fin de "engañar" al censor onírico. Para ello utilizan imágenes "inocuas" de la vida diurna, a las cuales transfiere, mediante los mecanismos del proceso primario, su contenido pulsional. La fase final del sueño consiste en la *elaboración secundaria*, que es el intento del yo por dar al sueño manifiesto una apariencia lógica y coherente. Y si bien es cierto que las defensas del yo no logran que el deseo sea totalmente reprimido, también es verdad que gracias al trabajo del sueño este deseo no aparece tal cual, sino disfrazado. Por eso también el sueño manifiesto puede ser considerado una *formación de compromiso*, ya que logra resolver la oposición entre las fuerzas del contenido latente y las defensas del yo.

Ahora bien, el trabajo interpretativo del sueño realizado en una terapia psicoanalítica consiste precisamente en recorrer de regreso el camino de la elaboración de un sueño, yendo, a través de las asociaciones libres, desde el contenido manifiesto hasta los pensamientos oníricos originales del contenido latente.

TEORÍA DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

Una región del cuerpo en que los procesos excitantes e irritantes (tensiones) tienden a concentrarse, y cuyas tensiones pueden ser eliminadas mediante alguna acción sobre tal región, como puede ser chupar o acariciar, recibe el nombre de *zona erógena*. Las tres principales son la boca, el ano y los órganos genitales, aunque cualquier parte de la superficie del cuerpo puede convertirse en centro excitatorio que demande alivio y proporcione placer. Cada una de las principales zonas se asocia con la satisfacción de una necesidad vital: la boca con el comer, el ano con la eliminación y los órganos sexuales con la reproducción. El placer proporcionado por la zona erógena puede ser, y a menudo es, independiente del placer que se deriva de la satisfacción de una necesidad vital. Por ejemplo, chuparse el pulgar o masturbarse reducen la tensión, pero el primero no satisface el hambre y el segundo no sirve para la reproducción. Las zonas erógenas tienen gran importancia para el desarrollo de la personalidad porque son las primeras fuentes importantes de las excitaciones y proporcionan las primeras experiencias placenteras importantes. Además, las acciones que implican las zonas erógenas llevan al niño a conflictos con los padres, y las frustraciones y ansiedades resultantes estimulan adaptaciones, desplazamientos, defensas, transformaciones, transacciones y sublimaciones (Hall, 1983). Cada zona tiene predominancia durante una fase del desarrollo. Las revisaremos a continuación.

a) *La fase oral*. Corresponde aproximadamente al primer año de vida. Se caracteriza por dos formas de placer: chupar (placer oral erótico) y morder (placer oral agresivo, que normalmente tiene que esperar a la aparición de la dentición). La boca tiene por lo menos cinco modos de funcionar: incorporar, retener, morder, escupir y cerrar. Cada uno de esos modos es un *prototipo* o modelo original de ciertos rasgos de personalidad. Estos modos de reacción pueden observarse no sólo en las relaciones interpersonales, sino también en las actitudes económicas, sociales, políticas y religiosas, así como en los intereses culturales, estéticos, recreativos, atléticos y vocacionales.

Ingerir por la boca es el prototipo de la adquisición; retener, el de la tenacidad y determinación; morder, el de la destructividad; escupir, el del rechazo y desdén; el cerrar, el del desaire y el negativismo. De la cantidad de frustración y angustia que se experimente en relación con la expresión prototípica, depende que estos rasgos se desarrollen y se conviertan en parte del carácter de la persona (*fijación*). Mediante desplazamientos y sublimaciones de diversa índole, la fijación en uno de los modos orales prototípicos puede convertirse en una red completa de intereses, actitudes y comportamientos. Por ejemplo, la actitud incorporativa puede abarcar cosas abstractas y simbólicas, tales como la incorporación de amor, conocimiento, dinero, poder y bienes materiales. La codicia y la voracidad se originan al no recibir suficiente alimento o amor durante los primeros años de vida (*cf.* Hall, 1983). El exceso de frustraciones en la alimentación puede crear una actitud de dependencia en el bebé. Si este modo se mantiene en edades posteriores se dice que tal persona ha desarrollado una estructura caracterológica de dependencia oral, pero, por el mecanismo psicológico de *formación reactiva*, puede llegar a transformar su dependencia en una dificultad para depender o confiar. Igualmente, si utiliza el

mecanismo de *proyección*, la persona podría convertirse en un gran altruista o servidor, colocando su propia dependencia en los demás. Las adiciones también se originan aquí, al igual que el sarcasmo, la ironía y la actitud despectiva, que son formas orales más agresivas (simbolizando el escupir o el morder). Modos prototípicos de reacción como el cerrar la boca, cuando llegan a establecerse como estilos de personalidad, crean formas de comportamiento marcadas por el hermetismo, el ensimismamiento, la cautela, etc.

b) *La fase anal*. Ocurre aproximadamente durante el segundo año de vida. La zona erógena predominante es el ano. La expulsión de las heces proporciona alivio al niño al eliminar la fuente de tensión. Como consecuencia de experimentar una placentera reducción de tensión, puede emplearse tal modo de acción para deshacerse de tensiones que surgen en otras partes del cuerpo. La eliminación expulsiva es el prototipo de los estallidos emocionales, las pataletas, rabias y otras reacciones primitivas de descarga (cf. Hall, 1983).

Durante esta etapa ocurre el *control de esfínteres*. Por lo común esta educación marca la primera experiencia seria de disciplina y autocontrol. La educación de esfínteres representa un conflicto entre una necesidad pulsional (el deseo de defecar) y una barrera externa (los padres). Las actitudes parentales respecto a la defecación, la limpieza, el control y la responsabilidad dejan una huella inequívoca en la personalidad y su desarrollo. Si la interferencia con el placer de defecar es muy estricta y punitiva, el niño puede vengarse ensuciándose intencionalmente. A medida que crezca, tal niño desplazará su rebeldía hacia los representantes externos de la autoridad, volviéndose irresponsable, desordenado, manirroto, etc. Pero si el mecanismo de formación reactiva predomina, podrá engendrar actitudes de excesiva meticulosidad, pulcritud, orden compulsivo, frugalidad, miedo a la suciedad, estricta administración del tiempo y dinero, así como otros comportamientos supercontrolados.

Dado que para el niño sus heces representan objetos valiosos -de hecho son sus primeras "producciones" propias-, su pérdida obligada puede generar un sentimiento de vacío y angustia, el cual, si se establece como estilo de personalidad, puede crear un desplazamiento hacia otros objetos concretos de la realidad. El carácter ahorrativo tiene su origen en esta actitud.

Por otro lado, la retención de las heces también resulta placentera al infante. Representa un logro en sí, además de proporcionarle una serie de estímulos sensoriales en su interior. Las personalidades fijadas en esta modalidad llegan a desarrollar un gran interés en coleccionar, poseer y retener objetos de toda clase.

c) *La fase fálica*. Se presenta aproximadamente entre los tres y cinco años de vida. En ella adquieren importancia placentera los órganos sexuales. Al mismo tiempo hay una intensificación del anhelo sexual del niño por sus padres, que inicia una serie de cambios y conflictos importantes. Sin embargo, dado que los órganos reproductivos masculinos y femeninos son estructuralmente diferentes, es necesario examinar los acontecimientos de la etapa fálica por separado:

La fase fálica masculina: Antes de la aparición del período fálico, el niño ama a su madre y se identifica con su padre. Cuando el impulso sexual aumenta, el amor del niño por su madre se hace más incestuoso y en consecuencia se pone celoso de su rival, el padre. A este estado de cosas se le conoce como *complejo de Edipo*. El desarrollo del complejo de Edipo crea un peligro imaginario para el niño: que su padre dañe su órgano sexual por el amor erótico que siente hacia su madre (angustia de castración). Como resultado de esta angustia el niño reprime su deseo

incestuoso por la madre y se identifica masculinamente con su padre. Es como si el niño dijera: "Siendo como mi padre puedo acercarme a una mujer (mi madre) sin entrar en conflicto con mi padre, que ahora me aceptará porque soy como él". Sin embargo, el complejo de Edipo puede resolverse negativamente, creando una identificación femenina con la madre, lo que significaría la formación de una actitud homosexual hacia el padre. Estas identificaciones también dan lugar a la formación del superyo, por lo cual se dice que el superyo es el heredero del complejo de Edipo.

La fase fálica femenina: Al igual que en el niño, el primer objeto amoroso de la niña es la madre. Pero a diferencia de lo que ocurre con el niño, no hay muchas probabilidades de una temprana identificación con el padre. Cuando la niña descubre que no posee los genitales externos del varón, se siente castrada. Culpa a su madre por tal condición y por lo tanto se debilita la investidura libidinal hacia la madre. La niña comienza a preferir al padre, que posee el órgano que a ella le falta. El amor de la niña por su padre se mezcla con envidia porque él posee algo de lo que ella carece. Esto se conoce como *envidia del pene*. Es el equivalente femenino de la angustia de castración del niño. Se supone que eventualmente la niña cambia su deseo de poseer el pene del padre por el deseo de tener un hijo de él, estableciendo con esto parte de su actitud femenina, la maternidad, lo cual la lleva a conciliarse con su madre.

El surgimiento del complejo de castración en el niño es la razón principal del abandono del complejo de Edipo, mientras que en la niña el complejo de castración (envidia del pene) es el responsable del inicio del complejo de Edipo. Tomadas en conjunto, las tres etapas del desarrollo (la oral, la anal y la fálica) reciben el nombre de *periodo pregenital*. Este periodo abarca los cinco primeros años de vida

d) *La fase de latencia.* La fuerza de las pulsiones sexuales declina durante este periodo debido fundamentalmente a que el superyo ha adquirido un predominio marcado y parece mantener dominadas las presiones pulsionales. Al mismo tiempo el yo se desarrolla más ante la realidad externa. Se consolida el lenguaje (lo cual da solidez a la función anticipatoria, puesto que se puede planear con palabras), se incrementa la gratificación intelectual a través de una mayor capacidad para la identificación, se adquieren intereses e ideales, etc.

Bertha Bornstein (citada por Guarner, 1978), sostiene que el periodo de latencia puede dividirse en dos etapas: en la primera, que abarca de los seis a los ocho años, el yo se encuentra todavía fuertemente arrastrado por pulsiones sexuales, por lo que la represión inhibe la conducta sexual. En este proceso puede presentarse una marcada rebelión, que es seguida habitualmente por autoreproches. En el segundo periodo, que abarca desde los ocho años hasta el comienzo de la pubertad, se da una consolidación de las defensas. El niño presenta un mayor equilibrio y por lo tanto menos sufrimiento. Durante la latencia las experiencias escolares adquieren una gran significación dado que muestran el nivel de ajuste a la figura de la autoridad. También adquiere importancia el contacto con los amigos y la forma en que esta relación se establece. El niño aprende al mismo tiempo el dolor de la competencia y el placer de la cooperación con los compañeros.

e) *La fase genital o adolescencia.* Con el despertar de la pubertad, las pulsiones sexuales reviven y ocasionan las tensiones y vehemencias típicas de esta etapa. Durante esos años adolescentes ocurren nuevas adaptaciones y transformaciones que finalmente culminan en la estabilización de la personalidad. La pulsión sexual comienza su evolución hacia el fin biológico de la reproducción. El adolescente comienza a sentirse atraído hacia miembros del sexo opuesto. Es un periodo de socialización, actividades colectivas, matrimonio, establecimiento de un hogar y una

familia, desarrollo de un interés serio en la profesión y otras responsabilidades. No se debe suponer, empero, que la etapa genital desplaza a las etapas pregenitales, más bien puede decirse que las pulsiones pregenitales quedan bajo la supremacía de lo genital. En la adolescencia se establece un yo aparentemente más fuerte y consolidado, pero que tiende a sufrir frecuentes regresiones ante los embates pulsionales. Lo mismo puede decirse del superyo, que aunque por una parte ha logrado establecer sus fundamentos, por otra tiene que abandonar muchas de las normas morales inculcadas por los padres. De ahí que las respuestas suelen ser extremas. A veces el ello invade de demandas al yo buscando una gratificación desinhibida; otras veces éste sale victorioso y logra moderar las necesidades más infantiles. Esto da lugar a la diversidad de conductas que se han descrito en los jóvenes, como egoísmo o altruismo y generosidad; espíritu gregario o timidez y aislamiento; indulgencia y ascetismo; ignorancia o intelectualización.

Por consideraciones de espacio no continuaremos describiendo las siguientes etapas del desarrollo, en las que se supone ya no se producen tantos cambios y variaciones pulsionales, aunque es probable que en realidad no hayan sido suficientemente estudiadas. Diremos, para terminar este apartado, que en las primeras etapas del desarrollo es donde se establecen los puntos de *fijación*, a los cuales regresará la libido (*regresión*) al presentarse conflictos pulsionales más tarde. Una fijación, tanto a un objeto como a un modo de gratificación, suele ser inconsciente, total o parcialmente. La regresión instintiva está muy relacionada con la fijación, pues de hecho, cuando se produce la regresión, suele ser a un objeto o modo de gratificación al cual el individuo ya está fijado. Si un placer nuevo resulta insatisfactorio y se abandona, el individuo tiende naturalmente a volverse a aquel que ya ha sido probado y aceptado.

TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA

Como se ha mencionado ya, en psicoanálisis la técnica surgió de la mano de la teoría, e incluso la precedió. La famosa imagen del paciente recostado en el diván, hablando "al aire", mientras el analista se sitúa a su cabeza guardando un respetuoso silencio, parece carecer de algún método y hasta de un fin, o sencillamente parece muy fácil de realizar (lo cual por supuesto ha animado el surgimiento de una gran cantidad de inexpertos -y codiciosos- "analistas silvestres"). Sin embargo la formación de un psicoanalista es difícil y compleja. Lo común es que tome entre cuatro y seis años después de la licenciatura o maestría (o especialidad en psiquiatría) en alguna de las diversas áreas de la salud (medicina, psicología, trabajo social, etc.), en los cuales además de seminarios teóricos se someten a supervisión regular varios tratamientos de pacientes propios. Aparte, el candidato debe someterse él mismo a un tratamiento psicoanalítico, tres o cuatro veces a la semana, por lo menos durante el tiempo que duren sus estudios.

Terapéuticamente hablando, ¿en qué se ha capacitado este profesional?, ¿cuál es su labor? En congruencia con lo postulado anteriormente acerca de la doble óptica desde la que se puede enfocar al psicoanálisis (desde la hermenéutica y los significados; y desde la mecánica y la dinámica de las fuerzas inconscientes), podemos decir que la labor del psicoanalista consiste en a) develar el sentido oculto o el significado inconsciente de ciertos comportamientos, manifestaciones o síntomas; b) identificando el tipo, constelación y dinámica de las fuerzas (conflicto)

que dieron origen en el pasado a dichos ocultamientos, y que de hecho aún hoy siguen sustentándolos casi sin modificación; c) todo ello por medio de una técnica que además de *reconstruir* esos significados y fuerzas del pasado, intenta *revivirlos* o *reeditarlos* en la relación que se da entre el paciente y el analista (*neurosis de transferencia*), con la finalidad tanto de explicitarlos o exponerlos, como de resolverlos *in situ*, dándoles un nuevo sentido o solución. En resumen, pues, la finalidad de un psicoanálisis consiste en *hacer consciente lo inconsciente, venciendo las resistencias a través de la interpretación de la transferencia* (cf. Sánchez-Escárcega y Brown, 1992b).

Aun cuando el tratamiento psicoanalítico se aplica hoy -con modificaciones o sin ellas- a casi todos los cuadros psicopatológicos (neurosis, psicosis, trastornos fronterizos, trastornos del carácter y de la personalidad, etc.), la técnica fue originalmente diseñada y aplicada con éxito en el tratamiento de las neurosis. Veamos a continuación cómo entiende un psicoanalista la formación de uno de estos cuadros (Coderch, 1979).

El síntoma neurótico

Una neurosis implica la existencia de un conflicto psíquico inconsciente que se expresa a través de las distintas combinaciones de signos y síntomas (ideas, ansiedades, inhibiciones, temores, conductas, emociones, pensamientos, impulsos a realizar actos que el individuo no desea, amnesias, alteraciones del nivel de conciencia, dificultades en las relaciones interpersonales, en el ejercicio de la sexualidad, etc.) de cada cuadro particular. Incluso cuando el conflicto psíquico se expresa a través de modificaciones físicas (sensaciones de ahogo, vómitos, contracturas, parálisis), no se halla ninguna alteración somática en su origen. Dada la naturaleza inconsciente de dicho conflicto, los síntomas son experimentados como inexplicables e irracionales. Sin embargo, esto sólo es aparente. Cuando a través de la técnica psicoanalítica puede profundizarse en el inconsciente del individuo y revivir, gracias a la transferencia, sus primeras relaciones de objeto, lo que parecía incomprendible, irracional e inconexo, se muestra claro, comprensible y vinculado con el conjunto de la personalidad.

Las reacciones neuróticas son la forma de responder a las tensiones internas que derivan de las relaciones insatisfactorias con los demás, ya sea como consecuencia de un defectuoso desarrollo psíquico en los primeros años de la infancia o como resultado de las frustraciones y luchas presentes alrededor de los temas esenciales de la existencia humana: sexualidad, ambición, celos, envidia, etc. El factor constitucional parece facilitar el desarrollo de las tensiones que conducen a la neurosis. Sin embargo, ni el factor constitucional ni las dificultades reales de la vida bastan por sí mismas para producir una neurosis. Es necesario que previamente a ellas exista un factor psíquico interno. Éste surge de la ansiedad que originan las pulsiones instintivas peligrosas, y que el yo infantil no pudo manejar adecuadamente, teniendo que recurrir a todos los mecanismos de defensa posibles. Las principales fuentes de ansiedad pulsional en la infancia surgen en las diversas etapas del desarrollo que ya han sido estudiadas: a) *ansiedad de muerte o aniquilación*, correspondiente al momento del nacimiento; b) *ansiedad por la pérdida del objeto*, que es la propia del primer periodo de la vida, con total impotencia por parte del niño; c) *ansiedad por la pérdida del amor del objeto*, que pertenece al periodo en que el niño ya reconoce a los objetos como una totalidad y experimenta la necesidad del amor y el cuidado de éstos; d) *ansiedad de castración*, predominante en la fase edípica, en la cual el niño teme ser agredido por los objetos convertidos en malos y vengativos a causa de sus impulsos destructivos e

incestuosos, y e) *ansiedad por el castigo del superyo* (culpa), que es la ansiedad fundamental postedípica.

Cuando el yo fracasa en llevar a cabo su labor de síntesis e integración en los tres distintos frentes en que ésta debe realizarse (los impulsos instintivos que provienen del ello, las exigencias normativas y prohibitivas del superyo y las presiones de la realidad externa), aparece el *conflicto neurótico*, y el yo se ve forzado a elaborar algún tipo de síntoma neurótico (por lo tanto, una neurosis es una creación del yo), mediante el cual intenta dar una satisfacción simbólica y sustitutiva a las presiones instintuales, a la vez que evitar la descarga directa de ellas. Ya se ha dicho que esto se conoce como *formación de compromiso*, y en el caso de la neurosis, a este logro se le conoce como *ganancia primaria del síntoma* porque lo que logra es evitar que el yo se vea invadido de angustia al no poder lidiar adecuadamente entre las diversas demandas a las que se ve sometido. El yo une en un solo fenómeno dos tendencias opuestas: las que buscan su descarga, y las que se oponen a ésta. El sufrimiento del enfermo se halla en relación con el hecho de que experimenta el síntoma a la vez como cuerpo extraño y como parte de sí mismo: una parte del yo rechaza el síntoma, la otra lo necesita. Puede decirse también, con base en lo anterior, que el síntoma es un intento de autocuración por parte del yo, que a fin de cuentas prefiere lidiar con las consecuencias externas de la enfermedad y el sufrimiento -que por cierto representa también una satisfacción al superyo-, que con las internas que le dieron origen. Por último agregaremos que el yo también tiene una *ganancia secundaria* cuando logra resolver el nuevo conflicto que le representa el necesitar y el rechazar la enfermedad, al poder conciliar y armonizar el síntoma con el resto de la personalidad (*egosintonía*), o dicho en otras palabras, al obtener una satisfacción narcisista en el síntoma.

La regla fundamental

La primera labor del analista consiste en crear un ambiente que permita la expresión más libre posible de las fuerzas inconscientes reprimidas. A ello contribuye, como ya se dijo, la utilización del diván, que aísla al paciente de la mirada del analista y de cualquier otro estímulo del consultorio, pero también el hecho de que el terapeuta mantenga una actitud de neutralidad, sin emitir juicios de valor, consejos o indicaciones, y sin hacer referencia a sus propias experiencias o maneras de enfrentar determinadas situaciones. Pero lo que más contribuye a esta expresión relajada de su inconsciente es la *regla fundamental* del psicoanálisis. Siempre es grato recordar cómo la formulaba Freud:

Una cosa todavía, antes que usted comience. En un aspecto su relato tiene que diferenciarse de una conversación ordinaria. Mientras que en esta usted procura mantener el hilo de la trama mientras expone, y rechaza todas las ocurrencias perturbadoras y pensamientos colaterales, a fin de no irse por las ramas, como suele decirse, aquí debe proceder de otro modo. Usted observará que en el curso de su relato le acudirán pensamientos diversos que preferiría rechazar con ciertas objeciones críticas. Tendrá la tentación de decirse: esto o esto otro no viene al caso, o no tiene ninguna importancia, o es disparatado y por ende no hace falta decirlo. Nunca ceda usted a esa crítica; dígalo a pesar de ella, y aun justamente por haber registrado una repugnancia a hacerlo. Más adelante sabrá y comprenderá la razón de este precepto -el único, en verdad, a que debe obedecer-. Diga, pues, todo cuanto se le pase por la mente. Compórtese como lo haría, por ejemplo, un viajero sentado en el tren del lado de la ventanilla que describiera para su vecino del pasillo cómo cambia el paisaje ante su vista. Por último, no olvide que ha prometido absoluta

sinceridad, y nunca omite algo so pretexto de que por alguna razón le resulta desagradable comunicarlo (Freud, 1913, pp. 135-136).

Cuando la regla fundamental ha logrado eliminar la direccionalidad del pensamiento, aquello que se expresa está determinado, sobre todo, por las tensiones pulsionales internas del sujeto que esperan la oportunidad de expresarse. Sin embargo, "decirlo todo" es más difícil de lo que parece, y muy frecuentemente hay que desandar un trecho del camino para descubrir que el paciente, en uno u otro punto, hizo a un lado algún pensamiento o asociación.

Por otro lado, la regla fundamental no elimina los más profundos mecanismos defensivos del yo, justamente aquellos que llevaron a reprimir recuerdos y experiencias, porque tanto unos como otros, son inconscientes. Esto significa que aun cuando un paciente pudiera cumplir cabalmente con la regla fundamental, de todos modos no tendríamos acceso directo a lo reprimido de la mente. Para ello hace falta una *interpretación* de lo que el paciente nos expresa lo más libremente posible.

La interpretación

Fenichel (1982) nos dice que el analista a) ayuda al paciente a eliminar sus resistencias lo más posible llamando su atención sobre los efectos de las mismas, y b) trata de deducir lo que hay detrás de sus comunicaciones, suministrándole esa información. Sólo que esto no puede hacerse en cualquier momento, sino cuando los contenidos inconscientes están tan cerca de la conciencia que la interpretación meramente los "empuja" en el último tramo. Así que la interpretación tiene que tener un *tempo* o *timing* para serle presentada al paciente. De otra forma las resistencias se incrementarán y no producirán el efecto emocional introspectivo deseado. Esto explica por qué el tratamiento psicoanalítico, hasta hoy, sigue siendo un procedimiento largo y desgastante.

El psicoanálisis es la cura por la palabra, y su herramienta por excelencia, la interpretación. Aun cuando el analista se valga de otros medios verbales de intervención (señalamientos, esclarecimientos, confrontaciones, etc.; cf. Etchegoyen, 1986), la interpretación se privilegia porque une la descripción y explicación de una conducta a un *porqué histórico* (cf. Sánchez-Escárcega, 1993). Ese elemento causal muy frecuentemente se relaciona con dolor, angustia, miedo, culpa o vergüenza. El analista sabe que estos afectos se encuentran detrás de un elemento asociativo cuando observa ciertas incongruencias en los sentimientos, contradicciones en los comportamientos, actitudes defensivas, olvidos significativos, conductas que se desvían de lo que podría ser esperado, lapsus, actos fallidos, sueños, fantasías, etc.

La transferencia

Decía Freud que "nadie puede ser ajusticiado *in absentia* o *in effigie*" (1912, p. 105). Esta famosa y afortunada frase hace alusión a que en el tratamiento psicoanalítico es necesario revivir el conflicto neurótico original, traerlo al presente, reeditararlo. El mejor sitio para hacerlo es la relación analista-paciente. A esto se le conoce como *relación transferencial* o simplemente *transferencia*. *Transferir*, en psicoanálisis, significa que el paciente experimenta hacia el terapeuta sentimientos y fantasías que en realidad corresponden a figuras de su pasado, por lo tanto son incongruentes con la realidad actual, por más que al paciente le parezca que esto no es así. Por cierto que la transferencia no sólo ocurre dentro del tratamiento sino que de ordinario se

presenta en cualquier situación y con muy diversas personas, pero es en la relación analítica donde se le fomenta y donde adquiere significado. Puede decirse que todo o casi todo en un tratamiento está encaminado a fomentar esa situación transferencial, para luego interpretarla y deshacerla. De hecho se pretende que el paciente cambie su neurosis habitual por una *neurosis de transferencia*, siempre más manejable porque ocurre dentro de los límites de la terapia. La frase "siempre más manejable" nos parece que debe ser matizada: a veces, o más bien frecuentemente, lo que se transfiere son sentimientos negativos, dándose lugar a una *transferencia negativa*, que pone en peligro la continuidad del tratamiento y que obliga al terapeuta a intervenir con gran habilidad a fin de reconducirla a sus causas pasadas, con los objetos originales con los que se experimentaron esos sentimientos. Se puede suponer que esto no siempre es posible, con la consecuencia de que el tratamiento fracasa.

Puede decirse que la transferencia es una suerte de *formación de compromiso*: al revivir sus conflictos infantiles en la terapia, el paciente se defiende del dolor que le causa recordarlos y discutirlos. Los actos transferenciales le sirven para falsear defensivamente el sentido de las situaciones originales, a la vez que le permiten una cierta descarga o expresión de las pulsiones reprimidas.

El analista se cuida de no reaccionar a los sentimientos o comportamientos que el paciente le transfiere, ya que de hacerlo, repetiría la historia del paciente, con consecuencias funestas para él y para su tratamiento. Lo único que tiene a su alcance es la interpretación de estas transferencias, de las fantasías que se encuentran detrás de ellas, de las reacciones que intentan provocar, y de los hechos que les dieron origen.

AVANCES RECIENTES

Es difícil resumir los avances que se han logrado en la terapia psicoanalítica en los últimos años, ya que son tantos y tan diversos que muchas veces han llegado a constituir sistemas teóricos y terapéuticos por sí mismos. No nos estamos refiriendo a aquellos que desde un principio rechazaron los postulados básicos del psicoanálisis freudiano (Jung, Adler, Rank), o incluso los que lo hicieron después (Fromm, por ejemplo), y que formaron escuelas que deben ser estudiadas completamente aparte. Explícitamente se acepta hoy que el término "psicoanálisis" se reserva para aquellos modelos que se fundamentan en los descubrimientos de Sigmund Freud. Con esta consideración en mente, puede intentarse una cierta clasificación (bastante arbitraria) de los avances y ampliaciones que el psicoanálisis ha tenido, dependiendo de:

a) *La edad del paciente y el tipo de patología*: En cuanto a la primera, el psicoanálisis hoy se aplica a prácticamente todo el rango de edades del ser humano: niños (A. Freud, Klein), adolescentes (Blos), adultos jóvenes (que siempre ha sido el grupo

principal), e incluso ancianos. En cuanto al tipo de patología, ya se ha dicho que hoy por hoy se hace psicoanálisis con la mayor parte de los cuadros psicopatológicos, aparte de las neurosis: psicóticos (Rosenfeld, Searles), trastornos fronterizos de la personalidad (Kernberg), trastornos narcisistas (Kohut, Kernberg), personalidades

psicopáticas, disfunciones sexuales, trastornos psicosomáticos, e incluso algunas adicciones (como complemento de otros tratamientos), etc.

b) *La modalidad de tratamiento*: Además de la terapia individual, el psicoanálisis se aplica hoy a parejas (Dicks, Willi, Lemaire), grupos (Bion, Foulkes, Anzieu, Kaës, Yalom), familias, sistemas educativos (Pichón Rivière, Bleger), instituciones (Schvarstein), etc.

c) *El punto de la teoría que se enfatiza*: la psicología del yo (Hartmann, Lowenstein, Kris), la teoría de las relaciones objetales (Klein, Fairbairn, Balint, Kernberg), el narcisismo (Kohut), el proceso de separación-individuación (Mahler), el lenguaje y el significante (Lacan), etc.

La clasificación y la lista de autores no pretende ser exhaustiva. Para un estudio más profundo remitimos al lector a la excelente obra de Bleichmar y Leiberman de Bleichmar (1989).

Por último mencionaremos que el psicoanálisis, que siempre ha sido un tratamiento largo, doloroso y generalmente caro, fue relativamente desplazado durante el final de los años setenta y la década de los ochenta por tratamientos que ofrecían curas más rápidas -y frecuentemente espectaculares-. Hoy tiene un nuevo auge en el mundo principalmente debido a los descubrimientos que se han realizado, y al hecho de que muchos de aquellos otros tratamientos resultaron ineficaces al final del camino.

BIBLIOGRAFIA

Aberbach, D. (1984). Loss and dreams. *International Review of Psycho-Analysis*, 11, 283-297.

Bleichmar, N. y Leiberman de Bleichmar, C. (1989). *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. México: Eleia.

Brenner, Ch. (1977). *Elementos fundamentales de psicoanálisis*. Buenos Aires: Libros Básicos.

Coderch, J. (1979). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (1981). *Freud*. México: Conacyt.

Cueli, J. y Reidl, L. (1979). Freud. En *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.

Etchegoyen, R.H. (1986). Tipos de interpretación. En *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

Fenichel, O. (1982). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Barcelona: Paidós.

Freud, E., Freud, L. y Grubrich-Simitis, I. (1976) *Sigmund Freud: Su vida en y mágenes y textos*. Buenos Aires, Paidós.

Freud, S. (1893-95). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas*, 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.

(1900). La interpretación de los sueños. En *O.C.*, 4 y 5.

(1901a). Noticia autobiográfica. En *O.C.*, 3.

(1901b). Psicopatología de la vida cotidiana. En *O.C.*, 6.

(1905). Tres ensayos de teoría sexual. En *O.C.*, 7.

(1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En *O.C.*, 12.

(1912-13). Tótem y Tabú. En *O.C.*, 13.

(1913). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En *O.C.*, 12.

(1915). Trabajos sobre metapsicología. En *O.C.*, 14.

(1917). Una dificultad del psicoanálisis. En *O.C.*, 17.

(1920). Más allá del principio del placer. En *O.C.*, 18.

(1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *O.C.*, 18.

(1923a). El yo y el ello. En *O.C.*, 19.

(1923b). Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". En *O.C.*, 28.

(1926). Psicoanálisis. En *O.C.*, 20.

(1930). El malestar en la cultura. En *O.C.*, 18.

(1939). Moisés y la religión monoteísta. En *O.C.*, 23.

Gay, P. (1988). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. México: Paidós,

Germain, J. y Rey Ardid, R. (1973) Prólogo a las ediciones precedentes. En *Obras Completas de Sigmund Freud, tomo I*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Guarner, E. (1978). *Psicopatología clínica y tratamiento analítico*. México: Porrúa.

Hall, S. (1983). Compendio de psicología freudiana. México: Paidós.

Jones, E. (1961). *Vida y obra de Sigmund Freud*, 3 tomos. Barcelona: Anagrama,

Menninger, K. (1962). *Teoría de la técnica psicoanalítica*. México: Pax-México.

Ramírez, S. (1983). El psicoanálisis: ciencia, ideología y situación psicoanalítica. En *Obras escogidas*. México: Línea.

Ricoeur, P. (1970). *Freud: Una interpretación de la cultura*. México: Siglo XXI.

Sagan, C. (1980). *Cosmos*. New York: Random House.

Sánchez-Escárcega, J. (1993). El trabajo del analista. *Imagen Psicoanalítica*, 3, 47-60.

(1994). Hermenéutica y psicoanálisis en la obra de Paul Ricoeur. *Umbral XXI*, 16: 67-70.

y Brown, N. (1992a). De la seducción al odio (de amor ya nadie se enferma). *Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*, 32 (3), 53-58.

(1992b). Las primeras sesiones del tratamiento psicoanalítico. *Imagen Psicoanalítica*, 1, 101-124.

Tallaferro, A. (1983). *Curso básico de psicoanálisis*. México: Paidós.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela, España

[Luis Oblitas Guadalupe](#)
Universidad Intercontinental, México

ANTECEDENTES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La psicología de nuestro siglo se ha caracterizado por ser multifacética, en tensión dinámica entre tres poderosas fuerzas de la experiencia humana: hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991). Para los conductistas, la conducta o acción y sus consecuencias determina la cognición y el afecto; para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición, de tal modo que su afirmación esencial es que "como tú piensas, tú sientes y actúas". Finalmente, para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y es lo más poderoso.

El estudio de las experiencias privadas de la personas fue uno de los temas centrales de los orígenes de la psicología científica, desde Wundt. Sin embargo, dependiendo de la concepción de la ciencia y de la psicología ha estado inicialmente considerado como objeto de investigación científica, luego apartado por el conductismo y, a partir de la segunda mitad de este siglo, se produce lo que muchos han denominado la revolución cognitiva, con el reconocimiento de los procesos internos y la posibilidad de su estudio científico.

En nuestra consideración los elementos más relevantes que han catalizado el surgimiento y expansión de la terapia cognitivo-conductual en los años 60 han sido: la filosofía griega, especialmente la socrática y epicúrea; el conductismo mediacional, con autores como Tolman y su conducta propositiva; Cautela con sus operantes encubiertas y Bandura con su aprendizaje social; los estudios de la psicología experimental y social sobre atención, memoria, percepción, etc., los cuales mostraron cómo estos procesos psicológicos median la conducta humana y, por tanto, es necesario no sólo investigarlos sino aplicarlos para el cambio de la conducta humana; el desarrollo de la psicología clínica, con la ampliación de su campo de intervención, el surgimiento de nuevos problemas, y la necesidad sentida por muchos autores, como son representativos los ejemplos de Ellis y Beck, de desechar modelos inadecuados de la conducta anormal, pero sin renunciar a los procesos mediacionales, como hacía el conductismo tradicional, ni renunciar a la verificación empírica de las técnicas de tratamiento.

Al mismo tiempo, podemos considerar varios hechos que facilitan la aparición y rápida implantación de las terapias cognitivo-conductuales. Primeramente, la complejidad de los problemas de los clientes y la aparición de nuevos trastornos clínicos como consecuencia de una sociedad más compleja. Esto es una de las consecuencias de la adquisición del rol del psicólogo clínico como terapeuta, ampliar su campo de intervención (clínico, comunitario, salud mental, psicología de la salud, infanto-juvenil, vejez, etc.) y solicitarle a otros profesionales soluciones a distintos problemas. En segundo lugar, la dificultad de eliminar de las intervenciones clínicas,

a pesar de la dificultad de su validación empírica, aspectos como valores, creencias, verbalizaciones, cogniciones, pensamientos, sentimientos, etc. Un clínico puede considerar la posibilidad empírica de tomar o no en consideración estos constructos, la gran mayoría inobservables, pero la realidad nos enseña que están presentes en la intervención, que se usan y que se trabaja con ellos a lo largo de cualquier intervención terapéutica, insistiendo la terapia cognitiva en que estos elementos encubiertos, las cogniciones por ejemplo, son elementos causales de la conducta manifiesta. En tercer lugar, la psicología experimental ha mostrado que muchos de estos constructos, que a partir de Watson (1913) y su famosa declaración sobre el objeto y método de estudio de la psicología fueron eliminados como objeto de estudio de la psicología, también pueden estudiarse a través de distintas tareas o de las verbalizaciones del sujeto. Con ello se abre la posibilidad de estudiar junto a la conducta manifiesta la conducta encubierta, la mente en sentido popular, aunque esta dicotomía se ha mantenido y se mantendrá durante mucho tiempo al tener una fuerte carga filosófica (Rachlin, 1994). Y, en cuarto lugar, la mayor comodidad del clínico de trabajar en un modelo teórico que reconozca la viabilidad de utilizar al mismo nivel, o en distintos niveles, tanto la conducta manifiesta como la encubierta y, dentro de ésta, reconocer la utilidad de los pensamientos, sentimientos, creencias, etc., como causales de la conducta en todas o en alguna ocasión. Esta última razón, quizás, es la que mejor explica el gran auge de las terapias cognitivo-conductuales, dado que la psicología es todavía una ciencia joven, de solo 100 años, y aún no tiene claramente establecidos sus pilares esenciales, aunque una parte de los mismos hoy ya están claros (ej., procesos de aprendizaje; procesos de atención, retención y memoria; proceso de socialización y desarrollo evolutivo; etc.). Esto explica que haya habido un cambio de la consideración de ser terapeuta conductual a terapeuta cognitivo-conductual en casi todo, hecho que explica que en la actualidad, siguiendo la encuesta más reciente de los miembros de la *Asociación Americana para el Progreso de la Terapia de Conducta (AABT)*, el 67.4% se consideran de la orientación cognitivo-conductual, el 19.9% conductuales, el 8.7% otros y un 4% cognitivos (*The Behavior Therapist*, 1994).

Uno de los hechos iniciales más importantes en el surgimiento de las terapias cognitivo conductuales fue la publicación tanto del libro de Ellis (1962) titulado *Razón y emoción en psicoterapia*, como del artículo de Beck (1963) *Thinking and depression*, que es otro hito precursor del surgimiento de la terapia cognitiva. Años después, a mediados de los 70, se publican los primeros manuales sobre las terapias cognitivo conductuales (Kendall y Hollon, 1979, Mahoney, 1974, Meichenbaum, 1977), el manual de tratamiento de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) aplicando la terapia cognitiva a la depresión, produciéndose a partir de ahí su paulatina consolidación. Hoy asistimos a una eclosión de las terapias cognitivo conductuales. Los antecedentes cercanos de las terapias cognitivo-conductuales se asientan en el descontento con el psicoanálisis, la limitación del modelo conductual E-R, la extensión de la psicología clínica en la aplicación de tratamientos psicológicos a problemas cada vez más complejos, y una base filosófica en la que se hace una consideración global del ser humano en la que la conducta, sus pensamientos y sentimientos se consideran al mismo nivel.

Aunque no todos estarían totalmente de acuerdo, Ingram y Scott (1990) indican que todas las terapias cognitivo-conductuales se basan en siete supuestos: 1) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos *per se*. 2) El aprendizaje está mediado cognitivamente. 3) La cognición media la disfunción emocional y conductual. Debe ser notado que esta asunción no implica una focalización lineal donde la cognición es primaria, sino más bien que las variables cognitivas están interrelacionadas con variables afectivas y conductuales y entonces afecta a estas variables (y viceversa). 4) Al menos algunas

formas de cognición pueden ser monitorizadas. 5) Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas. 6) Como un corolario de los números 3), 4) y 5), alterando la cognición podemos cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales. 7) Ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual, son deseables y deben ser integrados en la intervención.

A su vez éstos tienen como rasgos o características las siguientes: 1) Las variables cognitivas son importantes mecanismos causales. Esto no implica que no haya también otros mecanismos causales significativos, pero las variables cognitivas son importantes en la constelación de los procesos que elicitán el comienzo y curso de un trastorno. 2) A partir de la asunción de que las variables cognitivas se presumen agentes causales, al menos alguno de los métodos y técnicas de la intervención se dirigen específicamente a objetivos cognitivos. 3) Se realiza un análisis funcional de las variables que mantienen el trastorno, particularmente las variables cognitivas. 4) Las aproximaciones cognitivo-conductuales emplean tácticas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales. Típicamente, sin embargo, cada táctica conductual es dirigida a objetivos cognitivos, tal como es el caso de la aproximación de Beck *et al.* (1979) a la depresión, en donde emplea la asignación de tareas para casa (elemento conductual) para ayudar a modificar los pensamientos y creencias disfuncionales. 5) Hay un importante énfasis en la verificación empírica.

Este énfasis está manifestado en dos dominios distintos. El primero es la investigación empírica diseñada para establecer la eficacia de los procedimientos terapéuticos y ayudar a determinar los procesos por los que estos procedimientos funcionan. El segundo es un énfasis dentro de la actual terapia empleando evaluación objetiva para examinar el progreso terapéutico. Así, en el tratamiento de la depresión de Beck se recomienda la utilización del BDI (Inventario de la Depresión de Beck) para ayudar a evaluar objetivamente el rango y grado de los síntomas depresivos del cliente. 6) Las aproximaciones cognitivo-conductuales son habitualmente de tiempo limitado, o al menos no se consideran terapias a largo plazo en el sentido clásico. 7) Las aproximaciones cognitivo-conductuales son empresas colaborativas "empirismo colaborativo" donde el cliente y el terapeuta forman una alianza de trabajo para aliviar el pensamiento y la conducta disfuncional. 8) Los terapeutas cognitivo-conductuales son activos y directivos más que pasivos y no directivos. 9) Las aproximaciones cognitivo-conductuales son educacionales en su naturaleza. Esto es, los clientes deben aceptar la validez del modelo cognitivo-conductual de su trastorno para modificar su conducta y cognición disfuncional.

Un concepto central para la terapia cognitiva es el de *cognición*. Para Beck *et al.* (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto. Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores. Los esquemas serían las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto. Por tanto, las cogniciones están supeditadas a estos esquemas. Sin embargo, ha sido Marzillier (1980) quien ha distinguido tres elementos de la cognición: los eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas. Los *eventos cognitivos* son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de conciencia (Marzillier, 1980), que son identificables, conscientes. Incluiría, por tanto, pensamientos, imágenes y sentimientos. Los *procesos cognitivos* atañen al modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales (Marzillier, 1980), lo que supone el modo en que nosotros automática o inconscientemente procesamos la información, incluyendo la atención, abstracción y codificación de la información, mecanismos de búsqueda y almacenamiento, procesos inferenciales y de recuperación. Estos procesos forman las representaciones mentales y los esquemas. Finalmente, las *estructuras cognitivas* son características cognitivas generales, como las creencias y actitudes, asunciones

tácitas, compromisos y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo (Meichenbaum, 1985). Las estructuras cognitivas pueden estimarse de un esquema que esté implícito u operando en un nivel inconsciente, siendo altamente interdependiente, estando probablemente las estructuras ordenadas jerárquicamente. Los esquemas son organizaciones mentales de experiencia que influyen el modo como la información es procesada y el modo como la conducta está organizada.

Para la terapia cognitiva es necesario conocer y evaluar primeramente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que utiliza la persona. Éstos, y su modificación, cuando son disfuncionales, van a constituir el objetivo de la terapia, aunque la misma pretende que se den tanto cambios cognitivos como cambios conductuales en el funcionamiento cotidiano del sujeto.

Recientemente, Meichenbaum (1993) analiza las tres metáforas que se han utilizado para explicar el rol que las cogniciones juegan para el cambio de conducta, como son la cognición como una forma de condicionamiento, procesamiento de información y construcción narrativa. Esto explica la conceptualización de la cognición desde una perspectiva de condicionamiento, como propuso Homme (1965) o Cautela (1973), a una perspectiva donde se hace el símil de la mente como un computador y, la perspectiva más reciente, la constructivista, en la que se entiende que el cliente es un arquitecto y constructor de su ambiente y, por tanto, de su realidad personal y de sus modelos representacionales del mundo.

Existe un gran número de terapias cognitivo conductuales (*cfr.* Dobson, 1988; McMullin, 1986) que se han visto reflejadas en una importante aplicación de las mismas a distintos problemas comportamentales. Se han hecho varias clasificaciones de las terapias cognitivo-conductuales. Una de las más influyentes ha sido la de Mahoney y Arkhoff (1978) quienes las dividieron en tres grandes grupos: terapias de reestructuración cognitiva, terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapias de solución de problemas. Dentro de las primeras incluyeron la terapia racional-emotiva de Ellis, el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, la terapia cognitiva de Beck y la reestructuración racional-sistemática de Goldfried. Dentro de las terapias de afrontamiento para manejar situaciones el modelado encubierto de Cautela, el entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de Goldfried, el entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum. Finalmente, dentro de las terapias de solución de problemas incluyeron tres: la terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried, la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure y la ciencia personal de Mahoney.

Posteriormente, Hollon y Beck (1986) han sugerido tres categorías para clasificar las terapias cognitivo-conductuales: las que enfatizan la racionalidad, como la terapia racional emotiva de Ellis; las que enfatizan el empirismo, como la terapia cognitiva de Beck, y los procedimientos que enfatizan la repetición, como el entrenamiento en inoculación de estrés. Más recientemente, Hollon y Beck (1994) apuntan como las más relevantes la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de D'Zurilla.

LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

De las terapias cognitivas existentes en la actualidad existe un acuerdo generalizado de que las más relevantes, por su utilidad y aplicabilidad clínica (ej., Haaga y Davison, 1991; Dobson y Beck, 1994; Mahoney, 1993) son la terapia racional-emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D´Zurilla. A continuación presentamos la descripción y características más relevantes de cada una de ellas.

La terapia racional-emotiva de Ellis

Introducción

Le cabe el honor a Albert Ellis de ser uno de los padres de la actual terapia cognitiva; él prefiere decir el padre de la terapia racional-emotiva y el abuelo de la terapia cognitivo-conductual (Ellis, 1992), o el más destacado de los precursores de la terapia cognitiva. Su libro publicado en 1962 *Razón y emoción en psicoterapia* (Ellis, 1962) muestra las líneas fundamentales de su pensamiento que ha ido expandiendo en innumerables libros y artículos hasta la actualidad. Aunque la terapia racional-emotiva, según el propio Ellis (1993b), ya en el año 1955 era altamente cognitiva, positivista y muy activa-directiva, su relevancia no fue clara hasta los años 70, coincidiendo con el *boom* de la terapia cognitiva y, especialmente, a partir de las aplicaciones más sistematizadas de Beck a distintos trastornos emocionales como veremos posteriormente. De modo semejante a otros autores cognitivos, esta terapia surge por la insatisfacción con el psicoanálisis como técnica de intervención.

Técnicas

La terapia racional-emotiva se basa en el esquema ABC, el cual constituye la teoría de Ellis sobre cómo las personas tienen trastornos. A es cualquier evento activante que, según las creencias (B) racionales o irracionales que se tengan sobre A producirá consecuencias (C) conductuales y emocionales. Las creencias, racionales o irracionales, están en la base de las consecuencias que va a percibir la persona. La terapia se va a centrar, mediante la disputa (D), en cambiar dichas creencias irracionales. Subyacente a lo anterior está una de las ideas centrales de Ellis: muchos, por no decir todos, de los problemas emocionales que tienen las personas, se deben a su modo erróneo e irracional de pensar.

Ellis fue uno de los primeros en apuntar que el pensamiento, la emoción y la conducta están íntimamente interrelacionados entre sí y que el cambio en uno de ellos influye en los otros, enfatizando la importancia del cambio cognitivo, de las creencias y pensamientos irracionales, como necesarios para cambiar los componentes emocionales y conductuales.

Las ideas irracionales más comunes que tienen las personas son las siguientes: 1) La idea de que uno debe ser amado y aceptado por cualquier persona significativa y relevante de su vida. 2) La idea de que uno tiene que ser muy competente y eficaz para poderse considerar útil y válido. 3) La idea de que hay un cierto tipo de gente

indeseable y despreciable que debería ser severamente castigada. 4) La idea de que es terrible y catastrófico que las cosas no sucedan como a uno le gustaría. 5) La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente no tiene ninguna posibilidad de controlarlas. 6) La idea de que si algo puede llegar a ser peligroso o terrible, uno debe estar muy preocupado y deberá estar pensando constantemente en la posibilidad de que esto ocurra. 7) La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida. 8) La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar. 9) La idea de que uno deberá sentirse muy preocupado por los problemas y las perturbaciones de los demás; y, 10) La idea de que existe invariablemente una solución precisa y correcta para los problemas y que es terrible si uno no da con esa solución maravillosa.

Estas ideas irracionales pueden sintetizarse en tres: a) la de que debo ser competente, adecuado, eficaz y que tengo que ganar la aprobación y aceptación de cualquier persona relevante de mi vida; b) la de que los demás me deberían tratar con cariño, bondadosamente, cuando yo lo quisiera; y c) de que necesito y tengo que poseer aquellas cosas que realmente quiero.

Las técnicas que utiliza Ellis son básicamente cognitivas en sus inicios, aunque en los últimos años ha incluido igualmente componentes conductuales (*cf.* Carrasco, 1993; Dryden, 1995; Ellis y Dryden, 1987; Lega, 1991) y, curiosamente, como le gusta hacer de modo provocativo a Ellis, recientemente (Ellis, 1993a) ha publicado un artículo en *The Behavior Therapist*, red denominando a su terapia con el nombre de *terapia de conducta racional emotiva*. Este último hecho refleja muy bien la fuerza, convicción y dominio terapéutico que ha tenido Ellis a lo largo de su vida (Lega, 1991), lo que le hace a sus 82 años uno de los terapeutas más famosos de Estados Unidos y de medio mundo.

Entre las técnicas cognitivas destaca su debate filosófico, la detección de las creencias irracionales y las técnicas de persuasión verbal y diálogo socrático, como análisis y evaluación lógica, reducción al absurdo, análisis y evaluación empírica, reacción incrédula del terapeuta, analogías, fantasía racional-emotiva, etc. Junto a ellas se complementa con técnicas conductuales, técnicas emocionales (ej., ataque a la vergüenza) y las tareas para casa. Debemos indicar que Ellis da una gran importancia al contacto terapéutico, a la empatía con los clientes y a mostrarse activo-directivo con ellos con un buen uso de la dialéctica y del sentido del humor. Lo que se pretende finalmente es que el cliente adquiera una nueva filosofía de la vida, donde cambie sus creencias o pensamientos irracionales, que le crean su problema, por creencias y pensamientos racionales, lo que lleva en muchos casos necesariamente a una nueva filosofía de la vida fruto del cambio emocional y conductual correlativo.

Sin embargo, una crítica que es necesario indicar (*cf.* Haaga y Davison, 1993) es que en muchas ocasiones no queda claro qué se aplica dentro de la terapia racional-emotiva y la evolución del propio Ellis en sus publicaciones es fiel reflejo de eso. Al tener esta terapia un fuerte componente clínico a veces pierde los rasgos esenciales de las características que hemos expuesto anteriormente. Y, para la evaluación de la terapia racional-emotiva, esto a veces es un grave problema o, incluso, se puede llegar a concluir que la TRE no es posible de evaluar por los sistemas de evaluación de resultado científicos.

Aplicaciones

La terapia racional emotiva ha sido aplicada a distintos trastornos emocionales (Dryden, 1995; Ellis y Dryden, 1987; Ellis y Grieger, 1976, 1986), aunque su eficacia no ha sido claramente demostrada (*cfr.* Carrasco, 1993). Su planteamiento filosófico y teórico es fácilmente asumible y sus principios esenciales han sido asumidos o ampliados por otros terapeutas cognitivos, especialmente en la terapia cognitiva de Beck. O, como afirma Haaga y Davison (1993) y su impacto profesional excede su estatus científico, siendo visto por los clínicos norteamericanos como uno de los principales, o el principal, influyente psicoterapeuta.

Es muy difícil evaluar las asunciones de la terapia racional-emotiva (Haaga y Davison, 1993). Ellis llega a afirmar que su terapia responde adecuadamente bien en la fase inicial de disputa con el 30% de sus pacientes (Ellis, Young y Lockwood, 1987), al tiempo que afirma que si la terapia racional-emotiva "no parece trabajar adecuadamente en casos individuales, yo añado otras modalidades terapéuticas" (Ellis, 1989, p. 219), en la línea de las técnicas que hemos apuntado en sus últimas versiones de la terapia racional-emotiva.

La terapia cognitiva de Beck

Introducción

De modo semejante a Ellis, Aaron T. Beck fue formado en el campo psicoanalítico y ante las limitaciones y baja efectividad de éste se planteó la validación empírica de distintas formulaciones sobre la depresión lo que le condujo a desechar paulatinamente el psicoanálisis, realizar estudios que han aportado un conocimiento esencial sobre la depresión y los estados emocionales, proponer un modelo cognitivo de la depresión y un tratamiento sumamente efectivo, y combinar las técnicas conductuales como elemento unido a las técnicas cognitivas en el trabajo práctico.

Beck es hoy conocido por su aportación esencial al tratamiento de la depresión (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Rush, Shaw y Emery, 1979). Dada la alta prevalencia de este trastorno, las miles de consultas anuales que se realizan a psiquiatras y psicólogos clínicos cada año, y la necesidad de contar con técnicas efectivas, hacen de Beck, y sus aportaciones al tratamiento de la depresión, uno de los autores más relevantes de la psicología clínica de las últimas décadas, al proponer su terapia cognitiva que se basa en su modelo de la depresión (Beck *et al.*, 1979), dentro del cual considera la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

La tríada cognitiva atañe a tres patrones cognitivos inadecuados presentes en el paciente depresivo: visión negativa del paciente acerca de sí mismo, tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa y visión negativa acerca de su futuro. Los esquemas, definidos como las actitudes, supuestos o creencias que tiene el sujeto, son los que le permiten transformar los datos que percibe el sujeto en cogniciones. Dependiendo de los esquemas el sujeto desarrollará cogniciones o pensamientos adecuados o inadecuados (pensamientos automáticos negativos en el caso de la depresión).

El tercer componente de su modelo cognitivo de la depresión son los errores cognitivos o errores en el procesamiento de la información. Estos son los que mantienen su creencia de la validez de los conceptos negativos y van a constituir un elemento esencial en la terapia su cambio. Son seis: (a) *Inferencia arbitraria*: sacar una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la

evidencia es contraria a la conclusión; (b) *Abstracción selectiva*: centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, conceptualizando toda la experiencia con base en ese fragmento de la realidad; (c) *Generalización excesiva*: elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como inconexas; (d) *Maximización y minimización*: incrementar o disminuir el grado de significación de un suceso o una conducta hasta el punto de distorsionarlo; (e) *Personalización*: tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión; y, (f) *Pensamiento absolutista y dicotómico*: tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas sin tener en cuenta los puntos intermedios.

El tratamiento, por tanto, va a centrarse en detectar las cogniciones erróneas y cambiar las mismas para procesar más adecuadamente la realidad, lo que facilitará y permitirá cambiar la triada cognitiva de visión negativa de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro. Como terapeuta cognitivo, y como una de las aportaciones relevantes de la terapia cognitiva en general, al ser aplicada a la depresión, Beck da un papel destacado a la emoción y, junto con ésta, un papel relevante a la relación terapéutica.

Técnicas

Aunque la terapia cognitiva de Beck se conoce por este nombre, realmente sus técnicas incluyen técnicas cognitivas y técnicas conductuales. La diferencia que subyace es de enfoque para denominarla terapia cognitiva. Esto es, lo que se pretende es cambiar las cogniciones del sujeto, que son elemento causal de la conducta, a diferencia de las técnicas conductuales tradicionales que sostienen que cambiando la conducta cambian igualmente otros procesos del sujeto como creencias, cogniciones, etc. Por ello cualquier técnica que se utiliza, bien sea cognitiva o conductual, se orienta a cambiar inicialmente los pensamientos distorsionados (cogniciones) para luego cambiar el núcleo más profundo y arraigado, los esquemas del sujeto, que son los que le permiten transformar los datos de la realidad en elementos para él interpretables.

Las técnicas cognitivas que se incluyen en la terapia cognitiva de la depresión son (Dobson y Franche, 1991): el registro diario de pensamientos disfuncionales, la comprobación de la realidad, las técnicas de reatribución, las técnicas de solución de problemas, el diseño de experimentos, la refutación con respuestas racionales y la modificación de las suposiciones disfuncionales. Para conseguir esto o para reducir al principio la grave sintomatología depresiva se utiliza otro amplio conjunto de técnicas conductuales como las siguientes: programación de actividades, evaluación de la destreza y del placer, ensayo cognitivo, entrenamiento asertivo y representación de papeles. Igualmente se pueden incluir otras técnicas que sean necesarias para el sujeto, especialmente si tiene otros problemas asociados, aunque, como ya hemos indicado, el modelo cognitivo de la depresión supone que son las cogniciones las que causan y mantienen el problema depresivo. Por ello la combinación de unas y otras técnicas consiguen el resultado adecuado.

Sería muy extenso describir cada una de las técnicas anteriores, pero para ejemplificar el proceso de tratamiento vamos a analizar, siguiendo el manual de tratamiento de la depresión de Beck *et al.* (1979), claramente especificado y estructurado sesión a sesión, qué pasos y técnicas tenemos que llevar a cabo en una sesión, en nuestro caso, en la quinta. La terapia cognitiva de la depresión tiene una

duración entre 12 y 15 sesiones, con un máximo de 20. Se sugiere que en las primeras tres semanas se tengan dos sesiones y luego una por semana, cada una de 50 minutos de duración. En la quinta sesión se siguen básicamente siete pasos:

1) Seguir el mismo formato general que en la sesión anterior. Esto es, preparar la agenda de la sesión sobre lo que se va a tratar en la misma; comentar los problemas y progresos desde la sesión anterior; revisar otros aspectos relevantes para el tratamiento entre esta sesión y la anterior.

2) Revisar el registro de actividades, con especial énfasis en las evaluaciones de dominio y agrado. El registro de actividades constituye un elemento importante en las primeras fases del tratamiento. En él el sujeto indica todas las actividades que realiza durante el día (ej., levantarse, lavarse, desayunar, coger el coche para ir al trabajo,...). De cada una de ellas debe puntuar de 0 a 10 o de 0 a 100 cuál es el dominio de cada una de ellas y cuál es el agrado. El dominio atañe al grado en que uno puede realizar la tarea (ej., llamar por teléfono) y el agrado a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de esa actividad. Claramente, en un paciente depresivo, el dominio es importante en las tareas cotidianas pero el agrado suele ser bajo o muy bajo. En esta fase, el registro de actividades y, a partir de aquí, la programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en las dimensiones de agrado, proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas.

3) Revisar y discutir los pensamientos automáticos negativos. Gracias al registro de pensamientos y sentimientos que va el paciente cubriendo desde que entra en tratamiento, podemos fácilmente detectar los pensamientos automáticos negativos. Este registro incluye hasta esta sesión tres apartados: la situación (acontecimiento que motivó la emoción desagradable, la corriente de pensamiento o el recuerdo que motivó la emoción desagradable); la emoción (donde debe especificar la emoción - ej., triste, enfadado, ansioso, deprimido, etc.- y la intensidad de la emoción en una escala de 0 a 100; y el pensamiento o pensamientos automáticos, debiendo anotar tanto el pensamiento automático que precede a la emoción o emociones como el grado de creencia en el mismo, en una escala del 0% al 100%. A partir de las anotaciones el terapeuta puede con su cliente revisar, discutir y cambiar los pensamientos automáticos negativos con las técnicas cognitivas (ej., reatribución, prueba de realidad, etc.) para que el sujeto corrija sus distorsiones.

4) Enseñar al paciente modos de evaluar y corregir las distorsiones cognitivas (pensamientos automáticos). A esta altura del tratamiento el paciente ya conoce aspectos importantes de sus pensamientos, especialmente de sus pensamientos automáticos negativos. El objetivo es que el paciente pueda identificarlos claramente y corregirlos con las técnicas que el terapeuta le ha ido entrenando (ej., experimentos personales, prueba de realidad, reatribución, etc.), como con el siguiente paso de dar respuestas racionales a los mismos.

5) Explicar la forma de empleo del registro diario de pensamientos distorsionados para que ante los pensamientos automático dé una respuesta racional. En este caso, el registro que hemos descrito anteriormente se amplía a partir de esta sesión con dos apartados más: la respuesta racional y el resultado. Esto es, cuando surge, ante una situación, una emoción que produce un determinado pensamiento automático, hay que proporcionar una respuesta racional que lleve a un resultado distinto al habitual. En el registro debe anotar en el apartado de la respuesta racional una respuesta racional a los pensamientos automáticos junto con el grado de creencia (0-100%) en la respuesta racional. En el resultado debe reevaluar el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100 y evaluar las emociones subsiguientes (0-100). Un ejemplo de ello es cuando una persona se imagina

deprimida para siempre (situación: corriente de pensamiento), que produce la emoción de tristeza y ansiedad (intensidad = 90), con el pensamiento automático "nunca me curaré". La respuesta racional en este caso es "No estoy tan mal, he estado peor otras veces", con un nivel de creencia del 70%. El resultado lleva a reevaluar la inicial intensidad de 90 del pensamiento automático en 40, manteniéndose la emoción inicial de tristeza y ansiedad en 50.

6) Emplear el contador de pulsera para registrar y llevar un control de los pensamientos automáticos. Este es un instrumento opcional que permite tener una información más objetiva de los pensamientos automáticos y como van descendiendo conforme se aplica el tratamiento.

7) Asignar tareas para casa. Hay que indicar que para la evaluación de los progresos entre sesiones suele ser habitual aplicar el Inventario de la Depresión de Beck sesión a sesión para apreciar de un modo objetivo los cambios que se van produciendo en la sintomatología depresiva.

Aplicaciones

En el campo del tratamiento de la depresión es indudable la importancia de la terapia cognitiva de la depresión, la cual ha mostrado ser en muchos estudios el tratamiento de elección para esta patología (Beck, 1991). Distintas revisiones han mostrado claramente que la terapia cognitiva es igual o más efectiva que la farmacoterapia (ej., Hollon y Beck, 1994; Robins y Hayes, 1993). Dos de cada tres pacientes depresivos pueden ser tratados eficazmente a corto plazo (Craighead, Evans y Robins, 1992). De especial relevancia es el reciente estudio del Instituto de Salud Mental norteamericano (NIMH) para evaluar tratamientos efectivos para la depresión (Elkin, 1994), en donde compararon la terapia cognitiva de Beck, la psicoterapia interpersonal y la farmacoterapia (imipramina), incluyendo también un grupo control. Entre las conclusiones de este bien diseñado estudio en el que han participado 250 pacientes depresivos está que, mientras que a corto plazo no hay diferencias significativas entre los cuatro grupos, a largo plazo, en el seguimiento de 18 meses, es la terapia cognitiva la que obtiene los mejores resultados, confirmando así otros anteriores estudios en donde se demuestra que a largo plazo hay menos recaída con la terapia cognitiva de Beck que con otros tratamientos para la depresión.

En los últimos años la terapia cognitiva de Beck se ha expandido a otros campos distintos al de la depresión, como trastornos de ansiedad y pánico (Beck y Emery, 1985), trastornos de personalidad (Beck, Freeman, Pretzer, Davis, Fleming, Ottaviani, Beck, Simon, Padesky, Meyer, y Trexler, 1990), conductas adictivas (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993) y otras como trastornos de la alimentación y obesidad, trastornos infantiles y de la adolescencia, medicina conductual y problemas maritales (*cfr.* Beck, 1993; Hollon y Beck, 1994).

Mientras que en el campo de la depresión su utilidad es clara, no siempre su aplicación a otros trastornos ha recibido total apoyo (*cfr.* Robins y Hayes, 1993), aunque las técnicas que incluye en sus últimas aplicaciones son ya paquetes de tratamiento que incluye tanto componentes cognitivos como conductuales y un amplio abanico de técnicas.

El entrenamiento en inoculación de estrés

Introducción

Donald Meichenbaum hace su incursión en el campo clínico cuando en 1969 junto con Goodman (Meichenbaum y Goodman, 1969) propone la técnica autoinstruccional aplicada a niños impulsivos para, cambiando el diálogo interno de los mismos, conseguir incrementar su autocontrol sobre esa conducta. Con posterioridad Meichenbaum elaboró el entrenamiento en inoculación de estrés junto a Cameron en 1973, describiéndolo claramente en el capítulo 5 de su libro de 1977 (Meichenbaum, 1977), que fue uno de los primeros libros sobre terapias cognitivas y que ha tenido una gran influencia entre los clínicos, dado que exponía las técnicas cognitivas disponibles en aquel momento. Posteriormente el entrenamiento en inoculación de estrés es ampliado y reelaborado respecto a la formulación de 1977 en el artículo de Meichenbaum y Cameron (1983) y especialmente en el libro de Meichenbaum (1985) dedicado específicamente al entrenamiento en inoculación de estrés.

La formulación de Meichenbaum se ha centrado, a diferencia de los otros autores, en la aplicación de tratamientos psicológicos al estrés y a los problemas asociados al estrés, que constituye una de las principales consecuencias de nuestro sistema social. El objetivo del entrenamiento en inoculación de estrés es que el cliente reciba una inoculación de tensión, de modo paralelo a lo que ocurre cuando nos ponen una vacuna, para que esta inoculación cree anticuerpos psicológicos, estrategias y habilidades psicológicas que puedan ser utilizadas en situaciones de ansiedad y miedo. Meichenbaum (1985) conceptúa el estrés como una transacción entre el individuo y el ambiente mediado cognitivamente. Esto es, enfatiza el contexto cognitivo interpersonal del estrés. En la actualidad el entrenamiento en inoculación de estrés es una terapia para abordar distintos problemas relacionados con el estrés, incluyendo tanto técnicas cognitivas como técnicas conductuales.

Técnicas

El entrenamiento en inoculación de estrés consta de tres fases (Meichenbaum, 1985; Meichenbaum y Cameron, 1983): conceptualización, adquisición y ensayo de habilidades, aplicación y seguimiento. La primera fase, la de conceptualización, tiene como objetivos: establecer una adecuada relación terapéutica y de colaboración entre el terapeuta y el cliente; identificar los problemas y síntomas relacionados con el estrés con una perspectiva situacional; recoger información sobre ello con entrevistas, cuestionarios, autorregistros, técnicas basadas en la imaginación, etc.; evaluar las expectativas del cliente; planificar el tratamiento; explicarle la conceptualización transaccional del estrés, junto con el papel de las cogniciones y las emociones en generar y mantener el estrés; y, analizar las posibles resistencias del cliente y la adherencia al tratamiento.

En la segunda fase, la de adquisición y ensayo de habilidades, se entrena al sujeto en una serie de técnicas para afrontar las situaciones de estrés. Estas son (Meichenbaum, 1985): relajación, estrategias cognitivas, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional y negación. De las estrategias anteriores, destacaremos el apartado dedicado a las estrategias cognitivas, a pesar de que también incluye el entrenamiento autoinstruccional y la solución de problemas, que son otras estrategias cognitivas. En las estrategias cognitivas incluye la reestructuración cognitiva, tal como plantea Beck *et al.* (1979), que ya hemos visto en el apartado anterior, y que posteriormente Beck desarrolló para problemas de ansiedad (Beck y Emery, 1985). Otra innovación es el papel que le da a la negación que, en la línea de Lazarus y Folkman (1984), sugiere su valor en casos en

donde el sujeto ve imposible ejercer control sobre la situación de estrés. En este caso serviría como un medio de autoprotección al tiempo que facilitaría el gradual acercamiento al estresor.

En la tercera fase, la de aplicación y seguimiento, tiene que poner en práctica las distintas estrategias que ha aprendido en la fase anterior. Aunque el paso de una a otra fase no es tan clara en la clínica como en el nivel conceptual, lo que se va es pasando de situaciones más "in vitro", como la denomina Meichenbaum (1985) a situaciones más en vivo, en donde finalmente el sujeto tiene que enfrentarse con el estrés real. Se utilizan para ello estrategias, en orden de aproximación a la vida real, de ensayo imaginativo, ensayo conductual, juego de roles y modelado para, finalmente, llevar a cabo la exposición graduada en vivo.

Junto al paso paulatino de la situación "in vitro" a la situación en vivo, cobra también importancia entrenar en esta fase al sujeto en la prevención de la recaída. Este aspecto, importante especialmente desde la conceptualización y sugerencia de técnicas para su prevención en las conductas adictivas por parte de Marlatt y Gordon (1985), facilita que el éxito conseguido a corto plazo se mantenga a largo plazo si, como se pretende, evitamos las recaídas que existen en casi todas las conductas conforme transcurre el tiempo. Por ello también incide en la necesidad, en esta última fase, de hacer el seguimiento al sujeto, normalmente de un año, para comprobar y facilitar el mantenimiento de los cambios no sólo a corto sino también a largo plazo.

Aplicaciones

El entrenamiento en inoculación de estrés se aplicó inicialmente a fobias múltiples (*cfr.* Meichenbaum, 1977), siendo extendido en los siguientes años a múltiples trastornos, como aparece ejemplificado en los capítulos del libro de Meichenbaum y Jaremko (1983), tal como problemas de hospitalización, dolor crónico, distintos trastornos psicofisiológicos, afrontamiento en niños ante situaciones de estrés, víctimas de violaciones, reclutas, ansiedad social, ira, etc. La utilidad conceptual del entrenamiento en inoculación de estrés podemos verla igualmente reflejada en muchos libros de casos, como se aprecia en varios de los capítulos del libro de Maciá y Méndez (1988).

Terapia de solución de problemas

Introducción

De las tres terapias de solución de problemas (SP) indicadas por Mahoney y Arnkoff (1978): la terapia de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1971), la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974) y la ciencia personal de Mahoney (1974, 1977), la que más atención ha recibido, mayor aceptación y utilización tiene es la terapia de solución de problemas de D'Zurilla, que en los últimos años ha sido red denominada como terapia de solución de problemas sociales (D'Zurilla y Nezu, 1982), dado que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales.

Técnicas: Las fases de la solución de problemas sociales

D'Zurilla y Goldfried (1971) parten de que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, y de que de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad. El entrenamiento en SP se orienta a que la persona adquiera adecuadas habilidades de SP.

La formulación inicial de la SP de D'Zurilla y Goldfried (1971) constaba de cinco etapas: a) orientación general; b) definición y formulación del problema; c) generación de alternativas; d) toma de decisiones; y e) verificación. Estas fases han sido revisadas por D'Zurilla y Nezu (1982) y por D'Zurilla (1986, 1988), re-etiquetando dos de las anteriores con los nombres de orientación hacia el problema y ejecución de la solución y verificación. Cada componente, o fase, del proceso tiene un determinado propósito o función. Conjuntamente, se espera que cuando se apliquen los cinco componentes de una forma eficaz a un problema, incrementen la probabilidad de descubrir y llevar a cabo la solución más eficaz. El orden de las cinco etapas representa una secuencia lógica y práctica para el entrenamiento, y para una aplicación sistemática y adecuada. Este orden no significa que la SP se desarrolle siempre en una secuencia unidireccional comenzando en la primera fase y terminando en la última, sino que una buena SP conlleva que el sujeto pase de una fase a otra y pueda retroceder a etapas previas antes de que complete el proceso.

Hay una serie de términos que ha diferenciado para que no se confundan entre sí (D'Zurilla, 1986, 1988; D'Zurilla y Goldfried, 1971; D'Zurilla y Nezu, 1982, Nezu y Nezu, 1991):

- *Solución de problemas*: proceso cognitivo afectivo conductual a través del cual un individuo, o un grupo, identifica o descubre medios efectivos para enfrentarse con los problemas que se encuentra en la vida de cada día. Este proceso incluye la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones o elección conductual. Entiende que la SP sociales es al mismo tiempo un proceso de aprendizaje social, una técnica de automanejo y una estrategia general de afrontamiento.

- *Problema*: es una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo, pero para el cual ninguna respuesta efectiva está inmediatamente aparente o disponible en ese momento para el individuo o para el grupo enfrentado con la situación. En esta situación el individuo o el grupo percibe una discrepancia entre "lo que es" (circunstancias actuales o anticipadas) y "lo que debería ser" (circunstancias que se demandan o se desean).

- *Solución*: es una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuesta que es efectivo en alterar la situación problemática y/o las reacciones personales propias para que no sea percibida a partir de ahí como un problema, mientras que al mismo tiempo maximiza otras consecuencias positivas (beneficios) y minimiza otras consecuencias negativas .

La efectividad de cualquier solución particular puede variar para diferentes individuos o diferentes ambientes, dependiendo de las normas, valores y niveles del solucionador del problema o de otras personas significativas que son responsables de juzgar la ejecución del que ha solucionado el problema.

- *Puesta en práctica de la solución*: ejecución de la respuesta de solución, que no es solo una función de la SP, sino también de otros factores relacionados con la historia de aprendizaje del individuo, tales como déficits de habilidades de ejecución, inhibiciones emocionales, y déficits motivacionales (reforzamiento).

- *Competencia social*: es un amplio rango de habilidades sociales, competencias conductuales y conductas de afrontamiento que capacita a un individuo para enfrentarse efectivamente con las demandas de cada día. En este contexto la ejecución de la SP efectiva es solo uno de los componentes de la competencia social, aunque uno muy significativo.

En la primera fase del entrenamiento en SP, *orientación general hacia el problema*, se pretende que el sujeto (D'Zurilla y Goldfried, 1971) acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz, reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiba la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada. Por ello, el sujeto debe reducir o al menos distraer la atención de los pensamientos negativos que puedan interrumpir el pensamiento de SP sociales y centrarse en aquellos estímulos que puedan facilitar una buena conducta de SP en lugar de los estímulos determinantes de las respuestas negativas (D'Zurilla y Nezu, 1982). Lo anterior se consigue adoptando una actitud de SP.

Los objetivos y pasos de esta fase son (D'Zurilla, 1986): a) incrementar la sensibilidad hacia los problemas y decidir la ocasión para la actividad de SP, b) centrar la atención sobre expectativas de SP positivas y evitar preocupaciones improductivas y pensamientos autopreocupantes, c) maximizar los esfuerzos y la persistencia en vista de los obstáculos y del estrés emocional y, d) minimizar la angustia emocional perjudicial mientras intenta maximizar la probabilidad de estados emocionales positivos facilitadores.

Las variables más importantes de la orientación hacia el problema son: la percepción del problema (reconocimiento y etiquetaje del mismo), atribución del problema (atribución causal que la persona tiene de los problemas en su vida), valoración del problema (significado que tiene un problema para su bienestar personal y social) y compromiso tiempo y esfuerzo (probabilidad de que quiera dedicarle tiempo y esfuerzo para solucionar el problema).

La segunda fase, la de *definición y formulación del problema*, es una parte básica del proceso de SP, ya que como afirma D'Zurilla (1986) no es exagerado decir que si tenemos un problema bien definido tenemos ya la mitad del mismo resuelto. Si el problema está bien definido, los otros elementos (ej., generación de alternativas) son mucho más fáciles.

Dado que es común que los problemas no estén claramente definidos y más bien sean vagos, ambiguos, irrelevantes, con información inadecuada o metas poco claras, con esta fase se pretende: obtener información relevante sobre el problema, clarificar la naturaleza del problema, establecer una meta realista de solución del problema, y reevaluar la importancia del problema para el bienestar personal y social de esa persona. Si no se tiene suficiente información sobre el problema es necesario buscarla, para poseer toda la información necesaria para poder llegar posteriormente a una alternativa para solucionarlo.

Establecer la meta es una parte importante de la formulación del problema que luego va a posibilitar generar soluciones alternativas así como el modo de evaluar la solución. Es por ello importante concretar la meta en términos específicos y concretos y evitar afirmaciones no realistas o metas inalcanzables. Hay que ver si el problema es un problema real, si el problema es tal o es la causa de un problema antecedente, y si el problema es parte de un problema mucho más amplio. Esto debe llevar a pensar en la utilidad de empezar por el problema general o por uno

específico. Si este es el caso será necesario dividir el problema general en subproblemas.

Cuando ya se ha definido y formulado el problema lo que falta es reevaluar el significado del problema para su bienestar personal y social.

El propósito de la tercera fase, la de *generación de soluciones alternativas*, es tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para que así maximicemos la probabilidad de que la mejor solución esté entre ellas. Para la generación de soluciones alternativas se utilizan tres principios: el principio de cantidad, el principio de aplazamiento del juicio y el principio de variedad. En esta parte del proceso hay que considerar que la angustia emocional, el hábito de llegar siempre a la misma solución y la falta de información, son los factores más importantes que interfieren o impiden llegar a formular adecuadas alternativas de solución. Si este fuese el caso, sería preciso echar mano de otras técnicas como son las reestructuración cognitiva, las autoinstrucciones o el entrenamiento en relajación (Nezu et al., 1989).

Una vez que se ha generado una lista de soluciones alternativas con las reglas anteriores, la cantidad y variedad de las soluciones disponibles puede incrementarse generando combinaciones, modificaciones y elaboraciones a partir de esas soluciones o bien imaginando cómo otra persona afrontaría el problema (D'Zurilla, 1986; Nezu et al., 1989).

El objetivo de la cuarta fase, la de *toma de decisiones*, es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla en práctica en la situación problemática. En esta fase, para cada solución alternativa, se indican los costos y beneficios, a corto y a largo plazo, y se juzga el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa, se comparan alternativas, y se selecciona la solución o combinaciones de soluciones, con la mejor utilidad esperada. El juicio de la utilidad esperada se basa principalmente sobre cuatro criterios costo/beneficio: (a) resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema), (b) bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado), (c) tiempo/esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo esperado a ser requerido), y (d) bienestar personal y social en conjunto (razón coste/beneficio esperado total). Aún utilizando los anteriores criterios, la persona que toma la decisión puede variar en sus evaluaciones de los resultados de la solución a causa de diferencias en normas, valores y compromisos personales.

Basado sobre su evaluación de los resultados estimados de las alternativas de solución disponibles, la persona debe responder a estas tres cuestiones: a) ¿es el problema resoluble?, b) ¿necesito más información antes de que pueda seleccionar e implantar una solución?, y c) ¿qué solución o combinación de soluciones debería elegir para poner en práctica? Si la respuesta a la primera pregunta es afirmativa, a la segunda negativa y podemos contestar la tercera, entonces ya tenemos una solución para el problema. En caso de que no sea así hay que volver a fases previas del proceso de SP para que con su cambio o reformulación nos permita llegar a conseguir una solución satisfactoria. Si las respuestas a a) y b) son afirmativas debe entonces preparar un plan de solución que debe caracterizarse por tener la mejor probabilidad de maximizar la utilidad esperada. El plan puede ser simple o complejo. Uno simple implicaría un solo curso de acción; uno complejo consistiría en combinar varias soluciones alternativas.

En la última fase, la *puesta en práctica y verificación de la solución*, se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la estrategia de solución

elegida en la situación problemática. Esto se hace primero simbólicamente y luego en la situación de la vida real.

La ejecución se refiere a la implementación de la solución. Es importante tener en cuenta que la ejecución de una solución elegida en la vida real puede estar influenciada significativamente por otros factores que la capacidad de SP. Ej., tener déficits en otra habilidad (aptitud académica), déficits en la habilidad de ejecución (habilidades sociales), inhibición emocional y déficits motivacionales (reforzamiento). A continuación la persona debe autoobservarse; esto es, la observación de la propia conducta de solución y/o sus productos (resultados). La ejecución de la solución hay que evaluarla de modo objetivo. Y, en la autoevaluación, se compara el resultado de la solución observada con el resultado predicho o esperado para la solución, basado en el proceso de toma de decisiones. Si la solución ha sido satisfactoria entonces solo queda el último paso del auto reforzamiento, en donde se refuerza a sí mismo por "un trabajo bien hecho". Este refuerzo puede ser tanto una autoafirmación positiva o un refuerzo más tangible como comprarse un objeto o realizar una actividad. Pero no cabe duda que la resolución del problema en sí mismo es un importante reforzador.

Si hay discrepancias entre el resultado de la solución observada y el resultado esperado se debe buscar la fuente de dicha discrepancia, especialmente si está en el proceso de SP o en la ejecución de la solución (ej., déficit de habilidades, inhibición emocional). Si después de realizar todas las evaluaciones y todas las correcciones se realiza adecuadamente la solución al problema, el proceso habrá finalizado; si no se encuentra una salida al problema y no puede exitosamente aplicar las estrategias habría que ayudarle a concluir que el problema es irresoluble y centrarse en otro tipo de técnicas. El perfeccionismo en la SP y la incapacidad de aceptar que algunos problemas son irresolubles tal como están formulados son a veces características de personas con el patrón tipo A y trastornos relacionados con el estrés, que llevan a no resolver los problemas.

Como ya hemos comentado con anterioridad, el entrenamiento específico en SP es una parte básica de una intervención cuando aplicamos esta técnica, pero no hay que olvidarse de la fase previa de evaluación y de la posterior de mantenimiento y generalización. Para ésta resulta de gran ayuda las distintas tareas que el cliente ha llevado a cabo en las sesiones de terapia y en las tareas para casa. Otro

modo de favorecer la generalización es proporcionar al cliente distinto material en las sesiones que luego puede seguir utilizando una vez que finaliza el tratamiento, como el manual para el cliente (Becoña, 1993) o los que habitualmente se incluyen en los manuales sobre esta terapia.

En el nivel práctico la aplicación del entrenamiento en SP se puede hacer de dos modos: 1) con entrenamiento secuencial en las distintas fases a lo largo de las sucesivas sesiones del tratamiento, y 2) entrenando en todas las fases de SP al individuo desde las primeras sesiones e ir profundizando en la SP empezando por problemas hipotéticos, solucionando los problemas del sujeto simbólicamente y finalmente solucionando sus problemas en las situaciones reales. El número de sesiones para el tratamiento de SP oscila de 4 a 6 sesiones (Hawton y Kirk, 1989), 6 a 10 sesiones (Heppner y Killerbrand, 1991), 10 (Nezu *et al.*, 1989) y entre 14 y 16 (D'Zurilla, 1986).

Aplicaciones

El entrenamiento en solución de problemas sociales de D´Zurilla ha sido utilizado en un amplio conjunto de conductas, como (Becoña, 1993; Becoña y Gutiérrez-Moyano, 1987; D´Zurilla, 1986; Nezu y Nezu, 1991): intervención en crisis, sustancias adictivas (alcohol, drogas, tabaquismo, obesidad, juego patológico), trastornos de ansiedad y estrés, depresión, problemas de pareja, malos tratos, problemas comunitarios, bajo rendimiento académico e indecisión vocacional, control de la ira y de la agresividad en niños normales y retrasados, pacientes con esquizofrenia, etc. En los últimos años destaca su aplicación a la depresión por parte, especialmente, del grupo de Nezu (Nezu, Nezu y Perri, 1989).

La terapia de SP ha sido considerada desde su aparición como una de las terapias con mayor futuro en el campo del tratamiento. Los años parecen haber confirmado esta predicción. Hoy se aplica a gran número de problemas y tiene para los terapeutas una gran aceptación. Esto ha sido debido, tal como más de un autor ha indicado, a que "tiene la ventaja de basarse en principios de sentido común, y es por ello, atractiva tanto a los pacientes como a los terapeutas. La solución de problemas es a veces el único tratamiento que se necesita utilizar. Sin embargo, puede ser un adjunto a otros tratamientos psicológicos o físicos" (Hawton y Kirk, 1989, p. 425).

Su rango de aplicación a distintos problemas es amplio. Pero junto a ese importante rango de aplicaciones va cobrando más y más importancia conocer para qué problemas comportamentales es más efectiva, bien utilizada sola o dentro de un paquete de tratamiento, junto con aquellos factores que impiden una adecuada aplicación de esta terapia. Distintos autores se han detenido en el análisis de aquellos factores que impiden a los sujetos "funcionar" adecuadamente en el entrenamiento en SP (ej., Chiauuzzi, 1991).

Un aspecto en el que debe profundizarse en los próximos años con las terapias de SP es demostrar su mayor eficacia que otras terapias que tienen buenos resultados en trastornos específicos, como es un buen ejemplo aplicada al tratamiento de la depresión, donde el entrenamiento en SP es superior a un grupo de no tratamiento o lista de espera pero debe dar un paso más para demostrar que utilizada sola obtiene resultados semejantes a la terapia cognitiva de Beck.

No cabe duda que la facilidad y racionalidad de este entrenamiento continuará teniendo adeptos en el futuro. Ello redundará en un mayor análisis y validación de la eficacia de este entrenamiento para solucionar problemas humanos.

AVANCES RECIENTES EN LAS TERAPIAS COGNITIVAS

Son muchos los que podríamos apuntar como avances y desarrollos recientes en las terapias cognitivas, como tipos de terapias, de las que se contabilizan veinte, características, etc. Sin embargo, en nuestra consideración, los aspectos más relevantes en el momento actual y para los próximos años son los siguientes: la aparición con fuerza del constructivismo; la expansión de las intervenciones con terapias cognitivas a todo el campo clínico; la reaparición del inconsciente; las nuevas perspectivas del *self* y las propuestas de integracionismo con otras orientaciones teóricas.

El constructivismo

El constructivismo se apoya en una concepción activa de la mente humana (Reda y Mahoney, 1984), basándose en tres principios básicos (Craighead, Craighead, Kazdin y Mahoney, 1994): 1) la afirmación de que el conocimiento es proactivo y participativo; 2) el reconocimiento de procesos tácitos (inconscientes) de todo aprendizaje y conocimiento; y 3) el reconocimiento de que el aprendizaje y el conocimiento se componen de procesos autoorganizacionales complejos, en desarrollo y dinámicos.

La afirmación más relevante en el nivel teórico, como por sus consecuencias para el tratamiento, es la de que las personas "crean" activamente sus propias realidades y que los modelos de realidad que cada persona crea determinan a su vez el modo en que la realidad pueda ser percibida (Botella, 1991). Esto implica que la realidad no es estática e invariable, sino que es creada cada vez y de forma única según las estructuras cognitivas de cada persona. Su fundamentación conceptual es compleja, se basa en modelos dispares y muy probablemente como afirma Anderson (1990) "la terapia constructiva no es tanto una técnica como un contexto filosófico dentro del que se hace la terapia, y más un producto del *zeitgeist* que el invento de un teórico" (p. 137).

La epistemología constructivista es claramente diferente del objetivismo (Neimeyer, 1993), que es en lo que se basan casi todas las terapias, en el sentido de que para éstas el conocimiento es una representación directa del mundo real, a diferencia del constructivismo en el que el sujeto construye ese mundo y lo interpreta. Esto implica toda una serie de cambios en la conceptualización de la evaluación, de ahí el papel dado a la metáfora, a la exploración, a la narración, a la historia, a las imágenes. Igualmente, el tratamiento se caracteriza por ser reflexivo, elaborativo e intensamente personal más que los tradicionales cognitivo-conductuales caracterizados por ser persuasivos, analíticos y técnicamente instructivos.

El constructivismo no constituye en la actualidad un tratamiento o un modelo homogéneo, básicamente por su novedad y por su salto cualitativo sobre las previas terapias cognitivo-conductuales y por las implicaciones filosóficas que lo sustentan. El futuro nos dirá si el constructivismo queda como una base filosófica dentro de la que trabajar o si evoluciona con la aportación de nuevas técnicas de intervención.

Expansión de las aplicaciones de las terapias cognitivas a todo el campo clínico

En los últimos años se aprecia un vuelco en el interés de los clínicos, teóricos e investigadores sobre el campo cognitivo, y especialmente en el campo clínico. Esto ha traído como consecuencia un mayor énfasis en la aplicación de las terapias cognitivas a múltiples trastornos clínicos. En el momento actual uno de los objetivos centrales de las terapias cognitivas en general, y de algunas en particular, como la de Beck, es ampliar su campo de intervención a todos los trastornos, evaluando la eficacia de las mismas en ellos. Como ya hemos analizado previamente cuando expusimos la terapia cognitiva de Beck, el interés por ampliar la misma a otros trastornos es hoy claro (*cfr.* Hollon y Beck, 1994). Junto a las aplicaciones de ésta a trastornos de ansiedad y fóbicos, trastornos de personalidad, conductas adictivas, etc., otros desarrollos relevantes de expansión de aplicaciones pueden ser a jóvenes (Kendall, 1993), trastornos de ansiedad, en donde junto a las aplicaciones al trastorno de ansiedad generalizada, cobra gran relevancia por su eficacia su aplicación a los trastornos de pánico (Chambless y Gillis, 1993); y trastornos de la alimentación, especialmente a la bulimia (Wilson y Fairburn, 1993). Igual que ocurre con la terapia cognitiva de Beck, año a año, con las distintas terapias cognitivo-

conductuales van apareciendo estudios analizando su utilidad y eficacia en distintos trastornos.

La reaparición del inconsciente

Como afirma bien expresivamente Mahoney (1993) "uno de los desarrollos teóricos más sorprendentes en la psicoterapia cognitiva ha sido el relativo reconocimiento reciente de la importancia y amplio rol jugado por los procesos inconscientes en la experiencia humana" (p. 190). Y así es. En los últimos años se aprecia un mayor interés por el estudio del inconsciente con una perspectiva distinta a la freudiana.

En la reciente conceptualización del inconsciente de Greenwald (1992), éste es formulado bajo la denominación de "cognición inconsciente", considerando que la suya es la tercera nueva visión del inconsciente, después de la clásica formulación de Freud. La primera nueva versión está representada por Bruner y Postman y sus estudios en el campo de la psicología de la percepción, la segunda por Erdelyi con la conexión teórica entre psicología cognitiva y las concepciones psicoanalíticas de las cogniciones inconscientes y, la tercera, la propuesta por Greenwald (1992). Esta se basa en la cognición inconsciente, proponiendo un modelo en donde integra los procesos de atención y memoria, basados en una entrada (estimulación) y en una salida (acción) y donde habría tanto procesos conscientes como inconscientes. Su trabajo aporta evidencia empírica a su modelo, a veces más directa que indirecta. Sin embargo, su visión basada en el procesamiento de la información humana, significa el abandono de la teoría psicodinámica, recobrándose para la psicología el inconsciente, como afirman Kihlstrom, Barnhardt y Tataryn (1992), ya que el inconsciente se ha estudiado tanto antes de Freud como con posterioridad bajo otras perspectivas, como la de la percepción subliminal. El "inconsciente cognitivo" difiere de modo importante del "inconsciente psicoanalítico" (Kihlstrom, 1987) dado que "después de más de 100 años los psicólogos han pasado de la interpretación psicodinámica [del inconsciente] al experimento controlado" (p. 790).

Las nuevas perspectivas del self

El estudio del self, o *proprium* como le denominó Allport, como concepto sinónimo de Persona en sentido global y abaricante, se ha entendido de diversos modos en la historia de la psicología por parte de varios autores. Realmente, cuando hablamos del self como tal, nos estamos refiriendo a los conceptos que los individuos utilizan para definirse a sí mismos o a un grupo de características únicas dentro del individuo (Caire, 1995). En la clínica el concepto del self, aceptado o no, operacionalizado o inferido, es un concepto relevante por su implicación en distintos trastornos, (ej., en la anorexia). Dado que un objetivo central de la terapia es redefinir cómo el cliente se acepta a sí mismo o lo que quiere ser (Hayes, 1987), el reconocimiento del self cobra, en este contexto, gran relevancia. Esto se aprecia en los últimos años con la conceptualización del mismo como procesos cognitivos autorreferentes (Williams, 1995), donde la autoeficacia jugaría un papel central en este proceso; o, en la aplicación de este concepto, a nuevas terapias conductuales como la de aceptación y afirmación o dialéctica (*cf.* Korn, 1995).

El integracionismo entre distintas orientaciones teóricas

Una consecuencia clara de la evolución que han tenido muchas terapias cognitivo-conductuales, el actual constructivismo, y la distinta procedencia de muchos de los actualmente denominados terapeutas cognitivo-conductuales, tenía que ser el intentar integrar distintos modelos y sistemas de terapia incluyendo o partiendo de las terapias cognitivo-conductuales. Esta pretensión es vieja en la psicología clínica, desde Dollard y Miller hasta nuestros días, aunque ha cobrado de nuevo gran auge en los últimos veinte años.

Cada clínico opera dentro de un marco teórico conceptual concreto, desechando habitualmente otras perspectivas (Goldfried, 1980). Hoy sabemos, por otra parte, que la conceptualización y naturaleza del cambio terapéutico no es simple sino compleja y depende de factores múltiples. Esto, entre otros motivos, ha favorecido el incremento del interés por la integración de las corrientes psicoterapéuticas. Conocido con los nombres de eclecticismo o integracionismo, actualmente se prefiere esta última denominación por ser más concreta que la anterior, que es abstracta y subjetiva cuando queremos saber con exactitud a qué se refiere un terapeuta cuando utiliza y practica eso que dice. Este movimiento ha aflorado en los últimos veinte años, motivado por (Norcross y Newman, 1992): la proliferación de nuevas terapias; la inadecuación de teorías simples para explicar los problemas; las contingencias socioeconómicas externas; el incremento de las psicoterapias breves centradas en problemas específicos; las oportunidades de observar y experimentar con varios tratamientos; la insuficiencia de la eficacia diferencial entre terapias; el reconocimiento de que las comunidades terapéuticas contribuyen de modo importante a la varianza del resultado; y, al desarrollo de una tendencia profesional hacia la integración.

De los aspectos anteriores destacaríamos el fuerte incremento en los últimos años de las psicoterapias breves, partiendo del psicoanálisis, motivado por el pago de servicios psicológicos sólo para terapias breves y la necesidad de demostrar que no sólo son cortas sino eficaces para cada problema particular en muchos países. Esto ha exigido técnicas eficaces para cada trastorno concreto y no modelos globales de tratamiento. También se ha visto favorecido por la aparición de clínicas para un trastorno específico (ej. depresión, trastornos alimentarios, ansiedad, problemas maritales, etc.); la aparición de manuales de tratamiento de distintas orientaciones terapéuticas, lo que permite conocer y aplicar tales procedimientos al tener una descripción clara de la terapia y de su proceso de aplicación; la asunción de la importancia de los factores comunes al tratamiento (ej., características del cliente, relación terapéutica, etc.) para explicar una parte de la eficacia de la terapia, etc.

Dicho proceso de integración se ha realizado a través de tres modos principales. El primero, el eclecticismo técnico de Lazarus con su propuesta de la terapia multimodal (Lazarus, 1983). En ésta se evalúa el *BASIC ID*, iniciales de las palabras conducta, afecto, sensaciones, imaginación, cognición, relaciones interpersonales y abuso de drogas. Al sujeto se le evalúa en todos estos aspectos y se le aplican técnicas específicas para las alteraciones en cada uno de ellos. El segundo atañe a la integración teórica, en donde destaca el modelo transteórico de Prochaska (Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992), que distingue estadios, procesos y niveles de cambio. Dicho modelo permite una integración de todos los modelos teóricos, en el nivel explicativo del cambio y del proceso de dicho cambio. Finalmente, en tercer lugar, la explicación basada en los factores comunes. Aquí destaca Frank (ej., Frank y Frank, 1991), para quien el objetivo de cualquier tratamiento es conseguir que el sujeto supere la *desmoralización*, causa de su problema, y para la que se ponen en marcha todas las técnicas de intervención de cada distinto proceso terapéutico. Cuando el cliente, con esas técnicas de intervención, es capaz de llevar a cabo las conductas que le permiten una mejora de su situación, se produce el proceso de

mejoría. A esto ayudan factores comunes como la relación cliente-terapeuta, la seguridad que proporciona el contexto de la terapia donde el terapeuta tiene la sanción social de "curar", la reconceptualización que el terapeuta le ofrece al cliente de sus problemas y de las soluciones a los mismos, y la prescripción de tareas o recomendaciones que son coherentes con la conceptualización ofrecida.

La terapia cognitivo-conductual ha sido un claro ejemplo de integración teórica y práctica, en un sentido histórico, siendo actualmente esta orientación la más importante y relevante en los psicólogos clínicos de los países líderes en la psicología contemporánea.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la actualidad los terapeutas genéricamente denominados cognitivo-conductuales se autoasignan a uno de estos tres grupos: conductuales, cognitivo-conductuales y cognitivos. De un estudio hecho en 1985 por Mahoney (1989) con 42 influyentes terapeutas conductuales o cognitivos, los conductuales aceptaban más el modelo de condicionamiento de aprendizaje, daban más peso al ambiente que al organismo y eran menos tolerantes en aceptar las ciencias cognitivas. En cambio, los cognitivistas eran más críticos de los modelos de condicionamiento, más inclinados a darle importancia al organismo y más optimistas sobre el porvenir de los estudios cognitivos. Finalmente, aquellos que se identificaban como cognitivo-conductuales se posicionaban en el punto medio de las cuestiones anteriores. Curiosamente, los que se posicionaban como cognitivos eran sustancialmente menos escépticos de los procesos inconscientes. Es interesante apuntar el dato de que el 69% de los miembros de la Asociación Americana para el Avance de la Terapia de Conducta (A.A.B.T.) se consideran cognitivo-conductuales (Craighead, 1990).

Hoy es indudable la aportación de la psicología cognitiva al desarrollo de la psicología clínica. La posición cognitiva da importancia al proceso mediacional en el aprendizaje, los procesos cognitivos y simbólicos que influyen la conducta, la biología, la emoción y el ambiente. Todos estos elementos los evalúa según los requisitos de la investigación científica (Craighead, Craighead, Kazdin y Mahoney, 1994).

Hoy podemos afirmar que las terapias cognitivo-conductuales constituyen un conjunto de terapias de gran vitalidad, algunas en actual desarrollo, que se aplican a un gran número de problemas clínicos. Además, su aceptación por parte de los clínicos ha sido muy importante en las dos últimas décadas, siendo en este momento la orientación teórica más importante de todas las existentes.

Desde el modelo conductual o cognitivo-conductual cada vez hay más acuerdo de la necesidad de la intervención de los componentes cognitivos junto a los observables, pero siempre que científicamente se pueda evaluar o haya sido científicamente derivado. Sin embargo, metodológicamente, han surgido más problemas para evaluar los componentes cognitivos que los motrices de la conducta. Skinner (1990) en su último artículo publicado afirmaba que "no hay lugar en un análisis científico de la conducta para una mente o un self" (p. 1209). Esto ya lo había afirmado muchos años atrás cuando decía que "no se puede negar ninguna entidad o proceso que tenga alguna fuerza explicativa útil con base en que es subjetiva o mental. Los datos que la han hecho importante se deben, sin embargo, estudiar y formular de manera efectiva. La tarea se enmarcará también dentro de los objetivos de un

análisis experimental de la conducta" (Skinner, 1963, p. 958). En el otro lado, como indicó Mahoney hace más de 20 años (Mahoney, 1974), en la etapa inicial de la modificación de conducta, en los años 50 y 60, términos como "mental" e "inobservable" tenían connotaciones negativas y se asociaban con términos como débil, poco científico o no parsimonioso, y ha vuelto a insistir recientemente (ej. Mahoney, 1991), que es necesario introducir los componentes cognitivos, especialmente para el tratamiento, aunque sí es cierto que el nivel de "potencia" de los datos es siempre mucho menor cuando son cognitivos o verbales que observables directamente.

Sin embargo, a veces hay que ser cautos y no perder el norte. Aunque el clínico se mueve más cómodamente en un modelo cognitivo-conductual, muchas de las terapias cognitivo-conductuales funcionan por sus componentes conductuales, sin aportar nada a la eficacia los componentes cognitivos, como han indicado distintas revisiones de la literatura y meta-análisis (*cf.* Becoña, 1991). En otras, como la terapia cognitiva aplicada a la depresión, trastornos de pánico, etc., sí es claro que los componentes cognitivos incrementan la eficacia de utilizar solo los componentes conductuales. Esto exige aplicar la mejor técnica para cada problema, más que una técnica para todos los problemas. En la terapia de solución de problemas esto es claro, ya que de ellas, unas van mejor para unos problemas y otras para otros (Becoña y Gutiérrez-Moyano, 1987).

El mayor riesgo que corre la terapia cognitivo-conductual es su fraccionamiento, como en parte ya ocurre, al existir un amplio conjunto de terapias distintas, en torno a veinte, y su posible desmembramiento por los distintos planteamientos metodológicos, científicos, filosóficos y aplicados que subyacen a las distintas terapias que en ella conviven. Por otra parte, desde el campo conductual más estricto a veces se nota el riesgo de pérdida de identidad por los límites tan dispares que conviven en las terapias cognitivo-conductuales, que pueden ir desde el más cercano, al estricto y tradicional conductismo metodológico o radical, al ineficaz psicoanálisis clásico, a las psicoterapias breves, o a posturas más filosóficas que científicas, como pueden ser algunas orientaciones constructivistas. La inclusión de conceptos desterrados en el pasado en la psicología científica, como es el caso del inconsciente, puede ser fuente de divisiones si no es posible conceptualizarlo "científicamente" o se aplica su conceptualización más allá de lo científico. Recordemos cómo los padres de la terapia cognitiva, como son Ellis, Beck o Goldfried, han propuesto sus terapias cognitivas precisamente como rechazo al psicoanálisis o, lo que es lo mismo, a sus conceptos y teorías inadecuadas y a la ineficacia del tratamiento con el mismo.

Aunque estamos convencidos de que en los próximos años se va a mantener e incrementar el auge e interés por las terapias cognitivo-conductuales, creemos que no debemos perder de vista cuál es el objeto de estudio de la psicología, cuál es nuestra metodología, a quién debemos ayudar como psicólogos clínicos y tener bien presente que uno de nuestros "pecados" como miembros de una ciencia joven y dinámica como es la psicología es nuestra permanente "tentación" y "búsqueda" de lo nuevo, reflejo de nuestra falta de identidad o media-identidad, y de tener pocas cosas asentadas en nuestra ciencia. Reconociendo esta realidad hay que lanzar el claro mensaje a los futuros psicólogos clínicos de que, a pesar de todo, nunca debemos perder el norte y tener presente cuál es el objetivo de nuestra ciencia y no caer en el lado oscuro de la palabrería, narcisismos, y pseudopsicología.

Finalmente, hay un aspecto que no debemos pasar por alto: la diversidad cultural. Si hablamos de creencias, valores, expectativas, cogniciones, pensamientos, emociones, etc., éstos varían claramente del mundo anglosajón, donde se originan

estas terapias, del nuestro. Aunque cada vez vamos más hacia una cultura homogénea entre las naciones desarrolladas en los parámetros esenciales, básicamente económicos y de incidencia de los medios de comunicación, nunca debemos, como clínicos, perder de vista la cultura y la socialización particular que implica, así como el enorme papel que el lenguaje (idioma, dialecto, etc.) tiene en nuestra concepción del mundo. Además, muchos terapeutas cognitivo-conductuales parten del carácter único de cada individuo, como lo representan especialmente los movimientos constructivistas.

Al manejar creencias, tener en cuenta la diversidad cultural es especialmente relevante cuando hay o puede haber discrepancias entre las creencias y valores culturales del terapeuta y del cliente (Hays, 1995). Las concepciones del terapeuta y del tipo de terapia por parte del cliente/paciente, lo que espera del terapeuta, lo que dice y cómo lo dice el terapeuta, especialmente su inmersión en el mundo conceptual y creencial del cliente, lo que es adaptativo y funcional para uno y otro, son algunos de los aspectos que hay que cuidar para que la terapia llegue a buen puerto (Becoña, 1994).

Para unos, la terapia cognitiva representa una evolución dentro de la actual terapia de conducta, mientras que para otros es vista como una revolución que lleva a cambiar el punto de vista (Sobell, 1994). Pero, lo cierto es que la relación entre la terapia de conducta y la terapia cognitiva o cognitivo-conductual es muy fluida. Un claro ejemplo se da en la asociación más importante de terapia de conducta, la Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta norteamericana. Los que en ella se consideran terapeutas cognitivos no han abandonado la asociación y actualmente "trabajan para ganar la aceptación en esta área" (Sobell, 1994, p. 180), como son fiel reflejo las discusiones en un buen tono en *The Behavior Therapist*, o la reciente aparición (1994) de la nueva revista *Cognitive and Behavioral Practice*, publicada por dicha asociación.

De todo lo expuesto en este capítulo es claro que las terapias cognitivo-conductuales, y los desarrollos teóricos emparejados con ellas, representan uno de los aspectos más relevantes de la psicología clínica de los últimos años, reflejado en desarrollos teóricos, investigación y aparición de nuevas técnicas de tratamiento. Es previsible que en los próximos años esta situación se mantenga o incluso se incremente aún más. En esta línea, en una reciente entrevista a David Barlow, uno de los más relevantes psicólogos clínicos actuales y Presidente de la división 12 de Psicología Clínica de la Sociedad Americana de Psicología, cuando le preguntan si se considera un terapeuta conductual, cognitivo o cognitivo-conductual, contesta afirmando que esa no es una distinción afortunada dado que "pienso que lo importante es de lo que nosotros confiamos tanto del lado de la ciencia conductual como cognitiva de la psicología para desarrollar nuestros procedimientos en la ciencia psicológica aplicada" (*The Behavior Therapist*, 1995).

REFERENCIAS

Anderson, W.T. (1990). *Reality isn't that it used to be*. New York: Harper and Row.

Beck, A.T. (1963). Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortion. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.

Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30 year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.

Beck, A.T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198.

Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A.T., Freeman, A., Pretzer, J., Davis, D.D., Fleming, B., Ottaviani, R., Beck, J., Simon, K.M., Padesky, C., Meyer, J. y Trexler, L. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guildford.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guildford.

Becoña, E. (1991). ¿Es la modificación de conducta cognitiva más eficaz que la clásica modificación de conducta?. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44, 339-347.

Becoña, E. (1993). Terapias de solución de problemas. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (coord.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (1994). Manejo de las conductas adictivas. *Extensiones*, 1, 7-20.

Becoña, E. y Gutiérrez Moyano, M.M. (1987). Las terapias de solución de problemas: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 89-118.

Botella, C. (1991). Terapia cognitivoestructural: El modelo de Guidano y Liotti. En V. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 581-606). Madrid: Siglo XXI.

Caire, J.B. (1995). Introduction to a special series on the Self: Cognitive and behavioral perspectives. *The Behavior Therapist*, 18, 51-52.

Carrasco, I. (1993). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (coord.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 667-709). Madrid: Pirámide.

Cautela, J. (1973). Covert processes and behavior modification. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 157, 27-35.

Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260

Chiauszi, E.J. (1991). *Preventing relapse in the addictions. A biopsychosocial approach*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Craighead, W.E. (1990). There's a place for us: All of us. *Behavior Therapy*, 21, 3-23.

Craighead, W.W., Evans, D.D. y Robins, C.J. (1992). Unipolar depression. En S.M. Turner, K.S. Calhoun y H. E. Adams (eds.), *Handbook of clinical behavior therapy, 2nd ed.* (pp. 99-116)

Craighead, L.W., Craighead, W.E., Kazdin, A.E. y Mahoney, M.J. (1994). *Cognitive and behavioral interventions. An empirical approach to mental health problems*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Dobson, K.S. (Ed.) (1988). *Handbook of cognitive behavioural therapies*. London: Hutchinson.

Dryden, W. (1995). *Brief rational emotive behaviour therapy*. London: Wiley.

D'Zurilla, T.J. (1986). *Problem solving therapy. A social competence approach to clinical interventions*. New York: Springer.

D'Zurilla, T.J. (1988). Problem solving therapies. En K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioural therapies* (pp. 85-135). London: Hutchinson.

D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.

D'Zurilla, T.J. y Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (Eds.), *Advances in cognitive behavioral research and therapy, vol. 1* (pp. 201-274). New York: Academic Press.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel (trad. cast. Desclée de Brouwer, Bilbao, 1980).

Ellis, A. (1989). Comments on my critics. En M.E. Bernard y R. DiDouseppe (Eds.), *Inside rational-emotive therapy: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis* (pp. 199-233). San Diego, CA: Academic Press.

Ellis, A. (1992). My early experiences in developing the practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 7-10.

Ellis, A. (1993a). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist*, 16, 257-258.

Ellis, A. (1993b). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 199-201.

Ellis, A. y Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer (trad. cast.: Desclée de Brouwer, Bilbao, 1989).

Ellis, A. y Grieger, R. (eds.) (1976). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer (trad. cast.: Desclée de Brouwer, Bilbao, 1981).

Ellis, A. y Grieger, R. (eds.) (1986). *Handbook of rational-emotive therapy, vol. 2*. New York: Springer (trad. cast.: Desclee de Brouwer, Bilbao, 1990).

Ellis, A., Young, J. y Lockwood, G. (1987). Cognitive therapy and rational-emotive therapy: A dialogue. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 205-255.

Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed.* (pp. 114-139). New York: Wiley

Frank, J.D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion & Healing. A comparative study of psychotherapy, 3rd ed.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press

Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.

Greenwald, A.G. (1992). New look 3. Unconscious cognition reclaimed. *American Psychologist*, 47, 766-779.

Haaga, D.A.F. y Davison, G.D. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 215-220.

Hawton, K. y Kirk, J. (1989). Problem solving. En K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk y D.M. Clark, *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide* (pp. 406-426). Oxford: Oxford University Press.

Hays, P.A. (1995). Multicultural applications of cognitive-behavior therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 309-315.

Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N.S. Jacobson (ed.), *Psychotherapy in clinical practice: Cognitive and behavioral perspective* (pp. 327-387). New York: Guilford Press.

Heppner, P.P. y Hillerbrand, E.T. (1991). Problem-solving training: Implications for remedial and preventive training. En C.R. Snyder y D.R. Forsyth (eds.), *Handbook of social and clinical psychology* (pp. 681-698). New York: Pergamon Press.

Hollon, S.D. y Beck, A.T. (1986). Research on cognitive therapies. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 3rd ed.* (pp. 443-482). New York: Wiley.

Hollon, S.D. y Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4th ed.* (pp. 428-466). New York: Wiley

Homme, L.E. (1965). Perspectives in psychology. XXIV. Control of coverants, the operants of the mind. *Psychological Record*, 15, 501-511.

Ingram, R.E. y Scott, W.D. (1990). Cognitive behavior therapy. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy, 2nd ed.* (pp. 53-65). New York: Plenum Press.

Kendall, P.C. (1993). Cognitive-behavioral therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 235-247.

Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (Eds.) (1979). *Cognitive behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press.

Kihlstrom, J.F. (1987). The cognitive unconscious. *Science, 237*, 1445-1452.

Kihlstrom, J.F., Barnhardt, T.M. y Tataryn, D.J. (1992). The psychological unconscious. Found, lost, and regained. *American Psychologist, 47*, 788-791.

Korn, Z. (1995). The pivotal role of self in two behavioral psychotherapies. *The Behavior Therapist, 18*, 135-137.

Lazarus, A.A. (1983). *Terapia multimodal*. Buenos Aires: Editorial IPPEM.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer (trad. cast.: Barcelona, Martinez Roca, 1986).

Lega, L. (1991). La terapia racional-emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En V. Caballo (coord.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 475-492). Madrid: Siglo XXI.

Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger (trad. cast.: México, Trillas, 1983).

Mahoney, M.J. (1977). Personal science: A cognitive learning therapy. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Handbook of rational emotive therapy*. New York: Springer (trad. cast.: Bilbao, Desclée de Brouwer, 1981, pp. 369-382).

Mahoney, M.J. (1979). *Self change. Strategies for solving personal problems*. New York: W.W. Norton and Company.

Mahoney, M. J. (1989). Scientific psychology and radical behaviorism: Important distinctions based in scientism and objectivism. *American Psychologist, 44*, 1372-1377.

Mahoney, M. J. (1990). Diatribe is not dialogue: On selected attempts to attack and defend behaviorism. *American Psychologist, 45*, 1183-1184.

Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.

Mahoney, M.J. (1993). Introduction to special section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 187-193.

Mahoney, M.J. y Arknoff, D.B. (1978). Cognitive and self control therapies. En S.L. Gardfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 2nd ed* (pp. 689-722). New York: Wiley.

Marlatt, G.A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.

Marzillier, J.S. (1980). Cognitive therapy and behavioural practice. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 249-258.

McMullin, R.E. (1986). *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: W.W. Norton and Company.

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.

Meichenbaum, D. (1983). *Coping with stress*. London: Century Publ.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon.

Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 202-204.

Meichenbaum, D. y Goodman, J. (1969). The development control of operant motor responding by verbal operants. *Journal of Experimental Child Psychology*, 7, 553-565.

Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 115-157). New York: Plenum Press.

Meichenbaum, D. y Jaremko, M.E. (eds.) (1983). *Stress reduction and prevention*. New York: Guildford Press.

Neimeyer, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 221-234.

Nezu, A.M. (1986). Efficacy of a social problem solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 196-202.

Nezu, A.M. y Nezu, C.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.

Nezu, A.M., Nezu, C.M. y Perri, M.G. (1989). *Problem solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines*. New York: Wiley.

Nezu, A.M. y Perri, M.G. (1989). Social problem solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.

Norcross, J.C. y Newman, C.F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 1-45). New York: BasicBooks.

Prochaska, J.O., Diclemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Rachlin, H. (1994). *Behavior and mind: The roots of modern psychology*. New York: Oxford University Press.

Reda, M. y Mahoney, M. (1984). *Cognitive psychotherapies*. Cambridge, MA: Ballinger.

Robins, C.J. y Hayes, A.M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 205-214.

Rosch, E. (1975). Cognitive representations of semantic categories. *Journal of Experimental Psychology: General*, 104, 192-233.

Sobell, L.C. (1994). AABT coming of middle age. *The Behavior Therapist*, 17, 179-180.

Spivack, G. y Shure, M.B. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real life problems*. San Francisco: Jossey Bass.

Skinner, B.F. (1963). Behaviorism at fifty. *Science*, 140, 951-958.

Skinner, B.F. (1990). Can psychology be a science of mind? *American Psychologist*, 45, 1206-1210.

The Behavior Therapist (1994). Some findings from AABT's membership survey. *The Behavior Therapist*, 17, 14.

The Behavior Therapist (1995). Personalities profile. An interview with David Barlow. *The Behavior Therapist*, 18, 145-148.

Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.

Williams, S.L. (1995). The concept of self is necessary in the scientific study of phobia. *The Behavior Therapist*, 18, 52-55.

Wilson, G.T. y Fairburn, C.G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261-269.

TERAPIA DE CONDUCTA

Francisco J. Labrador y Cristina Larroy
Universidad Complutense de Madrid.

INTRODUCCIÓN

La *Modificación de Conducta* o *Terapia de Conducta* (ambos términos se utilizarán como sinónimos) surge hacia la mitad del presente siglo como una alternativa revolucionaria en el ámbito de la "salud mental". En sus primeros momentos aparece como una revolución frente a los modelos explicativos y procedimientos de intervención en este ámbito, a la vez que como movimiento científico con respuestas más eficaces a las demandas sociales existentes al respecto. Desde sus comienzos se configura como una alternativa innovadora, válida y eficaz, no sólo para explicar los problemas planteados, sino también para aportar soluciones más eficaces a estos problemas.

Las concepciones psicopatológicas y terapéuticas reinantes en esos momentos, tratan de explicar las conductas anormales de las personas aduciendo como causas supuestos aspectos internos a las personas; biológicos o psíquicos según las escuelas. La terapia de conducta supone un cambio radical. En primer lugar, abandona el concepto de "salud mental" (residuo del dualismo cartesiano), por el de "conducta anormal", entendiendo anormal en función de su adaptación al medio ambiente. No se considera que las personas sean "anormales" (o faltas de salud mental), sino que realizan alguna o algunas conductas anormales (en ese sentido de no adaptativas). El objetivo, en consecuencia, se va a centrar en promover el cambio de las posibles conductas desadaptativas, bien reduciéndolas o eliminándolas, bien desarrollando otras alternativas. Este cambio se trata de conseguir mediante técnicas de intervención psicológicas, teniendo en cuenta las características del medio en el que las personas deben llevar esas conductas, pues el objetivo final será que la persona aprenda a adaptarse al medio, físico, social y cultural.

En otros textos se ha abordado con detenimiento y profundidad el surgimiento, desarrollo y consolidación de la terapia de conducta (Kazdin, 1978, 1982; Labrador, 1986, 1990; Cruzado, Labrador y Muñoz, 1993). En el presente texto se tratará de señalar las características básicas de la terapia de conducta, las técnicas de intervención, las áreas de aplicación y, por último, se apuntarán los desarrollos recientes y algunos de los retos actuales de la terapia de conducta.

CARACTERIZACIÓN DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

Modelo de conducta anormal en terapia de conducta. Las conductas de las personas, lo mismo que las de cualquier otro organismo, se llevan a cabo siguiendo determinadas leyes o reglas, no por azar. Estas leyes vienen determinadas por la adaptación de los organismos al medio. Por tanto no puede haber diferencias "cualitativas" entre las conductas, pues todas están regidas por la adaptación al medio, y el organismo que no realiza conductas que le adapten al medio no sobrevivirá.

Pero aunque todas las conductas están regidas por las mismas leyes, las condiciones del sujeto que las emite o del medio en que se emiten (físico o social), hacen que determinadas conductas resulten menos adaptativas que otras, aunque no por ello escapan a las leyes generales que determinan las conductas. En consecuencia, todas las conductas se aprenden, se mantienen y se modifican de acuerdo con los mismos principios o leyes generales. Esto implica que cualquier categorización diagnóstica (ej., esquizofrenia, autismo, etc.) es incorrecta, dado que supone diferencias "cualitativas" y no "cuantitativas" en las conductas de las personas.

Esta concepción supone un cambio radical con respecto a los modelos alternativos de conducta anormal. Ya no se habla de "enfermo mental" sino de un "sujeto normal" (en cuanto que sigue las mismas normas para emitir sus conductas), que presenta una o varias "conductas desadaptativas" (incluyendo el término de conducta en un sentido no restrictivo donde pueden colocarse pensamientos, emociones, respuestas cognitivas en general, etc.). En consecuencia, la intervención debe ir dirigida a modificar esas conductas desadaptativas de las personas.

Características básicas de la terapia de conducta

Las características básicas de este modelo pueden resumirse en las siguientes:

1. Las conductas anormales se adquieren, mantienen y extinguen de acuerdo con las leyes generales que también rigen a las demás conductas consideradas normales. Por la misma razón pueden modificarse de idéntica forma que las conductas normales. También se tiene en cuenta la importancia de factores biológicos, constitucionales o de predisposición, y cuando se constata su valor, se les considera como una base estructural sobre la que operan las leyes que rigen la aparición de las conductas.
2. La labor del terapeuta de conducta se centra en el análisis, evaluación y tratamiento de conductas específicas y sus determinantes, y no en constructos internos o en hipotéticas causas subyacentes no objetivables ni operativizables. Esta labor debe realizarse considerando así mismo las características específicas del sujeto y del medio físico, social y cultural.
3. Se subraya la importancia de la conducta mensurable y se toma ésta como el objeto de referencia. El término mensurable no siempre significa conducta manifiesta, de hecho algunos de los seguidores de este modelo se han interesado por constructos internos o respuestas encubiertas tales como por ejemplo la ansiedad o los procesos cognitivos. Casi cualquier conducta puede ser el objeto de estudio siempre y cuando exista una manera aceptable de medición.
4. El proceso de diagnóstico consiste en la evaluación continua de los repertorios conductuales (alterados y no alterados) del sujeto. Dicha evaluación implica el estudio de las conductas y las variables específicas o determinantes que controlan su

aparición. Se desestima el uso de etiquetas globales o categorías diagnósticas al no precisar información sobre las características específicas (conductas y determinantes) que el problema alcanza en un determinado individuo.

5. El objetivo de la intervención será instalar una(s) conducta(s) que el sujeto no tiene o sustituir la(s) que tiene por otra(s) más adecuada(s). Se trata de producir un cambio conductual observable y medible, directa o indirectamente, en cualquiera de las tres modalidades de respuesta: motoras, fisiológicas y cognitivas. Para lograrlo se hace necesario especificar de manera clara, precisa y estructurada los objetivos específicos de cada intervención, el tipo de ésta, las condiciones en que se va a llevar a cabo y la forma en que se investigará y evaluará su eficacia.

6. La intervención puede dirigirse no sólo a modificar de forma directa las conductas del sujeto, sino también el medio físico o social de éste como forma de modificar sus conductas.

7. Es un enfoque centrado en el aquí y ahora, el énfasis se coloca en los determinantes actuales del comportamiento. La historia pasada es relevante en la medida en que informa de variables que influyen en la conducta presente.

8. Partiendo de esta base teórica común, el terapeuta de conducta debe adaptar su actuación a las características individuales del cliente y su medio, diseñando y aplicando en cada caso un programa de intervención específico para modificar las conductas específicas o las condiciones del medio objeto de intervención. El objetivo no es modificar al "sujeto en sí" sino sus conductas, sea una o varias, de manera secuencial o simultánea.

9. Los procedimientos de intervención han de ser evaluados de forma experimental y demostrar su eficacia. Es necesario establecer tanto la eficacia de técnicas o programas de intervención, como de cada uno de los componentes incluidos. Dicha eficacia se evaluará en función de los cambios objetivos producidos en la(s) conducta(s) de la persona, tanto a corto como a medio y largo plazo, haciendo especial hincapié en su generalización a la vida ordinaria.

10. Los conocimientos, métodos y procedimientos de la psicología experimental se emplean como base fundamental para ampliar el conocimiento acerca de la etiología de la conducta, su evaluación, desarrollo y modificación. Se hace especial énfasis en el uso del método experimental tanto para el desarrollo de modelos explicativos como de procedimientos de intervención.

Estas características comunes han permitido, no obstante, diferentes desarrollos en función tanto de los tipos de conductas "anormales" abordadas como de las técnicas o procedimientos de intervención utilizados. Tradicionalmente se han tratado de señalar orientaciones o líneas diferenciales de actuación dentro de la terapia de conducta, considerándose cuatro orientaciones básicas: análisis conductual aplicado, orientación conductista mediacional, orientación basada en el aprendizaje social y terapia cognitiva-conductual (Labrador, 1990). En la actualidad parece difícil distinguir estas cuatro orientaciones, dándose más bien una cierta confluencia de esfuerzos, recursos y procedimientos en los problemas establecidos, a la vez que una gran dispersión en los procedimientos conforme se abordan nuevos campos o problemas.

Como definición de terapia de conducta se recoge la presentada por Labrador (1986 y 1990): "Aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las

conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas" (Labrador, 1990, p. 30).

Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque:

a) la fundamentación en la psicología experimental, b) la aplicación tanto al campo clínico como no clínico (por la similitud de principios que gobiernan la conducta normal y anormal), c) la insistencia en la evaluación objetiva y d) el énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA DE CONDUCTA

Uno de los aspectos más destacados y destacables de la terapia de conducta ha sido el desarrollo de procedimientos de intervención sistematizados y breves (al menos en comparación con los propuestos desde acercamientos alternativos), que además han demostrado de forma reiterada su eficacia, tanto en general, como de forma específica en los diferentes ámbitos de aplicación.

La aparición de estas técnicas y su presentación sistematizada en "Manuales de técnicas", ya desde finales de los sesenta (Wolpe y Lazarus, 1966; Franks, 1969; Wolpe, 1969; Bandura, 1969; Rimm y Master, 1974; Ladouceur, Bouchard y Granger, 1977; Wilson y O'Leary, 1980; Mayor y Labrador, 1984; Dobson, 1988; Caballo, 1991; Kanfer y Goldstein, 1991; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993), supone un nuevo hito en la psicología clínica. Es la primera vez que se presenta un conjunto amplio y sistematizado de técnicas de intervención, explicitándose además de manera pormenorizada la forma de actuación. Esta forma de abordar el aprendizaje del quehacer profesional de los psicólogos clínicos desde una perspectiva científica es así mismo revolucionaria frente al desarrollado por acercamientos alternativos, en los que este aprendizaje se aproxima a ritos iniciáticos o noviciados. El resultado, treinta años después, puede resumirse señalando que en la actualidad, cualquier psicólogo, con independencia de sus orientaciones teóricas o escuela de adscripción, dispone al menos de un manual de técnicas de modificación o terapia de conducta. Más aún, utiliza en alguna ocasión (o habitualmente) estas técnicas, aunque, como se ha indicado, su orientación teórica o modelo de referencia sea muy diferente al modelo conductual que las ha desarrollado.

Quizá este éxito tan espectacular de las técnicas haya conllevado así mismo algunos problemas. Entre ellos es de destacar el uso de estas técnicas desde una perspectiva tecnológica y no científica. Es decir, se considera que lo fundamental para abordar y solucionar un problema es aplicarle una técnica, y con frecuencia se ha establecido como objetivo tratar de establecer cuál es la técnica adecuada para cada problema concreto. Algo necesario si se aborda el uso de estas técnicas fuera del contexto teórico de referencia.

Obviamente esta forma de actuación es completamente contraria al quehacer propio de la terapia de conducta, cuyo punto de partida fundamental para realizar una intervención es una evaluación que permita identificar no sólo las conductas problemáticas y recursos de la persona, sino también los determinantes específicos de estas conductas. A partir de aquí, como ya se ha expuesto, habrá que diseñar un procedimiento de intervención así mismo específico para ese caso concreto.

No obstante, y aun teniendo en cuenta éste y otros problemas, no cabe duda de que el desarrollo de las técnicas de intervención en terapia y modificación de conducta ha supuesto un importante paso adelante en este ámbito. Treinta años después no sólo se mantienen en uso las técnicas inicialmente desarrolladas sino que además el número de técnicas disponibles se ha incrementado de forma significativa.

Las primeras técnicas (técnicas operantes, desensibilización sistemática, técnicas aversivas, etc.) se desarrollaron a partir de la teoría del aprendizaje. Pero, posteriormente, conforme se han ido abordando otros problemas y ámbitos de intervención y allí donde la teoría del aprendizaje no era capaz de dar explicación o aportar soluciones a éstos, se han ido necesitando y desarrollando nuevas técnicas al margen de esta teoría. Así han ido apareciendo técnicas de biofeedback, técnicas de autocontrol, psicoterapias racionales, terapias de solución de problemas, etc. Algunas de estas nuevas técnicas se han generado dentro de la propia terapia de conducta, pero otras han sido técnicas desarrolladas de forma colateral, que posteriormente se han ido agregando a ésta. De estas técnicas, algunas presentan una sólida justificación y fundamentación teórica, en otras este apoyo teórico es más escaso, echándose de menos con frecuencia un modelo teórico claro de referencia que permita explicar el por qué funcionan dichas técnicas, ofreciéndose en su lugar explicaciones a posteriori sobre los mecanismos implicados en la eficacia de las mismas, con frecuencia muy cuestionables. Pero sea cual sea la forma en que se generaron las técnicas, todas ellas han de cumplir el requisito de haber demostrado experimentalmente la eficacia real de su actuación. Este requisito metodológico parece, al cabo de los años, el único relevante para la inclusión de una técnica entre las denominadas técnicas de modificación de conducta: haber demostrado experimentalmente su efecto sobre las conductas de las personas.

Resumiendo estos aspectos puede resaltarse que el avance en el desarrollo de las técnicas de modificación de conducta ha sido un avance eminentemente empírico, como por otro lado es habitual en una ciencia aplicada. Los profesionales han tenido que solucionar problemas cotidianos, problemas que no podían ser explicados aún por las teorías científicas existentes. Había que hacer algo para solucionar el problema concreto, y se han puesto a desarrollar procedimientos, a veces con cierto apoyo científico o a veces de forma intuitiva. Ha habido fracasos, pero los éxitos han permitido la aparición y consolidación de técnicas eficaces para lidiar con algunos problemas, aunque las explicaciones científicas del por qué de su eficacia no estuvieran claras en ese momento. Afortunadamente, el sometimiento a una metodología experimental para demostrar la eficacia de las técnicas ha permitido que este avance sea consistente y acumulativo. Es difícil recoger la gran cantidad de técnicas que se incluyen dentro de la terapia de conducta, y mucho menos tratar a todas ellas de forma pormenorizada. Por eso ha parecido más adecuado, para las características de este capítulo, establecer una clasificación o agrupación de técnicas, aun a sabiendas de que sólo se hará referencia a una parte de ellas, las consideradas más importantes. Se ha distinguido entre técnicas generales, o de uso en diferentes problemas, de técnicas específicas para un problema concreto o grupo reducido de éstos.

1. Técnicas generales

a) *Técnicas de control de la activación*: Relajación diferencial o progresiva. Entrenamiento autógeno. Técnicas de control de la respiración. Técnicas de biofeedback. Hipnosis. Terapia de autorregulación. Otras técnicas: control mental, yoga, meditación trascendental, etc. b) *Técnicas de exposición*: Desensibilización sistemática. Inundación. Exposición guiada. Autoexposición. c) Técnicas basadas en el condicionamiento operante: Reforzamiento positivo y negativo. Moldeamiento. Encadenamiento. Control de estímulo. Desvanecimiento. Extinción operante. Tiempo fuera de reforzamiento. Costo de respuesta. Saciedad. Sobrecorrección. Refuerzo diferencial de otras conductas. Programas de economía de fichas. Contratos conductuales. d) *Técnicas aversivas*: Castigo. Procedimientos de escape. Procedimientos de evitación. Condicionamiento clásico con estímulos aversivos. e) Técnicas de autocontrol f) Técnicas de condicionamiento encubierto o imaginario: Sensibilización encubierta o imaginaria. Modelado encubierto o imaginario. Otras técnicas: refuerzo positivo encubierto, extinción encubierta, etc. g) Psicoterapias racionales: Terapia racional emotiva. Reestructuración cognitiva. h) Terapia cognitiva de Beck. i) Ciencia personal. j) Técnicas de afrontamiento: Inoculación del estrés. Entrenamiento en manejo de la ansiedad. Detención de pensamiento. Administración de tiempo. Técnicas de autoinstrucción. Intención paradójica. Técnicas de focalización de la atención. k) Técnicas de solución de problemas. l) Terapia cognitivo-estructural. m) Entrenamiento en habilidades sociales.

2. Técnicas específicas

Entrenamiento en cama seca. Condicionamiento con "pipi-stop". Práctica masiva. Fumar rápido. Técnica de retención del humo. Focalización sensorial y sexual. Técnica de parada y arranque. Técnicas de compresión y compresión basilar. Recondicionamiento del orgasmo. Técnicas de autoestimulación. Técnica de sombreado vocal. Técnica de lectura rítmica. Programación de actividades. Terapia de burla o ridículo. Técnicas de entrenamiento en aserción.

Como puede verse el número de técnicas es elevado, lo que ha facilitado de forma importante el quehacer y las disponibilidades del terapeuta de conducta. No obstante, conviene insistir en que las técnicas son sólo instrumentos auxiliares y que el aspecto central de terapeuta de conducta es el diseño de un programa de acción individualizado a partir de la adecuada evaluación y formulación del problema.

Tabla 1. Principales técnicas operantes y sus efectos

Técnica	Definición	Efectos sobre la conducta y condiciones de aplicación
Extinción	Consiste en dejar de dispensar reforzamiento a una conducta previamente reforzada. (Por ej., dejar de prestar	- Incremento inicial de la tasa e intensidad de la respuesta - Posteriormente, reducción gradual de la

	atención cuando un niño grita)	conducta - Al cabo de un tiempo la conducta puede volver a aparecer (recuperación espontánea)
Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles o alternativas	Consiste en reforzar una conducta que es incompatible o alternativa a la que se desea eliminar. (Por ej., reforzar cuando en lugar de garabatear la hoja el niño realiza problemas de matemáticas en su cuaderno)	- Reducción gradual de la conducta indeseable e incremento de la deseable - A veces hay problemas en la selección de la conducta incompatible o alternativa - Si ésta no existe es necesario instaurarla previamente
Tiempo fuera de reforzamiento	Consiste en retirar el acceso a las fuentes de reforzamiento durante un período de tiempo, de forma contingente a la emisión la conducta. Se aplica cuando sabemos lo que controla la conducta pero no podemos eliminarlo. (Por ej., las gracias de Juan en clase se mantienen por las risas de sus compañeros. En este caso el tiempo fuera de reforzamiento consistiría en hacer salir a Juan de la clase durante un período de tiempo, de forma contingente a decir una gracia).	- Reducción efectiva y relativamente rápida de la conducta - El período de tiempo fuera debe ser breve (máximo 15 minutos) - Es necesario preparar el lugar donde el sujeto va a estar, cuidando de que no haya reforzadores a mano - No se debe aplicar en conductas autoestimulatorias ni autolesivas. - Hay que cuidar que no sirva para que el sujeto evite situaciones aversivas
Costo de Respuesta	Consiste en retirar cantidades específicas de reforzadores de forma contingente con la emisión de la conducta que se desea reducir.	- Produce una reducción rápida y eficaz de la conducta. - Al ser un procedimiento aversivo produce algunos efectos secundarios indeseables

	(Por ej., una multa de tráfico).	<ul style="list-style-type: none"> - Para aplicarlo no es necesario conocer qué es lo que refuerza la conducta - Su aplicación resulta muy útil cuando hay en marcha un programa de economía de fichas para aumentar conductas.
Sobrecorrección	<p>Consiste en que el sujeto realice un esfuerzo que remedie (en exceso) las consecuencias negativas de la conducta desadaptada (sobrecorregir).</p> <p>Dos componentes básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restitución: exige que el cliente restituya el daño ocasionado y sobrecorrija o mejore el estado original de las cosas. (Por ej., si la conducta es escupir la comida, la restitución consistiría en limpiar lo que se ha manchado y además otras partes de la cocina que no han sido manchadas.) - Práctica positiva: consiste en la ejecución repetida de conductas apropiadas físicamente incompatibles con las indeseables (Por ej., en el caso de autoestimulaciones, la practica positiva puede ser obligar a realizar ejercicios físicos incompatibles). 	<ul style="list-style-type: none"> - Produce una eliminación relativamente rápida - Es útil para conductas que producen una alteración importante del medio - Facilita el aprendizaje de conductas adecuadas alternativas a las que se quiere eliminar
	Implica la presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Produce una reducción rápida pero poco duradera

Saciación	repetida de un estímulo muy reforzador para el cliente, en un lapso de tiempo pequeño, hasta que el estímulo pierda su valor reforzante.	de la conducta <ul style="list-style-type: none"> - La conducta se mantiene por refuerzo identificable material o es una actividad claramente especificada - La conducta no es peligrosa - La extinción y los enfoques positivos no son aplicables
Castigo	Consiste en la presentación de un estímulo aversivo de forma contingente a una conducta. (Por ej., dar una bofetada cuando el niño insulta)	<ul style="list-style-type: none"> - Produce una reducción rápida y completa de la conducta. - Provoca reacciones negativas en el sujeto castigado (agresividad, reacción de escape, etc..) - Debe aplicarse durante períodos breves de tiempo para que no se produzca adaptación. - Debe ser intenso - Debe aplicarse cuando otros procedimientos menos aversivos han fracasado

Tabla 2. Principales técnicas de biofeedback y sus aplicaciones.

Tipos de biofeedback	Respuesta de la que informa	Trastornos en los que se aplica
Biofeedback EMK	Informa de la actividad del músculo o grupo muscular sobre el que están colocados los electrodos (siempre 3	- Trastornos que implican exceso de tensión muscular: cefaleas, lumbalgias, espasticidad, tortícolis,

	electrodos de superficie que se colocan a lo largo del músculo).	tartamudeo, calambre del escribiente, escoliosis, bruxismo, tics, hipertonías musculares, nivel de activación elevado, etc, - Trastornos que implican déficit en la tensión muscular: parálisis cerebral, hipotonías musculares, hemiplejías, parálisis faciales, pie caído y pie equinovaro, escoliosis, ...
Biofeedback de temperatura	Informa de la temperatura periférica de la zona del cuerpo en la que esté ubicado el sensor. Dado que la temperatura de la piel depende en gran parte del riego sanguíneo de la zona subyacente, con frecuencia se ha utilizado esta medida como estimación indirecta de la circulación periférica.	-Trastornos vasomotores: cefaleas migrañosas, impotencia, Raynaud, dermatitis, asma (cambios en temperatura del aire en la nariz) - Como ayuda al entrenamiento en relajación (entrenando en incrementar la temperatura periférica).
Biofeedback de respuesta	Informa de la respuesta de conductancia de la zona de la piel en la que están colocados los electrodos (habitualmente las falanges 1ª ó 2ª de los dedos índice y corazón). Dado que los valores de la conductancia dependen del nivel de activación del Sistema Nervioso Simpático,	-Trastornos asociados a una elevada activación simpática, o aquellos en los que una reducción de ésta se supone que tendrá efectos

<p>electrodérmica (RED)</p>	<p>es un buen índice del nivel general de activación.</p>	<p>beneficiosos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es indicado en la mayoría de los trastornos psicofisiológicos (asma, insomnio, disfunciones sexuales, cefaleas, taquicardias...), si bien han sido especialmente utilizados en trastornos de hipertensión y ansiedad. - Cómo ayuda al entrenamiento en relajación (entrenando a reducir el nivel de conductancia).
<p>Biofeedback EEG</p>	<p>Informa sobre la actividad eléctrica de la corteza cerebral situada bajo los electrodos.</p>	<p>-Trastornos en los que se supone que una modificación de determinado patrón o ritmo eléctrico cortical será beneficioso:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) BF-EEG de ritmos alfa: <ul style="list-style-type: none"> insomnio, ansiedad, dolor crónico b) BF-EEG de ritmos theta: <ul style="list-style-type: none"> insomnio c) BF-EEG de ritmo sensoriomotor: <ul style="list-style-type: none"> epilepsia
		<p>- Trastornos en los que se</p>

<p>Biofeedback de frecuencia cardiaca</p>	<p>Informa del número de latidos cardíacos por unidad de tiempo, permitiendo identificar tanto la frecuencia como la regularidad del latido cardíaco.</p>	<p>supone que una modificación del ritmo cardíaco tendrá efectos beneficiosos (de forma directa o indirecta): taquicardias, bradicardias, arritmias, contracciones ventriculares prematuras, Wolf Partkinson White, hipertensión, ansiedad.</p>
<p>BF de presión sanguínea: Existen varios procedimientos alternativos: BF de presión sistólica</p> <p>-----</p> <p>BF de velocidad de onda de pulso</p> <p>-----</p> <p>BF de tiempo de transito del pulso</p>	<p>Es el procedimiento más tradicional. Para ello se utiliza el manguito de presión hasta una presión que sólo deja pasar la sangre en el 50% de las fases sistólicas. El sujeto debe entrenarse en disminuir la presión arterial consiguiendo que disminuya ese índice del 50% (rara vez el entrenamiento se dirige a aumentar la presión).</p> <p>-----</p> <p>Informa del tiempo que tarda en recorrer cada pulso sanguíneo el espacio entre dos sensores de presión colocados habitualmente en la arteria humeral el primero y en la radial el segundo. Es una medida indirecta de la presión (a mayor presión menor velocidad)</p> <p>-----</p> <p>Informa también de la velocidad del pulso sanguíneo, si bien en este caso la primera medida es la onda R del lectrocardiograma y la segunda la presión del pulso</p>	<p>Hipertensión</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

	en la arteria radial.	
BF de volumen sanguíneo	Informa de la cantidad de sangre que pasa por un determinado vaso sobre el que está colocado el sensor o, alternativamente, de la dilatación que alcanza éste. (bien mediante pletismografía volumétrica, bien, más usualmente, fotopletismografía)	- Trastornos vasculares: Raynaud, migrañas, hipertensión, impotencia...
BF electrokinesiológico	Informa acerca de un determinado movimiento. Por ejemplo, puede dar información sobre el grado de apertura que se alcanza con la extensión de una determinada articulación.	- Trastornos en los que se ve afectado algún movimiento (con frecuencia una alternativa al BF EMG): pie caído y pie equinovaro, rehabilitación muscular de los miembros....
BF de presión:	Informa de la presión que se ejerce por parte de determinada zona del cuerpo del sujeto sobre un artificio preparado al efecto.	- Esfínteres anales: incontinencia fecal - Músculos del cuello del útero: dismenorrea, recuperación posparto. - En el ámbito deportivo se ha utilizado para la mejora de movimientos.

Como complemento de esta enumeración de técnicas y a modo de ejemplo, se incluyen dos tablas en las que se desarrollan, en la primera, las principales técnicas operantes, indicando en qué consisten y qué efectos producen sobre las conductas.

En la segunda se exponen las principales técnicas de biofeedback y los trastornos a los que se han aplicado.

ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE CONDUCTA

Aunque tradicionalmente el ámbito más relevante de la terapia de conducta ha sido, y es, el ámbito clínico, la expansión teórica y técnica que la ha caracterizado en los últimos años ha propiciado la diversificación de sus aplicaciones a ámbitos no estrictamente clínicos (organizaciones industriales, colegios, instituciones de distinto tipo, etc.) y el abordaje de áreas apenas tratadas anteriormente, como el campo deportivo o la psicología ambiental. A continuación, se comentan estas áreas organizándolas en apartados.

Área clínica y de la salud

Dentro de esta área, la más importante por las investigaciones, publicaciones y consultas que genera, se incluyen los trastornos tradicionalmente abordados por la psicología clínica y las nuevas aportaciones desarrolladas por la *Psicología de la Salud*. La psicología de la salud abarca las conductas y determinantes conductuales implicados en la salud, considerada ésta como una dimensión que abarca desde la falta total a su máximo valor. Supone un modelo de salud en el que la etiología de los problemas orgánicos (sin separación físicos-psíquicos) es multifactorial y requiere soluciones interdisciplinares, e incide en la prevención y en la promoción de la salud (Echeburúa, 1993). Para algunos es un término que comprende y amplía al de "Psicología Clínica" tradicional, pues abarca el estudio no sólo de los factores que inciden negativamente en la salud, sino también de los factores que son positivos y que la promueven (Maciá y Méndez, 1988; Buceta y Bueno, 1990).

Lo característico de esta área es el tratamiento de problemas de conducta cada vez más complejos. Se perfeccionan las intervenciones iniciales de la terapia de conducta con objeto de dotar al sujeto de una gama más amplia de habilidades para enfrentarse al medio en el presente y en el futuro. Las intervenciones, por tanto, adquieren un carácter tanto paliativo como preventivo, y se generaliza la utilización de personas próximas al cliente como coterapeutas, facilitándose así la intervención en el propio medio del sujeto.

Evidentemente, los trastornos clínicos considerados "tradicionales" (obsesiones, ansiedad, fobias, depresión y disfunciones sexuales) siguen siendo los trastornos que generan mayor número de trabajos científicos (y de consultas clínicas), pero paulatinamente cobran relevancia las conductas esquizofrénicas, la rehabilitación de los enfermos mentales crónicos (Liberman, 1993), conductas autistas y psicosis infantiles (Lovaas *et al.*, 1990), los trastornos de la alimentación (Chiodo, 1985; Note, 1991; Saldaña, 1994) o la pediatría conductual (Lutzker y Lamazor, 1985; Elder *et al.*, 1989).

También en los últimos años hay que destacar el incremento en las intervenciones sobre conductas adictivas, tanto por lo que se refiere a las drogas legales (alcohol, tabaco, juego), como a las ilegales (opióceos, cocaína), así como el juego patológico (adicción sin sustancia química). Con respecto a las adicciones a opiáceos, y dentro de nuestro país (Graña, 1990; Graña, 1994), se han descrito y revisado las teorías explicativas; se ha planteado, desde una perspectiva aplicada, cómo realizar la evaluación de las drogodependencias; se han propuesto modelos de intervención psicosocial; se han desarrollado tratamientos individualizados, grupales y dirigidos a la familia; y, por último, se han diseñado procedimientos de intervención en prevención de recaídas. Respecto al juego patológico es de señalar el monográfico de la revista *Psicología Conductual* (Vol. 1, No. 3, 1993), en el que se recogen aportaciones de los principales investigadores en este campo.

El estudio, evaluación e intervención en las conductas de adicción al alcohol han seguido derroteros similares (García, 1994a,b), amén de diseñarse y llevarse a cabo programas de consumo controlado (Echeburúa, 1990). Los programas basados en el condicionamiento operante (que comprenden consejo marital, planificación de actividades y tiempo libre, entrenamiento en resistencia a la presión social de beber, etc.) y el entrenamiento en habilidades sociales, han mostrado su efectividad en el tratamiento del alcoholismo.

También se han revisado las teorías explicativas del tabaquismo, y se ha abordado su evaluación y tratamiento (Becoña, 1994a,b,c). Los programas multicomponentes que incluyen técnicas operantes (contratos de contingencias, saciedad y técnicas de fumar rápido) y entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones o apoyo social, se han mostrado como la elección terapéutica con mayor probabilidad de éxito. Por último, el desarrollo de programas comunitarios, supone una opción interesante por su buena relación coste-eficacia (Becoña, 1994c).

El abordaje de los trastornos más "tradicionales" por parte de la terapia de conducta ha dado como resultado el establecimiento de unas bases teóricas y conceptuales y unas estrategias de evaluación y tratamiento realmente eficaces.

La intervención en la depresión se ha desarrollado en el marco de los enfoques cognitivos y conductuales. La evaluación ha ido dirigida a establecer los síntomas depresivos, los desórdenes cognitivos relacionados (distorsiones cognitivas, ideas irracionales, expectativas negativas, atribuciones causales), y los correlatos conductuales (en especial, el número de actividades agradables y desagradables que se llevan a cabo), que son esenciales para la planificación del tratamiento. El proceso se completa, si es necesario, con la evaluación de síntomas maníacos (Vázquez, 1995). El tratamiento sigue las líneas de la evaluación y suele consistir en una combinación calibrada individualmente de estrategias cognitivas y conductuales para afrontar los síntomas detectados en la evaluación (Thase, 1993). Entre las primeras, suelen utilizarse la reestructuración cognitiva y la terapia racional emotiva; entre las segundas, la planificación de actividades agradables y los programas operantes para incrementar el nivel de actividad general del paciente. La intervención cognitivo-conductual se ha mostrado más efectiva que otros enfoques terapéuticos (dos tercios de los sujetos tratados se benefician de ella) y obtiene resultados similares al tratamiento farmacológico (Persons, 1993). Este autor señala que, posiblemente, el tratamiento más efectivo sería la combinación de medicación y terapia cognitivo-conductual.

También los trastornos de ansiedad (fobias específicas, agorafobia, ansiedad generalizada y trastornos obsesivos y compulsivos), han sido abordados por la terapia de conducta, que se ha mostrado como el acercamiento más eficaz para su evaluación y tratamiento, tanto en adultos (Marks, 1991; Cruzado, 1993) como en niños (Echeburúa, 1993; Bragado, 1994). La aportación de la terapia de conducta al estudio de estos trastornos incluye la formulación de numerosos modelos explicativos, el desarrollo de instrumentos específicos de evaluación de los trastornos de ansiedad (Miguel, 1995) y el establecimiento de diversos programas de tratamiento (basados, fundamentalmente, en distintas técnicas de exposición, en vivo o en imaginación, con o sin prevención de respuesta; modelado participativo y técnicas cognitivas como la parada de pensamiento). El interés actual de la investigación en este campo se centra en: a) determinar los mecanismos de actuación de las terapias de exposición y prevención de respuesta; b) identificar variables de pronóstico; c) delimitar la aplicación de la exposición y prevención de respuesta en pacientes con obsesión sin compulsión; y, d) precisar en qué medida

factores interpersonales, como el apoyo familiar, participan en el curso de la terapia (Vázquez, 1995).

Otro ámbito abordado tradicionalmente por la terapia de conducta es el de las disfunciones sexuales. A partir de los programas de Masters y Johnson, se han desarrollado numerosas intervenciones cuya efectividad (una media del 80% de las parejas tratadas, en intervenciones de duración breve y mantenimiento de las ganancias terapéuticas durante, al menos, dos años) señalan a las terapias sexuales (en realidad un conjunto de procedimientos que podrían identificarse como cognitivo-conductuales) como el tratamiento de elección para las disfunciones sexuales. Estas pueden hacer referencia a problemas tales como la impotencia, la eyaculación precoz, la retardada, la dispareunia o el vaginismo. Las intervenciones, muy variadas, en función de la evaluación, pueden incluir ejercicios de focalización sensorial, técnicas de biofeedback, desensibilización sistemática, recondicionamiento al orgasmo, técnicas de autosugestión, etc. (Labrador, 1994). La excepción es el problema de la falta de deseo sexual; para él no se han desarrollado aún soluciones ni tan breves ni tan eficaces.

El área clínica ha experimentado importantes modificaciones en los últimos años. Así, por ejemplo, se retoma el interés, por las habilidades del terapeuta (Vallis y cols., 1988; Zaslav, 1988; Ruiz y Villalobos, 1994); y, sobre todo, comienzan a ser muy importantes otros nuevos ámbitos de aplicación: la medicina conductual (incluida en el nuevo constructo de la psicología de la salud) y, vinculada al anterior, la psicología comunitaria. Relacionada con estos dos, se expande también con fuerza otra área de la psicología clínica: el ámbito del bienestar personal. De acuerdo con la definición del término "salud" establecida por la O.M.S. (estado de bienestar físico, psíquico y social) este ámbito de trabajo hace referencia a las conductas asociadas con el desarrollo de las posibilidades de los individuos, a fin de que se sientan saludables y que gocen de un determinado nivel de bienestar (Labrador, 1990).

La subárea más importante, tanto por la cantidad de conductas que abarca como por la diversidad de ambientes en que se ha de poner en práctica y el elenco de trabajos que ha generado es la de habilidades sociales. Además, existe una estrecha relación entre los déficits en estas habilidades y las posibilidades de sufrir un trastorno psicopatológico (Gil, 1993). Conductas como hablar en público, negarse a demandas poco razonables, concertar citas o ser capaz de mantener una conversación, son cada vez socialmente más importantes y generan cada vez un mayor número de consultas. Su importancia queda reflejada en el extenso número de publicaciones que tratan sobre estos problemas, tanto en poblaciones normales (Badós, 1990; Gil, 1993) como en grupos "especiales": delincuentes, pacientes psiquiátricos, etc. (Puente *et.al.*, 1991; Puente y Crespo, 1995).

En general, el campo de intervención, muy amplio, tiene como característica el objetivo terapéutico de lograr que el individuo se "sienta bien", desarrolle sus posibilidades y disfrute. La falta de estructuración del área y los problemas metodológicos de muchos de los trabajos son los ángulos débiles de esta área que, por otro lado, posiblemente sea una de las de mayor expansión de la modificación de conducta en los próximos años en las sociedades avanzadas (Labrador, 1990).

Dentro del área de la salud, la medicina conductual ha experimentado un rápido desarrollo durante estos años debido a distintas causas, entre las que se señalan: el reconocimiento de que los factores psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina; la aceptación de que el psicólogo clínico no tiene que reducir necesariamente su actividad a los problemas psicopatológicos; el reconocimiento de que la psicología puede suministrar concepciones propias sobre la salud y sus

problemas; el éxito de las técnicas operantes en el tratamiento de problemas relacionados con la salud; la eficacia de los métodos de biofeedback en determinados trastornos (como las cefaleas); el papel, constatado por los médicos, de factores psicológicos en el agravamiento y mejoría de enfermedades graves y/o crónicas; el interés por una ciencia que puede abaratar considerablemente los costos sanitarios y farmacológicos que supone el tratamiento de determinadas enfermedades; y el creciente compromiso de los ciudadanos, interesados en asumir un papel activo y responsable en el control de los factores que afectan a su salud (Rachman, 1980; Agras, 1982).

Un área en creciente expansión dentro de la medicina conductual es la de los "trastornos asociados o producidos por el estrés" (Labrador y Crespo, 1993), que en el DSM-IV se recogen dentro de "factores psicológicos que afectan al estado físico". La conceptualización de la etiología de estos trastornos ha variado y actualmente, se consideran éstos consecuencia del estilo de vida del sujeto, por lo que los objetivos de intervención se centran en la modificación de los patrones conductuales con los que el sujeto hace frente a su medio habitual.

Este cambio conceptual ha permitido el acercamiento de la modificación de conducta a un elevado número de trastornos de enorme importancia sanitaria y social. Este movimiento ha sido ampliamente recogido en nuestro país. Algunos de los trastornos estudiados son los siguientes: el estrés (Labrador, 1988, 1989, 1992; Labrador y Crespo, 1993; Labrador, Crespo y Cruzado, 1995); las cefaleas (Vallejo y Labrador, 1984; Vallejo y Larroy, 1987; Labrador y Puente, 1988, 1996; Comeche *et al.*, 1995); la dismenorrea primaria (Iglesias *et al.*, 1987; Larroy, 1991, 1993; 1995), el asma (Cluss, 1986; Vázquez y Buceta, 1990); la hipertensión esencial (Fernández-Abascal, 1987, 1993; Amigo y Buceta, 1990); los trastornos cardiovasculares (Vila *et al.*, 1988; Bueno y Buceta, 1990); los trastornos de la alimentación (Saldaña y Rosell, 1988; Toro y Vilardell, 1987; Raich, 1994); trastornos gastrointestinales (Vera y Fernández, 1990); el insomnio (Buceta, 1987; Morin, 199; Buela y Sierra, 1994), la odontología conductual (adquisición de higiene bucal, por ejemplo; Rugh y Leuske, 1984; Melamed y Bennet, 1986); problemas oncológicos (Bayés, 1985; Ibañez, 1989; Polaino y Pozo, 1990; Cruzado y Olivares, 1996); SIDA (Calvo, 1990); psiconeuroinmunología (Kielcot-Glaser y Glaser, 1992), diabetes (Cox y Gonder-Frederick, 1992; Polaino y Gil, 1994) y un largo etcétera.

También se han desarrollado programas dirigidos a facilitar el trabajo de otros profesionales de la salud: por ejemplo, programas para ayudar al paciente a enfrentarse a intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones prolongadas (Kendall, 1983; Polaino y Lizasoain, 1990), para contrarrestar los efectos aversivos de algunas intervenciones médicas (Lyles *et al.*, 1982; Blasco y Bayés, 1990; Hegel y Alhes, 1992); o para facilitar el cumplimiento de los tratamientos médicos prescritos (Labrador y Castro, 1987; Hegel *et al.*, 1992). Asimismo, se han desarrollado programas de prevención, como son los destinados a la prevención del cáncer de mama (Pennypacker *et al.*, 1982; Ibañez, 1991), la de la dismenorrea primaria (Larroy, 1991) o la de enfermedades coronarias (Sánchez-Elvira y Bermúdez, 1990). Así, puede decirse que en muchas ocasiones las técnicas de la medicina conductual sustituyen un medicamento; en otras, hacen más segura su administración, y en otras, evitan que éste se haga necesario.

Una limitación que presentan los trabajos de medicina conductual, quizá debido a su rápido crecimiento, es la carencia de investigación adecuada (Agras, 1982). Gran parte de los trabajos publicados en esta área incumplen uno o varios requisitos metodológicos, carecen de replicaciones y no obtienen o no informan de datos sobre generalización y mantenimiento de los cambios conductuales obtenidos. Se pone de

manifiesto la masiva utilización de estudios de caso lo que se justifica por tratarse de trastornos consolidados, cuyo tratamiento psicológico, en muchos casos, se encuentra en una fase temprana de exploración.

Psicología comunitaria

Estrechamente relacionada con el área anterior, cobra cada vez mayor relevancia por la importancia progresiva que se concede al medio como causante o determinante de la conducta humana. La consideración de que el estilo de vida está implicado en numerosos trastornos, que figura en la mitad de las diez primeras causas de muerte de la población (Hamburg, 1982), y que comporta factores de riesgo identificados para diversas patologías (consumo de tabaco, alcohol o drogas, dietas desequilibradas, ejercicio insuficiente, etc.) ha puesto de manifiesto la necesidad de la evaluación ambiental y de la delimitación de los factores de riesgo para la salud individual y comunitaria .

Para Fernández-Ballesteros y Carrobles (1988), la comunidad es el marco donde debe desarrollarse la salud, porque: a) es en la comunidad donde se aprenden los hábitos sanos e insanos y el control de los mismos; y b) las redes de apoyo sociales son, de hecho, factores protectores de la salud. De acuerdo con esto, y siguiendo el modelo de competencia de Costa y López (1986), el profesional debe dotar al ciudadano de las técnicas necesarias para convertirlo en agente activo de su propia salud (incluso en el nivel preventivo) y conseguir que promueva la salud en su propia comunidad o sector (Fernández, 1991). Asimismo, la labor del profesional requiere el entrenamiento de paraprofesionales (familia, educadores, etc.) y el asesoramiento y la participación de las instituciones que promuevan un mejor medio social y una mayor calidad de vida comunitaria.

Utilizando el sentido amplio del término "comunitaria", se incluye aquí el estudio del área ambiental, cuyas intervenciones se dirigen a la modificación de las relaciones entre las personas y su medio ambiente físico y social y cuyo campo abarca desde la construcción de mapas cognitivos hasta el estudio de la influencia de los diseños urbanos sobre los comportamientos, la seguridad vial y, sobre todo, las conductas relacionadas con la ecología: control de basuras, ahorro de energía, control del tráfico urbano, etc. (Caballo, 1991).

La información, los cambios en las respuestas afectivas mediante procedimientos de condicionamiento clásico y vicario, y los cambios en las conductas mediante condicionamiento operante han sido las técnicas más utilizadas, con desigual fortuna, por la psicología ambiental (Labrador, 1990).

Un problema importante que presentan los trabajos desarrollados en esta área es la complejidad de variables, factores e interrelaciones determinantes de las conductas de individuos y colectividades, lo que supone un serio obstáculo para superar las dificultades metodológicas que ello implica, y para generalizar los resultados obtenidos a pequeña escala al campo más amplio de la comunidad o medio natural (Franks, 1984).

Bermúdez (1993), además de problemas logísticos (financiación, medios para acceder a sectores amplios de la población, infraestructura material y humana), señala como principales debilidades de los programas ambientales las dificultades para establecer un control y seguimiento rigurosos de las fases de ejecución de los programas, así como los problemas asociados al empleo de estrategias de intervención generalizadas.

Área laboral

Es el área de más reciente aparición, lo que justifica el aún no muy abundante número de publicaciones, que comenzaron a principios de los ochenta (Andrasik y McNamara, 1981). La diversidad de conductas y situaciones consideradas en esta área es muy amplia y así como el desarrollo de programas de intervención, extraordinariamente rápido, en las distintas subáreas o líneas de desarrollo, de las que se pueden destacar las siguientes (Labrador, 1990): a) la modificación de conductas laborales relacionadas con trastornos o problemas de salud; b) el desarrollo de conductas relacionadas con aspectos propiamente laborales (búsqueda de empleo, mejora del rendimiento, incremento de la motivación de los trabajadores, entrenamiento y desarrollo de recursos personales, control de hurtos, prevención de accidentes, control del absentismo laboral, etc.); y c) el desarrollo de programas para la reconversión de las personas a tareas distintas de las que realizan.

El mejor aprovechamiento de los recursos humanos, el estudio y la estructuración de la organización, la solución de conflictos, la aplicación de las teorías del aprendizaje gobernado por leyes, el entrenamiento del personal laboral con técnicas conductuales, etc., son también campos de interés para los modificadores de conducta, como lo demuestra el creciente número de publicaciones dedicados a estos temas en los últimos años (Agnew y Redmon, 1992; Lee y Early, 1992; Malott, 1992; Malott *et al.*, 1992; Sulzer-Azaroff *et al.*, 1992; Merwin *et al.*, 1990; Andrasik, 1989; Harchin *et al.*, 1989).

Las aplicaciones de este campo (y las posibles que se están generando ya y puedan generarse en un futuro próximo, como los programas de preparación de los trabajadores para el retiro) son muy amplias y variadas, por lo que, unido al hecho de que muy pocos modificadores se dedican a él, constituye un magnífico campo de investigación y trabajo y tiene, por tanto, una gran importancia para el futuro de la modificación de conducta.

Área del deporte

Iniciada en los años 70, ha ido cobrando mayor relevancia en la década siguiente, sobre todo por lo que se refiere en su aplicación a deportistas profesionales (Smith, 1980; Silva, 1984; Buceta, 1985; Williams, 1986; Buceta y Bueno 1995; Buceta *et al.*, 1995; Labrador y Crespo, 1991; López-Pérez *et al.*, 1992; Gil y Delgado, 1994). Ahora bien, no sólo los deportistas de élite han sido protagonistas de estos estudios, también se han desarrollado trabajos para el cumplimiento del ejercicio físico diario, para educar para el deporte, etc. (Mace, 1990; Goldstein y Krasner, 1991; Whelan *et al.*, 1991; Leith y Taylor, 1992).

La mayoría de los programas están dirigidos al individuo: a que el deportista logre el control adecuado de los niveles de activación emocional antes y durante la competición; a mejorar el rendimiento en momentos decisivos de la competición; a organizar los entrenamientos en adquisición de habilidades para conseguir un aprendizaje más rápido y adecuado de la técnica requerida; a entrenar a los entrenadores para mejorar su comunicación con los jugadores, a modificar aspectos colaterales: autoestima, comunicación con el entrenador, etc. El objetivo es lograr el establecimiento de planes y un desarrollo adecuado del trabajo necesario, coordinar las realizaciones de cada uno, de modo que se complementen con relación a los objetivos comunes (Orlick, 1986; Labrador y Crespo, 1991).

Un último punto de trabajo en esta área ha sido el estudio de las características de los deportistas y el desarrollo de las habilidades personales necesarias para conseguir el máximo rendimiento y las relaciones de éstas con otras variables, tales como la ansiedad (López Pérez *et al.*, 1992).

Las aplicaciones a equipos deportivos ha sido más bien escasa, quizá por la complejidad de las relaciones que entran en juego en un equipo.

El problema más grave que presentan los trabajos desarrollados en esta área es, probablemente, la falta de una metodología adecuada y el hecho de que el entrenamiento psicológico no entra a formar parte del entrenamiento habitual del deportista, lo que disminuye la motivación de éste por el aprendizaje de las nuevas técnicas (Labrador y Crespo, 1991).

Área Escolar

Después de la clínica, es posiblemente el área más importante para la terapia de conducta, tanto por el número de comportamientos y contextos estudiados como por el número de publicaciones que ha generado. No hay que olvidar que fue en el ambiente educativo en el que se desarrollaron los primeros trabajos con sujetos humanos del condicionamiento operante (Bijou, 1959, 1963), aplicándolos a problemas evolutivos y de retraso mental. Desde entonces, se han desarrollado numerosos programas y aplicaciones, aunque las directrices básicas dentro del área no han cambiado substancialmente. De hecho, el retraso mental ha sido probablemente el ámbito a que se ha dedicado un mayor esfuerzo desde el análisis conductual aplicado, y es uno de los campos en los que la terapia de conducta se ha mostrado más eficaz (Hamilton y Matson, 1992; Lutzker, 1993).

Unas fuentes importantísimas de consultas e investigaciones son el fracaso escolar (de hecho, los problemas de rendimiento académico son los que más consultas generan en el ámbito infantil), la demanda de aprendizaje de técnicas de estudio y las fobias escolares (Méndez y Maciá, 1990). Normalmente, en estos casos las demandas y el tratamiento tienen carácter individualizado.

Generalmente, los trabajos aplicados a grupos de escolares se centran en el desarrollo de programas operantes (para lograr la mejora de los rendimientos en una asignatura determinada, el control de conductas perturbadoras en clase, el ausentismo escolar, etc.). En los últimos años se ha desarrollado un notable interés por la evaluación conductual de los problemas que aparecen en las aulas, tanto en el nivel individual como de grupo (Shapiro y Walker, 1988; Vallés, 1988). Asimismo, empiezan a cobrar relevancia los intentos de someter a una elaboración psicométrica los instrumentos de evaluación conductual que se utilizan en el área (Silva, 1994). Por otro lado, cada vez se tienen más en consideración aspectos evolutivos y de control del medio, dado que la población infantil está especialmente influida por el medio social (padres, maestros, condiscípulos, etc.). Algunas de las variables estudiadas a este respecto son: actividades en el aula (individuales vs. grupales), tamaño del aula, tipo de lenguajes, expresiones de los adultos al dirigirse al niño, etc. (Mash y Terdal, 1988). También se han investigado, dentro del área, aspectos relacionados con el control de estrés en los profesores (Forman, 1986) y las necesidades psicosociales de las escuelas.

Para finalizar, hay que indicar que en los últimos años se ha dado una expansión en la intervención en este ámbito que trasciende el área meramente escolar, de modo

que se amplía al contexto familiar y social, estudiando variables como apoyo social y relaciones con los padres (Frankel y Simmons, 1992; Doll y Kratochwill, 1992).

AVANCES RECIENTES EN LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Se intentará a continuación señalar algunas de las características más destacables de las directrices de desarrollo actual de la terapia de conducta.

Respecto a los problemas a los que se ha dirigido la intervención

Se constata una evolución progresiva desde el tratamiento de conductas más bien simples y/o aisladas, incluso reducibles a paradigmas E R (por ejemplo: conductas fóbicas), a conductas o, mejor, conjuntos de conductas más complejas, interrelacionadas y difícilmente reducibles a paradigmas básicos de aprendizaje (por ejemplo: conductas depresivas, problemas de habilidades sociales, trastornos asociados al estrés, etc.). Además no sólo se abordan conductas individuales, sino también los patrones de comportamiento de un grupo o colectivo (control del consumo de tabaco en una oficina, control de las acciones coordinadas en un equipo deportivo, etc.).

Avances referidos al momento o fase de intervención

Se ha avanzado desde objetivos exclusivamente terapéuticos, reducir los problemas que ya han aparecido o se han cronificado, a incluir aspectos de prevención y profilaxis para evitar la aparición o cronificación de esos problemas, o su reaparición (recaídas). De hecho en muchos ámbitos de aplicación, la intervención preventiva (primaria, secundaria y terciaria), es el objetivo central y en algunos casos la única (véase problemas de SIDA).

Avances referidos al objetivo de la intervención

Frente al objetivo más tradicional de dirigir las intervenciones a personas con problemas o riesgo de desarrollarlos, con el propósito de que la persona vuelva a las condiciones anteriores a la aparición de éste, lo que a veces se ha llamado "intervención restaurativa", se consideran nuevos objetivos como el de mejorar la calidad o las condiciones de vida. Una persona no sólo puede volver a su estado de salud anterior, sino que, aunque fuera aceptable o incluso buena, puede mejorarla. En esta dirección se han desarrollado múltiples programas de intervención dirigidos al desarrollo de nuevas habilidades para afrontar los retos cotidianos o simplemente mejorar la propia calidad de vida.

Avances referidos a los destinatarios de la intervención

Frente al tratamiento casi exclusivo de sujetos individuales, típico de épocas anteriores, progresivamente se han ido desarrollando programas de intervención dirigidos a grupos, colectividades, instituciones e incluso comunidades urbanas (programas de control de la hipertensión en una comunidad, programas de desarrollo de higiene bucodental a los niños en el colegio). Es más, no sólo se ha

dirigido la intervención a modificar directamente las conductas de las personas, aisladas o en grupo, sino que se han desarrollado programas importantes para modificar directamente el medio y las condiciones de éste que determinan la conducta de las personas.

Avances referidos a la colaboración con otros profesionales

Se ha comenzado a superar el aislamiento tradicional de los modificadores de conducta, producto en parte de los momentos iniciales de ruptura y oposición al estado de la cuestión y a la acción de los profesionales con los que había que competir. Aislamiento que llegó incluso a la falta de comunicación con otros profesionales de la psicología. En su lugar se comienza a desarrollar y potenciar de forma importante la labor de coordinación y trabajo en equipo con otros profesionales. El desarrollo de la Medicina Conductual en los años ochenta, y su filosofía de punto de encuentro entre distintos profesionales de la salud, supuso un importante paso adelante en esta dirección. Por otro lado el abordaje de nuevos campos de intervención (deporte, ambientes laborales, instituciones penitenciarias, etc.), ha obligado a trabajar en la colaboración con otros profesionales de esos campos que aportaban perspectivas y procedimientos complementarios. Incluso en el campo específico de la denominada "salud mental", la coordinación y cooperación entre intervenciones farmacológicas y conductas comienza a sustituir a la radical oposición tradicional.

Avances referidos a los programas y técnicas de intervención

Se ha producido un incremento importante en el número de técnicas de modificación de conducta disponibles a la hora de la intervención, como ya se ha señalado. Este incremento en parte es fruto del desarrollo de nuevas soluciones a problemas tradicionales (técnicas de exposición más variadas y flexibles, técnicas paradójicas, terapia contextual), en parte producto de que el hecho de tratar de intervenir sobre nuevos ámbitos y nuevos problemas ha obligado a desarrollar nuevas soluciones. Los manuales de técnicas de modificación de conducta cada vez incluyen un mayor número de éstas, que además están perfiladas con mayor precisión, tanto en su forma de aplicación como en las posibilidades de acción y los campos a los que pueden aplicarse.

Avances referidos a la forma de desarrollar las intervenciones

No sólo se ha incrementado el número de técnicas de intervención, sino que también se ha modificado la forma de actuación. Frente a modelos tradicionales en los que se mimetizaba en exceso la actuación de otros profesionales de la salud, en especial de los médicos (relación entre un "profesional" y un "paciente", básicamente verbal, en un despacho o clínica, buscando identificar "el problema" para el que se seleccionaría "una técnica", etc.), se ha pasado a modelos de intervención más completos. Los problemas rara vez son simples ("el problema"), suelen ser complejos e implicar diferentes conductas, situaciones y personas, por consiguiente las soluciones rara vez pueden consistir en la aplicación de una técnica. Se ha progresado al diseño de programas de intervención más complejos, pero a la vez más específicos, que traten de abordar los diferentes aspectos implicados en cada caso.

Avances en las áreas de intervención

Quizá lo más espectacular en los avances de la modificación de conducta sea el extraordinario incremento de las áreas de aplicación a las que se han dirigido las intervenciones. En el apartado anterior se ha hecho una revisión al respecto.

NUEVOS RETOS PARA LA TERAPIA DE CONDUCTA

Apenas han pasado cincuenta años desde que se dio inicio la terapia o modificación de conducta; de hecho fue en 1953 cuando Skinner utilizó por primera vez el término de *Behavior Therapy*. En tan corto espacio de tiempo se ha pasado desde el desconocimiento total o las catacumbas (es decir, estar encerrada en los laboratorios), a su implantación en la sociedad como una de las alternativas de intervención más eficaces en el ámbito de la psicología clínica y de la salud. Más aún, se ha convertido en "la alternativa" de referencia. El avance ha sido constante, nuevas técnicas, nuevos campos de aplicación, nuevos desarrollos teóricos y conceptuales, nuevos desarrollos metodológicos. Pero así mismo es lógico que hayan aparecido nuevos problemas, nuevas limitaciones y nuevos retos que requieren soluciones eficaces. De la capacidad de afrontar estos retos y encontrar soluciones adecuadas dependerá el desarrollo futuro de la modificación de conducta. Sentarse a admirar y disfrutar de los logros pasados no será de especial utilidad. Parece necesario identificar las necesidades actuales, pues sólo a partir de su identificación será posible el desarrollo de soluciones adecuadas.

En la parte final de este capítulo se intentarán perfilar algunos de los problemas o retos actuales. Más difícil es señalar las soluciones, pero identificar adecuadamente y a tiempo los problemas ya supone un avance importante hacia su solución, pues permite perfilar la dirección en la que se ha de trabajar.

Con este objetivo se intentarán señalar algunos de los retos actuales más importantes de la modificación de conducta, considerándolos de manera parcelada para facilitar su exposición. Debe quedar claro que no se intenta, ni se puede, realizar un trabajo exhaustivo sin llamar la atención sobre determinados aspectos de importancia en el quehacer del modificador de conducta.

Relación terapia de conducta y sistemas de clasificación psicopatológicos

Tiene que ver con el problema de la clasificación psicopatológica en terapia de conducta. La historia de la psicopatología está salpicada de intentos de clasificar el comportamiento anómalo, pero la terapia de conducta por definición ha sido renuente en este sentido. En algunos casos se ha intentado una clasificación siguiendo las orientaciones conductuales con escaso éxito, en otros se ha criticado incluso el propio intento de crear una clasificación. Pero son innegables las ventajas de los sistemas de clasificación pues son el centro de cualquier esfuerzo científico por organizar un campo de conocimiento y la psicopatología no es una excepción.

Así un sistema clasificatorio puede permitir:

Organización de la información, agrupando y clasificando la ingente cantidad de conductas posibles (síntomas) en categorías más reducidas y con características comunes.

Proporcionar una terminología estándar que facilita la comunicación entre investigadores y clínicos.

La asignación a una categoría facilita hacer predicciones sobre la etiología, pronóstico y tratamiento a seguir.

Facilitar el desarrollo teórico y ayudar a orientar la investigación, y

Facilitar la determinación del status legal de un sujeto respecto a su competencia física y psíquica.

Pero la modificación de conducta siempre se ha opuesto a los sistemas clasificatorios psicopatológicos denunciando los problemas de fiabilidad y validez que presentaban, además de los supuestos teóricos subyacentes a muchos de éstos, contrarios a los defendidos por ella.

Sin embargo, la aparición del DSM-III (1980) y posteriormente del DSM-III-R (1987) y DSM-IV (1994) ha supuesto un cambio sustancial con respecto a clasificaciones psicopatológicas anteriores, tanto referido a la fiabilidad como a la validez del diagnóstico, homogeneidad interna en cada categoría y heterogeneidad entre categorías. La terapia de conducta ha sido muy sensible al respecto y cada vez son más habituales las referencias a estas clasificaciones DSM.

Pero, ¿hasta qué punto es adecuado o útil el uso de estos sistemas de clasificación en modificación de conducta? ¿Pueden ayudar al desarrollo de la psicopatología conductual? ¿Puede sustituir o modificar el diagnóstico conductual? Son preguntas habituales que se formulan los investigadores de ésta area.

Algunos autores, como Klerman (1986) defienden el uso de estos sistemas nosológicos DSM destacando que:

Presentan una definición amplia y comprehensiva de trastornos mentales aceptables para la mayoría de las orientaciones o teorías psicopatológicas.

Utilizan criterios descriptivos, operativos y cuantificables para el establecimiento del diagnóstico.

Disponen de un sistema multiaxial de 5 ejes que posibilita una evaluación más completa del estado de una persona.

Constituyen un sistema politético (basta con cumplir algunos de los criterios para que un sujeto sea asignado a una categoría, no es necesario que cumpla todos) lo que aporta flexibilidad al reconocer variantes dentro de un mismo trastorno.

Tienen un enfoque ateorico.

Están estructurados de forma jerárquica según la importancia de los trastornos.

Han probado su utilidad en ensayos de campo (Spitzer, Forman y Nee, 1979).

Se han desarrollado instrumentos de recogida de información que facilitan la clasificación diagnóstica: las entrevistas estructuradas (por ejemplo: *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* (Lukoff *et al.*, 1986); *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*: Robins y cols (1981); *Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)*: Spitzer y Williams (1987)).

Pero también se han señalado serias críticas desde la perspectiva conductual a los sistemas clasificatorios DSM-III, al DSM-III-R y DSM-IV:

La utilización de un *sistema diagnóstico categorial* y no dimensional (Eysenck, 1986; Eysenck *et al.*, 1983; Haynes y O'Brien, 1988), que implica: a) diferencias cualitativas entre las conductas normales y anormales; b) escasa o nula especificación cuantitativa referida a probabilidad de aparición, intensidad, frecuencia o duración de las conductas (síntomas).

No aportan información ideosincrática que permita conocer qué conductas concretas están alteradas (es un sistema politético) ni que variables las controlan.

Baja relación existente entre diagnóstico y tratamiento al no disponer de información sobre las variables que determinan la conducta problema.

Los métodos de evaluación utilizados para obtener este diagnóstico se reducen básicamente a entrevistas estructuradas (Cone, 1986; Hersen, 1988).

Utilización de diferentes principios clasificatorios a la hora de establecer las clasificaciones (Adams y Haber, 1984; Haynes y O'Brien, 1988).

Serias limitaciones a la hora de evaluar las variables ambientales (Schact y Nathan, 1977).

El método de consenso, eminentemente político, a la hora de tomar decisiones sobre las categorías diagnósticas, criterios de clasificación, etc..

Pero a pesar de todas estas críticas cada vez es más frecuente la referencia de los terapeutas de conducta a estos sistemas clasificatorios. De hecho, en múltiples publicaciones la única descripción de los problemas se reduce a la ubicación en categorías DSM, sin referencia alguna al análisis funcional. Parece que se vuelve a tratar síndromes o categorías nosológicas y no conductas.

Desde nuestro punto de vista, que coincide con otros muchos autores (First *et al.*, 1992; Follette y Hayes, 1992; Follette *et al.*, 1992), aún cuando los diagnósticos DSM (a partir del III), pueden ser útiles al proporcionar un acercamiento molar que permite guiar la investigación del terapeuta de conducta, es necesario que sean seguidos por un análisis conductual que permita un acercamiento molecular más fino y preciso, en el que se valoren los tipos de respuestas, sus determinantes, las relaciones funcionales entre estos, etc. Sólo este análisis conductual orientará de forma precisa y específica una intervención eficaz. Desde esta perspectiva, ambos tipos de evaluación no deberían considerarse como contrapuestos sino como complementarios, pues proporcionan información en distintos niveles de análisis. Tras la aplicación del diagnóstico categorial, proceder a concretar más precisamente el análisis conductual.

Marco teórico y nuevos desarrollos de la terapia de conducta

La terapia de conducta surge como un desarrollo aplicado de la ciencia de la conducta, por lo que en los momentos iniciales hay una gran conexión entre teoría e investigación de la conducta por un lado y aplicaciones en la práctica clínica por otro.

Posteriormente ha ido disminuyendo esta conexión, al señalarse las "limitaciones" de un "modelo simple" de condicionamiento para explicar los problemas y dar soluciones a los retos clínicos. La investigación conductual centrada en sujetos infrahumanos y en un reducido número de problemas, tenía dificultades para explicar y manejar aspectos como el lenguaje o los procesos cognitivos, en términos útiles para la práctica clínica, o a la hora de cambiar-controlar emociones.

Estas limitaciones percibidas en el modelo no han generado desarrollos posteriores del mismo, sino el rechazo de los avances anteriores y la búsqueda de modelos alternativos. Por ejemplo los "cantos de sirena" de múltiples desarrollos "cognitivos", aparentemente más flexibles, ricos, humanos, pero con el abandono del rigor y la investigación, así como el rechazo al marco de referencia anterior y el desprecio de las leyes de la psicología de la conducta. En cualquier caso no es difícil reconocer en la actualidad esta desconexión entre teoría-investigación conductual y práctica clínica. La práctica conductual ha dejado de estar orientada en muchos casos por un marco teórico consistente.

En lugar de desarrollos científicos a partir de modelos de condicionamiento (clásico u operante), en muchos casos se ha pasado a modelos alternativos "cognitivos", que en realidad no tienen ninguna conexión con la psicología conductual, pero tampoco con la psicología cognitiva experimental. Además, ¿Dónde se demuestra que el papel de las influencias ambientales y las contingencias haya sido asumido u obviado por los procesos cognitivos? Esta preocupación, exclusivista, por los "aspectos internos" debilitará a la terapia de conducta, a menos que las teorías sobre los eventos privados puedan integrarse y relacionarse con los conceptos conductuales básicos y los resultados de la investigación.

Para ello se hace necesario un desarrollado teórico más completo, que permita restablecer el vínculo entre teoría-investigación y terapia de conducta. Es necesario el desarrollo de un marco teórico, que teniendo en cuenta los desarrollos anteriores (por ej., procesos de condicionamiento y leyes de conducta), permita integrar nuevos avances de la psicología científica, entre ellos por supuesto los de la psicología cognitiva experimental. Esto posibilitará un marco de referencia que oriente el quehacer clínico de forma más científica y permita superar los problemas actuales, en especial el tecnicismo y el eclecticismo.

Intervención conductual

Es evidente que la modificación de conducta se ha desarrollado y ha alcanzado un gran auge debido a que ha aportado soluciones importantes, en especial en el ámbito de la psicología clínica y de la salud. Las intervenciones son eficaces y salen exitosas en la mayoría de las comparaciones. Pero por otro lado se puede ser ciego a sus limitaciones. Son, en líneas generales intervenciones que exigen amplios períodos de tiempo (aunque sean más breves que las de otras alternativas) y en consecuencia costosas y menos competitivas de lo que sería de desear, en especial en el marco de la asistencia pública. También su eficacia, en algunos casos es

elevada, pero en otros no supera porcentajes de mejorías del 50% al cabo del año. Para complicar más el panorama, con demasiada frecuencia se desconocen, o no se conocen con precisión, los procesos que subyacen a las intervenciones, ni siquiera cuáles son realmente las variables activas de éstas. No es infrecuente el recurso a programas de tratamiento "ómnibus", en los que se mete de todo un poco, sin mayor motivo que el suponer que cuanto más se introduzca en la intervención mejor hará ésta. De hecho en muchos casos la intervención se lleva a cabo sin un adecuado análisis conductual, procediendo con acercamientos tecnológicos más que científicos al tratamiento y adoptándose formas de proceder eclécticas.

Las soluciones no están claras, si bien pueden apuntarse múltiples direcciones en su búsqueda, entre ellas:

- Desarrollos de aplicaciones con una mejor relación costo/eficacia, lo que puede lograrse de múltiples formas como intervenciones más breves, incremento de las intervenciones en grupo, aumento de las tareas a realizar por los clientes en su medio (por ejemplo, autoexposición versus exposición con terapeuta en agorafóbicos).

- En muchos casos hay que modificar el modelo de intervención básico terapeuta-cliente en la clínica, desarrollando nuevas formas de intervención. Para múltiples problemas e intervenciones puede ser eficaz el desarrollo de procedimientos de autoayuda (como programas asistidos por ordenador, manuales de "Hágalo Ud. mismo", etc.). En otros casos, labores de orientación y consejo pueden ser suficientes, o líneas de consulta abierta (teléfono, fax, correo electrónico).

- Necesidad de una evaluación más adecuada de la eficacia de las intervenciones que permita aislar o precisar los elementos activos y colabore al desarrollo de intervenciones más específicas.

- También será de utilidad el desarrollo de paquetes de tratamiento estándar por problemas o por objetivos, aplicables a partir de que se detecten determinadas condiciones en el análisis conductual, o incluso a partir de sistemas de diagnóstico estandarizado. Incluso paquetes terapéuticos que puedan ser aplicables por paraprofesionales.

En ese sentido se observa un auge especial de procedimientos estándares y breves, que aportan soluciones eficaces en cortos períodos de tiempo y tras un breve análisis conductual: a) entrenamiento en cama seca, b) programas de dejar de fumar, c) procedimientos para control de activación, y d) paquetes terapéuticos como la terapias sexuales (en especial algunos problemas como eyaculación precoz o vaginismo).

- Posibilidad de construir las intervenciones como programas de solución de problemas, en especial en casos como intervenciones en crisis. Por ejemplo en el caso de los problemas mixtos ansiedad/depresión tan habituales en la clínica. El esquema del programa podría ser el siguiente: escuchar al paciente, ayudarlo a perfilar-precisar su problema, establecer objetivos precisos para reducirlos, señalar tareas o técnicas par utilizar en su medio y autorregistro diario de su eficacia.

- Introducción más decisiva de los sistemas informáticos en la actuación del modificador de conducta tanto para tareas de evaluación y registro como para el diseño de la intervención o aplicación de programas de intervención.

- Siempre quedará el reto de ampliar los sujetos de intervención (personas, grupos, colectivos, comunidades, ambientes, etc), como la ampliación de los aspectos de la intervención (restaurativos, preventivos, de mejorar de calidad de vida), la colaboración con otros profesionales, etc.

Conexión entre investigación y práctica clínica

Inicialmente la conexión entre investigación y práctica clínica en terapia de conducta era total, pues eran los mismos investigadores los que realizaban la práctica clínica, casi siempre de forma experimental. Pero el desarrollo de la terapia de conducta ha ido diferenciando ambos grupos, y lo que es peor, a estos dos aspectos que necesariamente han de ir unidos.

La realidad actual con frecuencia pone de relieve la existencia de dos grupos, o quizá dos mundos, separados. La investigación se suele llevar a cabo en las Universidades, y los trabajos desarrollados con frecuencia tienen un escaso parecido con los que se realizan en el ámbito aplicado. Suelen llevarse a cabo intervenciones sin la correspondiente evaluación conductual, asignando a los sujetos en función de categorías psicopatológicas estándares, los tratamientos suelen ser así mismo estandarizados, buscándose más el porcentaje de éxito en el grupo tratado que las variables individuales que determinan su eficacia, por último es frecuente la utilización de sujetos análogos en lugar de pacientes reales. Este tipo de investigación es el que suele recogerse en la mayoría de las revistas científicas de terapia de conducta.

Por otro lado los terapeutas dedicados a la práctica clínica, de la que dependen profesionalmente, apenas si desarrollan trabajos de investigación, cuando lo hacen con frecuencia presentan problemas metodológicos y en cualquier caso es poco habitual su colaboración en la literatura científica.

Es lógico que la literatura científica sobre terapia de conducta responda más a los intereses de los investigadores (universitarios) que a la de los profesionales aplicados, por lo que no es infrecuente así mismo que éstos no encuentren ahí las soluciones que buscan y desgraciadamente busquen estas soluciones fuera del ámbito de la investigación científica y del marco teórico-conceptual de referencia. De aquí a defender el eclecticismo hay poco trecho. El resultado final es una divergencia progresiva entre estos dos aspectos que deberían avanzar de forma conjunta.

Se pueden señalar algunas líneas de desarrollo para superar este problema y no agudizar esta divergencia, entre ellas la primera sería la de centrar los trabajos de investigación en temas más relacionados con la práctica aplicada de la terapia de conducta, y hacer una investigación más implicada en orientar esta práctica. El uso de una metodología más específica para la terapia de conducta, como son los diseños de $N = 1$, ayudaría en esta convergencia, pues por un lado facilitaría una investigación más próxima y orientadora de la práctica aplicada y por otro facilitaría más la labor investigadora de los profesionales. La recuperación de la evaluación conductual como punto de partida para los trabajos de intervención o el uso de pacientes en lugar de análogos también colaboraría en esta dirección.

El reto es importante, pues si lo que caracteriza a la terapia de conducta es su apoyo en la investigación experimental y ésta se realiza de espaldas a la práctica y viceversa, una señal de identidad fundamental acabará por perderse.

La dependencia de otros países

Como se ha señalado ya hace algunos años (Labrador, 1984, 1990) un reto específico de la terapia de conducta en los países de habla hispana, es sacudirse la excesiva dependencia cultural y tecnológica con respecto a países de lengua inglesa y en especial de los Estados Unidos de Norteamérica (E.U.A). Es difícil encontrar un artículo en español en el que las tres cuartas partes de las referencias, por lo menos, no correspondan a trabajos en inglés. Así mismo es raro conseguir instrumentos de medida, tanto fisiológicas (polígrafos, biolaboratorios, aparatos de biofeedback, etc.) como comportamentales y de autoinforme (escalas, cuestionarios, registros de identificación, etc.), que no sean extranjeros. La labor de los propios terapeutas de conducta en estos países con mucha frecuencia mimetiza o trata de hacerse eco de los últimos desarrollos en E.U.A. Es cierto que en la mayoría de los casos no hay alternativas al no poder encontrarse los desarrollos adecuados en los países de habla hispana, pero conviene ponerse en guardia respecto a algunos problemas obvios que conlleva esta postura.

La generalización de técnicas específicas de un ambiente a otro diferente puede no ser directa. Los problemas que en un país conllevan y son producto de unos hábitos de vida determinados, pueden ser muy diferentes en otros con hábitos de vida diferentes. Así se pone de relieve lo inadecuado de la orientación propiciada para algunos tipos de conductas problemáticas, por ejemplo el caso de las habilidades sociales, cómo iniciar conversaciones o concertar citas. Dadas las diferencias tan importantes en gestos, distancias personales, modelos de conductas aceptadas socialmente o, incluso, formas de vestir; problemas de obesidad (con los diferentes patrones alimenticios), problemas de consumo de alcohol (con los diferentes patrones de adquisición de alcohol y los horarios y ambientes de consumo de bebidas), problemas de pareja, etc. Es evidente que existen características específicas, que si realmente se llevara a cabo la adecuada evaluación conductual, en especial teniendo en cuenta los aspectos socio culturales, pondrían en evidencia lo inapropiado de estas generalizaciones indiscriminadas de una cultura a otra.

Esta dependencia en muchos casos se ha amplificado al haberse establecido como norma más o menos implícita, en especial en los ambientes académicos, el no considerar los trabajos que sobre terapia de conducta se están desarrollando en nuestro país, descalificando de antemano el valor de éstos. En otros casos simplemente se han ignorado, y los esfuerzos por acceder a la información y conocimientos provenientes de profesionales de otros países no se han aplicado a la información más próxima, lo que así mismo se habría traducido en el desarrollo de un movimiento más coordinado que posibilitara no sólo una puesta al día más importante de una modificación de conducta más ajustada a nuestra realidad sino también un avance más coordinado y probablemente más potente.

Afortunadamente, se puede constatar desde hace ya algunos años un cambio importante en esta situación, y aunque aún son escasas las ocasiones en que se establecen posibilidades para estos contactos entre terapeutas de habla hispana y así mismo las publicaciones no son muy abundantes ni todavía han adquirido un reconocimiento similar a las realizadas en E.U.A, con independencia de su calidad real, se pone de manifiesto un creciente interés por los trabajos realizados por los distintos profesionales en nuestro ámbito y, lo que es tan importante como eso, se valora tan positivamente la labor desarrollada por éstos como pueda serlo la de los profesionales antes indicados. Quizá un aspecto renovador en esta dirección venga ayudado por la importancia que los terapeutas conductuales de habla hispana están

adquiriendo en los E.U.A., en su intervención sobre los grupos hispanos con problemas propios. Bienvenida sea toda la participación en esta dirección.

CONCLUSIÓN

Es evidente que la modificación de conducta, por lo visto hasta aquí, no solamente ha surgido con fuerza y se ha implantado sólidamente en el área de la salud y así mismo se ha extendido a otras áreas con una eficacia, al menos aparentemente muy grande. Pero ¿no pasará algo similar a lo que ya ha sucedido con otros tipos de acercamientos terapéuticos, como por ejemplo el mismo psicoanálisis, que tras un auge realmente importante parece ir extinguiéndose de manera paulatina? Alternativamente, ¿seguirá existiendo como alternativa de intervención específica o será indistinguible de otros acercamientos que actualmente se consideran muy dispares?, ¿será verdad que conforme se avanza en la práctica se disipan de forma fundamental las diferencias teóricas y conceptuales? En última instancia, ¿qué será de la terapia de conducta dentro de otros 30 ó 50 años? Afortunadamente la respuesta está en manos de los propios terapeutas de conducta, será lo que hayamos fabricado. Los autores de este trabajo deseáramos que las consideraciones e interrogantes vertidos en él ayudaran a un mejor desarrollo futuro de la terapia y modificación de conducta.

REFERENCIAS

Adamas, H.E. y Haber, P. (1984). The classification of abnormal behavior: an overview. En H.E. Adams y P.B. Sutker (Eds), *Comprehensive handbook of psychopathology*, 50 (5), 6-12.

Agnew, J. y Redmon, W. (1992). Contingency specifying stimuli: the role of rules in organizational behavior management. *Journal of Organizational Behavioral Management*, 12, 67-76.

Agras, W.S. (1982). Behavioral medicine in the 1980S: Nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 797-803.

Amigo, I. y Buceta, J. M. (1990). Contribución psicológica al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. En J.M. Buceta y A. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.

Anfrasik, F. (1989). Organizational behavior modification in bussiness settings. *Journal of Organizational Behavioral Management*, 10, 59-77

Badós, A. (1990). Afrontamiento y prevención del estrés: Intervención para las dificultades para hablar en público. En J.M. Buceta y A. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston

- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Becoña, E. (1994b). Evaluación de la conducta de fumar. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Becoña, E. (1994c). Tratamiento del tabaquismo. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Becoña, E. (1994a). Teorías y modelos explicativos de la conducta de fumar. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Bermúdez, J. (1993). Psicología de la salud: programas preventivos de intervención comunitaria. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Bijou, S.W. (1959). Learning in children. *Monograph of the Society for Research in Child Development*, 24, 5.
- Bijou, S.W. (1963). Theory and research in mental (development) retardation. *Psychological Record*, 13, 95-110.
- Blasco, T. y Bayés, R. (1990). Factores psicológicos en la tolerancia a los efectos secundarios de la quimioterapia. *Clínica y Salud*, 1, 133-142.
- Brago, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. (1995). Estrés y prevención de lesiones deportivas. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.
- Buceta, J.M. (1990). Las nuevas aplicaciones en psicología clínica y la modificación de conducta en el área de la salud. En J.M. Buceta y A. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.
- Buceta, J.M. (1985). Estrategias terapéuticas comportamentales y cognitivas en la práctica deportiva. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 1-27.
- Buceta, J.M., Bueno, A., López, O.T. y Gimeno, F. (1995). Lesiones deportivas, estrés y rehabilitación. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.
- Buceta, J.M. (1987). *Psicología Clínica y Salud: Aplicaciones de estrategias de intervención*. Madrid: UNED.
- Buela, G. y Sierra, J.A. (1994). *Los trastornos del sueño*. Madrid: Pirámide.
- Buzas, H y Ayllon, T. (1981). Differential reinforcement in coaching tennis skills. *Behavior Modification*, 5, 372-385.
- Caballo, V. (1991). La cuestión ambiental. En V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI

Caballo, V. (Ed.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Calvo, F. (1990). Intervención psicológica y SIDA. En J.M. Buceta y A. Bueno (Eds.), *Modificación de Conducta y Salud*. Madrid: Eudema.

Cluss, P.A. (1986). Behavioral intervention as adjunctive treatments for chronic asthma. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Vol. 20. Nueva York: Academic Press.

Comeche, Y., Díaz, M. y Vallejo, M.A. (1995). Intervención comportamental en las cefaleas funcionales. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.

Cone, J.D. (1986). Idiographic, nomothetic, and related perspectives in behavioral assessment. En R.O. Nelson y S.C. Hayes (Eds.), *Conceptual foundations o behavioral assessment*. New York: Guilford Press.

Costa, M. y López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Cox, D. y Gonder, L. (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 628-638.

Cruzado, J.A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Chiodo, J. (1985). The assessment of anorexia nervosa and bulimia. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Vol. 19. Nueva York: Academic Press.

Dobson, K.S. (1988). *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. Londres: Hutchinson

Doll, B. y Kratochwill, T. (1992). Treatment of parent-adolescent conflict through behavioral technology training: A case study. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 3, 281-300.

Echeburúa, E. (1990) Consumo abusivo de alcohol. En M.A. Vallejo, E.G. Fernández-Abascal y F.M. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos*. Madrid: TEA.

Echeburúa, E. (1993). *Modificación de conducta y psicología clínica*. Bilbao. Universidad del País Vasco.

Echeburúa, E. (1993). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide

Elder, J., Schmid, T., Hove, M. y Molgaard, C. (1989). The global relevance of behavioral medicine: Health and child survival in the developing world. *Annals of Behavioral Medicine*, 11, 12-17

Eysenck, H.J. (1986). A critique of contemporary classification and diagnosis. En T. Millon y G.L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM IV*. New York: Guilford.

Eysenck, H.J., Wakefield, J.A., y Friedman, A.F. (1983): Diagnosis and clinical assessment: The DSM III. *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193.

Fernández, L. (1991). Psicología conductual comunitaria. En V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI

Fernández-Abascal, E. (1993). *Hipertensión*. Madrid: Eudema.

Fernández-Abascal, E. (1987). La intervención psicológica en la hipertensión esencial. En: J.M. Buceta (Ed.), *Psicología clínica y salud*. Madrid: Cuadernos de la UNED.

Fernández-Ballesteros, R. y Carroble, J.A. (1988). Perspectivas de la psicología de la salud en Europa. *Papeles del Colegio de Psicólogos*, 33-34, 3-11.

First, M.B., Frances, A., Widiger, T.A., Pincus, H.A y Davis, W.W. (1992). DSM-IV and behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 14, 297-306.

Follette, W.C. y Hayes, S.C. (1992). Behavioral assessment in the DSM-IV. *Behavioral Assessment*, 14, 293-295

Follette, W.C., Houts, A.C. y Hayes, S.C. (1992). Behavior therapy and the new medical model. *Behavioral Assessment*, 14, 323-343

Forman, S.G. y Cecil, E., M. (1986). Teachers stress: Causes, effects, intervention. En T. Kratochwill (Ed.), *Advances in School Psychology*, 5, Hillsdale: LEA

Frankel, F. y Simmons, J. (1992). Parents behavioral training. Why and when some parents drop out. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 322-330.

Franks, C.M. (1984). *New developments in behavior therapy: From research to clinical application*. New York. Hawthorth Press.

Franks, C.M. (1969). *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw Hill.

García, R. (1994a). Evaluación en los dependientes del alcohol. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

García, R. (1994b). Principales tratamientos de la dependencia del alcohol. En J.L. Graña (Ed.). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

Gil, F. (1993). Entrenamiento en habilidades sociales. En M.A. Vallejo y M.A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Gil, J. y Delgado, J. (1994). *Psicología y pedagogía de la actividad física y el deporte*. Madrid: Siglo XXI.

Golstein, A. y Krasner, L. (1991). *La psicología aplicada moderna*. Madrid: Pirámide.

Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.

Hamburg, D.A. (1982). Health and behavior. *Science*, 4458, 10-23.

Hamilton, M. y Matson, J.L. (1992). Mental retardation. En S.M. Turner, K. Calhoun y E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior yherapy*. (2da. ed.). Nueva York: Wiley.

Harchick, A.E., Sherman, J.A., Hopkins, B.L. y Strouse, M.C. (1989). Use of behavioral techniques by paraprofessional staff: A review and proposal. *Behavioral Residential Treatment*, 4, 331-357.

Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1988). The gordian knot of DSM-III-R use integrating principles of behavior classification and complex causal models. *Behavioral Assessment*, 10, 95-105

Hegel, M., Ayllon, T., Thiel, G. y Oultoum, B. (1992). Improving adherence in fluids restriction in male hemodialysis patients. *Health Psychology*, 11, 324-330.

Hersen, M. (1988). Behavioral assessment and psychiatric diagnosis. *Behavioral Assessment*, 10, 107-121.

Ibáñez, E. (1991). Prevención del cáncer de mama. Conferencia, *VII Jornadas de Psicología*. Oviedo

Ibáñez, E. (1989). La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer. En E. Echeburúa (Ed.), *El estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Iglesias, X. y Centelles, N. (1987). *Trastornos de la menstruación*. Barcelona: Martínez Roca.

Kanfer, F.H. y Goldstein, M.R. (1991). *Helping people change* (4ta. ed.) New York: Pergamon.

Kazdin, A.E. (1978). *History of behavior modification*. Baltimore: University Park Press. .

Kazdin, A.E. (1982b). History of behavior modification. En A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*. New York: Plenum Press.

Kendall, P.C. (1983). Stressful medical procedures: Cognitive-behavioral strategies for stress management and prevention. En: D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention*. Nueva York: Plenum Press.

Kielcot-Glaser, J. y Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological intervention modulate inmunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 569-575

Klerman, G.L. (1986). Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology. En T. Millon y G.L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Toward the DSM IV*. New York: Guilford.

Labrador, F.J. (1984b). La modificación de conducta en los años ochenta. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 197-240.

Labrador, F.J., Crespo, M. Cruzado, J.A. y Vallejo, M.A. (1995). Evaluación y tratamiento de los problemas de estrés. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.

Labrador, F.J. (1990). Aspectos básicos de la modificación de conducta. En M.A. Vallejo, E.G. Fernández-Abascal, y Labrador, F. (Eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos*. Madrid: TEA.

Labrador, F.J., Fernández-Abascal, M.A., Vallejo, M.A. Varela, E., Cruzado, J.A., Muñoz, M., Laroy, C. y Puente, L. (1986). Diferencia entre sujetos con cefaleas y sujetos normales: la importancia de variables cognitivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12, 93-108.

Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Labrador, F.J. y Puente, M.L. (1988). Tratamiento de las cefaleas tensionales: consideraciones actuales y propuesta de intervención. *Anuario de Psicología*, 38, 67-86.

Labrador, F.J. (1992). *El estrés*. Madrid: Temas de hoy

Labrador, F.J. y Crespo, M. (1991). Intervención psicológica en deportistas de élite. *Boletín de Psicología*, 32, 39-52.

Labrador, F.J. y Crespo, M. (1993). *Estrés. Trastornos psicofisiológicos*. Madrid: Eudema.

Labrador, F.J. y Mayor, F.J. (1984). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.

Labrador, F.J. y Castro, L. (1987). La adhesión al tratamiento médico: análisis y modificación. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 2, 157-164.

Labrador, F.J. (1986). *Proyecto docente presentado al concurso de cátedra de Modificación de Conducta*. Madrid: UCM (Documento no publicado)

Labrador, F.J. (1990). Aspectos básicos de la Modificación de Conducta. En M.A. Vallejo, E.G., Fernández-Abascal, M.A. y F.J. Labrador (Eds.), *Modificación de conducta: Análisis de casos*. Madrid: TEA

Labrador, F. J. (1994). *Disfunciones sexuales*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Labrador, F.J. y Vallejo, M.A. (1986). El dolor crónico. En J.A.I. Carrobbles (Ed.), *Análisis y modificación de conducta*, 2. Madrid: UNED.

Labrador, F.J. y Crespo, M. (1994). Evaluación del estrés. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación conductual hoy*. Madrid: Pirámide.

Labrador, F.J. (1988). Conceptualización y tratamiento de los trastornos asociados al estrés. En: A. Fierro (Ed.), *Psicología clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.

Labrador, F.J. (1989). Intervención psicológica en los problemas asociados al estrés. En E. Echeburúa (Ed.), *El estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Ladoucer, R.A., Bouchard, M.A y Granger, L. (1977). *Principles et applications du therapies behaviorales*. Quebec: Edisem. .

Larroy, C. (1995). Intervención cognitivo conductual en el tratamiento de la dismenorrea primaria. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.

Larroy, C. (1993). *Menstruación. Trastornos y tratamientos*. Madrid: Eudema.

Larroy, C. (1991). Tratamiento preventivo de la dismenorrea primaria en jóvenes premenárgicas: Un estudio piloto. *Clínica y Salud, 2*, 293-303.

Lee, C. y Earley, P.C. (1992). Comparative peer evaluations of organizational behavior theories. *Organizational Development Journal, 10*, 37-42.

Leith, L. y Taylor, A. (1992). Behavior modification and exercise adherence: A literature review. *Journal of Sport Behavior, 15*, 60-74.

Lieberman, R.P. (1993). *La rehabilitación del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.

López-Pérez, B., Labrador, J. Buceta, J.M. y Bueno, A.M. (1992). Ansiedad y rendimiento deportivo: estudio de la relación entre ambas variables. *Revista de Psicología General y Aplicada, 45*, 315-320.

Lovaas, O. (1990). *La enseñanza en niños con trastornos del desarrollo*. Barcelona: Martínez Roca

Lutzker, J.R. (1993). Behavioral analysis for developmental disabilities: the stage of efficacy and comparative treatments. En T.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.

Lutzker, J.R. y Lamazora, E.A. (1985). Behavioral pediatrics: Research, treatment, recomendations. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Vol. 19. Nueva York: Academic Press.

Lyles, J.N., Burish, T.G., Krozel, M.G. y Oldham, R.K. (1982). Efficacy of relaxation training and guided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 509-524.

Mace, R. (1990). Cognitive behavioural interventions in sport. En J. Graham Jones y L.E. Hardy (Eds.), *Stress and performance in sport*. Wiley series in human performance and cognition. Chichester: John Wiley & Sons.

Maciá, D. y Méndez, F.X. (Eds.) (1988). *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.

Malott, R. (1992). A theory of ruled governed behavior and organizational management. *Journal of Organizational Behavioral Management, 12*, 45-65.

Malott, R., Shimanune, S. y Malott, M. (1992). A theory of ruled governed behavior and organizational management: An analysis of interventions. *Journal of Organizational Behavioral Management*, 12, 103-116.

Marks, I. (1991). *Miedos, fobias y rituales 2*. Clínica y tratamientos. Barcelona: Martínez Roca.

Mash, E.J. y Tersdal, L.G. (1988). Behavioral assesment of child and family disturbance. En L. Mosmosbeh (Ed), *Assesment of childhood disorders*. New York: Guilford Press.

Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavior medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Melamed, B.G. y Bennet, C.G. (1986). Behavioral dentistry. En L.J. Siegel y C. Twentyman (Eds.), *Prevention and treatment in behavioral medicine*. Nueva York: Springer.

Melzack, R. (1983). *Pain measurement and assessment*. Nueva York: Raven Press.

Méndez, X. y Maciá, D. (1990). *Modificación de conducta con niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide

Miguel, J.J. (1995). Evaluación de la ansiedad y de los trastornos de ansiedad. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.

Morín, C. (1991). Cognitive and behavioral perspectives in the treatment of chronic insomnia. *Science et Comportement*, 21, 273-290.

Note, I. (1991). Cognitive and behavioral interventions for bulimia. *Science et Comportement*, 21, 291-314.

Orlick, T. (1986). *Psyching for sport: Mental training for athletes*. Champaign, Ill.: Leisure Press.

Pennypacker, H.S., Bloom, H.S., Criswell, E.L., Neelakantan, P., Goldstein, M.K. y Stein, G.H. (1982). Toward an effective technology of instruction in breast self-examination. *International Journal of Mental Health*, 11, 98-116.

Persons, J.B. (1993). Outcome for psychotherapy on unipolar depression. En T.R. Giles (De.), *Handbook of effective psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.

Philips, H.C. (1988). *The psychological management of chronic pain*. New York: Springer Publishing Company Inc.

Polaino, A. y Gil, J. (1994). *Psicología y diabetes infantojuvenil*. Madrid: Siglo XXI.

Polaino, A. y Del Pozo, A. (1990). Programas de intervención en niños cancerosos. En J.M. Buceta y A. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.

Puente, M.L. (1987). Las técnicas de biofeedback aplicadas a las alteraciones psicofisiológicas. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología clínica y salud. Aplicación de estrategias de intervención*. Madrid: UNED.

Puente, M.L. (1991). Entrenamiento de habilidades sociales en pacientes esquizofrénicos. *Comunicación al III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona, España.

Puente, M.L. y Crespo, M. (1995). Control de estrés en poblaciones especiales: entrenamiento en habilidades sociales con pacientes esquizofrénicos. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología y salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.

Rachman, S. (1980). *Contributions to medical psychology*. Oxford: Pergamon Press.

Raich, R.M. (1994). *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide

Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1974). *Behavior therapy*. New York: Academic Press.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., y Ratcliff, K.S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.

Rugh, J.D. y Lemke, R.L. (1984). Significance of oral habits. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller y S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health*. Nueva York: John Wiley.

Ruíz, M.A. y Villalobos, A. (1994). *Habilidades terapéuticas*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid, Fundación Universidad Empresa.

Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Martínez Roca.

Sánchez-Elvira, A. y Bermúdez, J. (1990). Intervención sobre el patrón de conducta tipo A. En J.M. Buceta y A. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudeba.

Schact, T.E. y Nathan, P.E. (1977). But is good for psychologists? Appraisal and status of DSM-III. *American Psychologist*, 32, 1017-1025.

Shapiro, D. y Kratochwill, L. (1988). *Behavioral assessments in school, Conceptual foundations*. Nueva York: Prentice Hall.

Silva, J. (1984). The emergence of applied sport psychology: Contemporary trends-future issues. *International Journal of Sport Psychology*, 15, 40-51.

Silva, F. y Moro, M. (1994). Evaluación conductual en niños y adolescentes. En R. Fernández-Ballesteros: *Evaluación conductual hoy*. Madrid, Pirámide.

Smith, R.E. (1980). A cognitive-affective approach to stress management training for athletes. En G.C. Roberts y D.M. Landers (Eds.), *Psychology of motor behavior and sport-1980*. Champaign: Human Kinetics.

Spitzer, R.L., Forman, J.B. y Nee, J. (1979). DSM III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry*, 136, 815-817.

Spitzer, R.L. & Williams, J.B. (1987). *Structured clinical interview for DSM III R Outpatient version (SCID OP, 1/4/87)*. Biometrics Research Department. New York: Psychiatric Institute.

Sulzer-Azaroff, B., Pollack, M. y Fleming, R. (1992). Organizational behavior management within structural and cultural constraints: an example for the human service sector. *Journal of Organizational Behavioral Management*, 12, 117-137.

Thase, M. (1993). Depresión no bipolar. En M. Hersen y C. Last (Ed.), *Manual de casos de terapia de conducta*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Toro y Vilardell, P. (1987). *Anorexia nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.

Turk, D.C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine*. Nueva York: Guilford Press.

Vallejo, M.A. y Labrador, F.J. (1984). Trastornos psicofisiológicos: Cefaleas. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.

Vallejo, M.A. y Larroy, C. (1987). La intervención comportamental en las cefaleas. En J.M. Buceta (Ed.), *Psicología clínica y salud*. Madrid: Cuadernos de la UNED.

Vallejo, M.A. y Ruíz, M.A. (1993). *Manual práctico de modificación de conducta* (Vols. 1 y 2). Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Valles, A (1988). *Modificación de la conducta problemática del alumno*. Alcoy: Marfil.

Vallis, M., Shaw, B. y McCabe, S. (1988). The relationship between therapist competence and general therapy skill. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 237-249.

Vázquez, I. (1995). *Proyecto docente para el concurso de profesor titular de psicopatologías*. Universidad de Santiago de Compostela. No publicado.

Vázquez, I. y Buceta, J.M. (1990). Tratamiento comportamental del asma bronquial. En J.M. Buceta y A. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.

Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.

Vera, M.N. y Fernández, M.C. (1990). Tratamiento conductual del estreñimiento crónico. En J.M. Buceta y A. Bueno (Eds.), *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.

Vila, J., Fernández, M.C. y Robles, H. (1988). Promoción conductual de la salud: el ejemplo de las enfermedades del corazón. En: A. Fierro (Ed.), *Psicología clínica. Cuestiones actuales*. Madrid: Pirámide.

Whelan, J.P.; Mahoney, M.J. y Meyers, A.W. (1991). Performance enhancement in sport: A cognitive behavioral domain. *Behavior Therapy*, 22, 307-327.

Wilson, G.T. y O'Leary, K.D. (1980). *Principles of behavior therapy*. Englewoog Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Whitehead, W.E., Renault, P.E. y Goldiamond, I. (1975). Modification of human gastric acid secretion with operant conditioning procedures. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 147-156.

Williams, J.M. (Eds.) (1986). *Applied sport psychology*. Palo Alto: Mayfield.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. Oxford: Pergamon Press.

Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. 4ª edición. New York: Pergamon

Wolpe, J. y Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.

Zaslav, M. (1988). A model of group therapist development. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 511-519.

MÁS ALLÁ DE LA PSICOTERAPIA TRADICIONAL*

EL ENFOQUE HUMANISTA CENTRADO EN LA PERSONA

Juan Lafarga Corona
Universidad Iberoamericana

INTRODUCCIÓN

Al igual que en otros países de América Latina y en España, la psicoterapia tradicional en México ha sido el psicoanálisis o los procesos individuales o de grupo, orientados psicoanalíticamente. La influencia de esta corriente psicológica ha sido tan acentuada que a la misma psicología, como disciplina y como ciencia, se la ha identificado con el psicoanálisis. Aún en la actualidad, en muchos ambientes cultivados, las diferencias entre una corriente psicológica como el psicoanálisis y las ciencias psicológicas con su avanzado desarrollo propio, no son advertidas con claridad.

No hace mucho tiempo, un profesor universitario de psicología, propuso para la carrera un curso sobre "Teoría de la motivación" refiriéndose a la teoría psicodinámica de la corriente psicoanalítica. Con extrañeza y admiración tuvo que admitir que el curso debía titularse "Teorías de la motivación", puesto que existían otras corrientes psicológicas con sus respectivas formulaciones teóricas.

En las universidades de habla española, todavía durante la década de 1950 casi todos los maestros en las carreras de psicología eran filósofos o médicos. Sólo muy lentamente la psicología, en tanto disciplina científica con una metodología propia, se ha ido abriendo camino en las mismas escuelas de psicología de estos países.

Las aportaciones de las distintas formulaciones psicoanalíticas a la ciencia psicológica son innegables. Es muy marcada también la repercusión que dichas aportaciones han tenido en el arte, la literatura, el análisis antropológico, histórico y político, así como en otras disciplinas. Asimismo durante mucho tiempo las hipótesis psicoanalíticas fueron las únicas opciones para una práctica psicoterapéutica seria y profesional. Todo esto explica la identificación de psicoanálisis y psicología en la mentalidad de muchos grupos, pero no la justifica.

Ya en la década de 1990, seguir identificando la psicología con las corrientes psicoanalíticas resulta inadmisibles en el ámbito universitario. Desafortunadamente, es una realidad cultural en los países de habla española, a pesar de la dedicación y los esfuerzos de un número creciente de jóvenes psicólogos que han conseguido que la psicología, como disciplina científica, haya empezado a crecer y a desarrollarse con mayor independencia de modelos filosóficos y médicos. Poco a poco la psicología está siendo reconocida como la ciencia del comportamiento y de la experiencia humana, más que como la disciplina que estudia la psicopatología.

Gran parte del reconocimiento que la psicología ha recibido en los países de América Latina como una ciencia independiente se debe a los esfuerzos de muchos psicólogos que, poniendo mayor énfasis en la objetividad de los datos, en el diseño experimental estricto y en la formulación operacional de los fenómenos sujetos a estudio, han rescatado a la psicología de los consultorios psiquiátricos y las bibliotecas filosóficas para llevarla a todos los campos de la actividad humana.

Si la psicología como disciplina científica es todavía desconocida y, lo que es más lamentable, muy poco utilizada en nuestros países, ¿qué podría decirse de los enfoques psicoterapéuticos emanados de modelos psicológicos como el enfoque centrado en la persona?

Es pues explicable la desconfianza. Sin embargo, los psicólogos creemos que paulatinamente estos nuevos enfoques irán abriéndose paso y traerán como consecuencia no sólo una revitalización de la psicología, sino el que muchas personas que no poseen ni la capacidad verbal y conceptual ni el dinero para ser clientes adecuados de los psicoanalistas, tengan acceso a los servicios psicoterapéuticos.

** El presente trabajo es producto de reflexiones acerca de la práctica profesional llevada a cabo durante los últimos veinte años y que tuvo como fundamento mi aprendizaje al lado de mis estudiantes, de mis maestros y de mis supervisores. Fue redactado por primera vez en 1974 y presentado en el Tercer Congreso Mexicano de Psicología. Desde entonces ha sufrido diferentes modificaciones hasta su presentación final, en marzo de 1990 en el Primer Congreso Nacional de Psicoanálisis Humanista.*

EL ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO CENTRADO EN LA PERSONA

El objetivo de las investigaciones sobre el proceso psicoterapéutico centrado en la persona fue desde un principio aislar aquellas variables que, al margen de consideraciones puramente teóricas, suscitaban un cambio favorable en las personas que buscaban ayuda psicoterapéutica. Al aislar estas variables, se observó que operaban independientemente de la orientación teórica e inclusive, de las técnicas utilizadas por el psicoterapeuta. Es decir, todos aquellos psicoterapeutas que en su práctica profesional mostraban los más altos niveles de empatía, aceptación incondicional y autenticidad, fueron capaces de producir los cambios más estables y benéficos en el proceso psicoterapéutico (Carkhuff y Berenson, 1967; Truax y Carkhuff, 1964 a 1966; Lafarga, 1986).

Las pruebas científicas en apoyo de este núcleo objetivo de reforzadores básicos explica en parte la cantidad de estudios experimentales que confrontan la validez de otras variables en la relación psicoterapéutica como agentes efectivos de cambio favorable (Eysenck, 1952, 1960, 1965; Levitt, 1957, 1963).

La evidencia relativa a la eficacia de este núcleo de facilitadores no se ha obtenido únicamente del estudio de los procesos psicoterapéuticos, sino también de las relaciones entre maestros y estudiantes, padres e hijos, así como de otras relaciones entre personas mutuamente significativas, pero sin carácter profesional (Carkhuff y

Truax, 1966). Es importante destacar que estos cambios favorables no sólo se reflejan en las escalas diseñadas para medir cambios psicológicamente favorables, sino también en escalas de inteligencia y aprovechamiento (Aspy, 1967). A este respecto, Carkhuff y Beresnon, 1967 (1967) afirma:

La implicación directa de estos resultados (...) es que las mismas variables que son efectivas en otro tipo de relaciones humanas lo son también en el proceso psicoterapéutico. Sin embargo, aun cuando las variables primarias son las mismas, sus niveles de aplicación pueden variar con las personas y con el tipo de relación que establecen. Por ejemplo, podría suceder que la comprensión empática de un maestro hacia su estudiante no fuera tan significativa en resultados como la de un padre en relación con su propio hijo (...) Una inferencia plenamente válida que podría derivarse de la eficiencia psicoterapéutica de las condiciones enumeradas, sería que dichas condiciones son operativas precisamente porque son las opuestas a aquellas otras que generaron la problemática y el mal funcionamiento físico en la persona. Es decir, que la problemática individual pudo haberse generado y evolucionado por la ausencia de comprensión afectuosa; respeto, aceptación, autenticidad y suficiente estimulación por parte de las personas significativas en el ambiente social del niño...

Así como la gran contribución de la hipótesis de Freud y de las distintas corrientes psicoanalíticas que emanaron de la formulación original, ha sido ahondar notablemente la comprensión diagnóstica de los desajustes emocionales, especialmente de la neurosis, estas hipótesis no han tenido un éxito comparable en la generación del cambio en la dirección de la salud y el crecimiento. Con amplitud y coherencia, las hipótesis diagnósticas emanadas de las distintas corrientes psicoanalíticas han iluminado los orígenes y la gestación de los trastornos emocionales al remontarse, a través de los síntomas, a las condiciones originales en el medio familiar y social; y en este sentido han hecho aportaciones básicas al estudio de la psicopatología. Sin embargo, la misma duración de los procesos psicoanalíticos es sólo un indicio de su bajo nivel de eficiencia para estimular transformaciones favorables.

Para cualquier persona -y especialmente para la que está afligida con trastornos emocionales- es importante comprender los orígenes y la gestación de su problemática, pero lo fundamental es encontrar formas adecuadas de tratamiento y optimización de sus recursos con la mayor brevedad posible.

Algunos psicólogos del aprendizaje prescinden, en cambio, de cualquier variable subjetiva o intrapsíquica que no tenga manifestaciones concretas en la conducta externa para explicar el cambio terapéutico. Centran su atención en la modificación de la conducta y para ello diseñan técnicamente el cambio, realizando en primer término un estudio de las contingencias condicionantes, en la historia de la persona, para generar el plan o el programa apropiado que conducirá a los objetivos de modificación conductual. Formulan hipótesis, y explican el aprendizaje y el cambio con base en el paradigma clásico de estímulo-reforzamiento-respuesta.

La aplicación de la metodología experimental a la modificación de la conducta para inducir cambios favorables, se ha demostrado muy efectiva en la remisión de síntomas y otros trastornos de la conducta como problemas de aprendizaje, autismos y adicciones, pero tal vez debido a prescindir sistemáticamente de los fenómenos subjetivos -tan reales para cualquier persona como su misma conducta externa-, no han podido generar la sensación de bienestar interno ni garantizar el establecimiento consistente de pautas favorables de crecimiento a través de prolongados períodos, después de la programación y la modificación conductual (Carkhuff y Beresnon, 1967, 1967).

Más allá del proceso psicoterapéutico que considera al análisis del psicodiagnóstico como la esencia de los fenómenos de cambio favorable; más allá de la técnica e ingeniería del cambio, que ignoran la realidad del fenómeno interno y de los significados de la experiencia subjetiva, es necesario buscar las condiciones necesarias y suficientes para el cambio favorable y prolongado, a través del proceso psicoterapéutico, sugeridas por la evidencia de la investigación a partir de hipótesis emanadas de la práctica (Lafarga, 1986).

SINTETIZA Y DEPURA LAS CORRIENTES TRADICIONALES

Como modelo psicoterapéutico, el enfoque centrado en la persona ha tenido el propósito empírico de identificar aquellos factores que facilitan el cambio favorable y duradero tanto en la persona que busca ayuda como en el terapeuta. Los explicitadores de este enfoque, sin negar las valiosas aportaciones de otras corrientes psicoterapéuticas, han prescindido de marcos de referencia puramente teóricos, así como de lealtades reduccionistas al mitificado "método científico". Y no por desdén, sino para no ser obstaculizados por consideraciones de ortodoxia, teóricas o metodológicas, en la identificación y formulación operacional de aquellas variables que, según la evidencia de largos años de investigación (Lafarga, 1986), facilitan -de hecho- el cambio favorable y persistente.

Entre los profesionales de la ayuda psicológica es cada vez más aceptado que la eficacia psicoterapéutica no depende de la orientación ideológica o de la técnica del psicoterapeuta, y que la distinción entre terapeutas efectivos, medianamente efectivos y poco efectivos no puede establecerse tomando como criterios la orientación teórica y la técnica específica (Lafarga, 1986). Al parecer, los psicoterapeutas creativos y más eficientes recurren a aquellos elementos teóricos, metodológicos y prácticos que contribuyan al crecimiento o cambio favorable y duradero de la persona con quien están comprometidos en una relación de ayuda. También es fácilmente observable que las mismas "corrientes" psicoterapéuticas se van enriqueciendo unas con otras, independientemente de prejuicios teóricos o metodológicos. Ya Alfred Adler, a raíz de sus primeras disidencias con la corriente psicoanalítica ortodoxa, sugería que el proceso psicoterapéutico efectivo era en realidad uno solo, con distintas variaciones (Ansbacher, 1956).

La empatía

La actitud empática en el psicoterapeuta, que se manifiesta en un intento de éste por comprender a fondo la experiencia de la persona en búsqueda y por transmitir verbalmente esta comprensión esclarecedora, es compartida por todas las corrientes psicoterapéuticas contemporáneas. Las diferentes formas de psicoanálisis tienen como objetivo en el psicoanalizado una comprensión exhaustiva de sí mismo. Los modificadores de la conducta, para poder diseñar un programa adecuado a la persona que recibe ayuda, necesitan la empatía para explorar los factores condicionantes con la mayor precisión posible. En general podría decirse que la actitud empática, en este sentido general, es actualmente reconocida por todas las corrientes como un elemento indispensable del proceso psicoterapéutico.

La aportación del enfoque centrado en la persona consistió en la identificación y análisis de esta actitud y en el énfasis que puso en ella como un factor terapéutico de primer orden en el proceso. Con este enfoque, la actitud empática puede ser descrita como un captar la experiencia de la otra persona en la interacción psicoterapéutica del presente con todos los matices de sentimiento, superficial o profundo; y con todos los significados simples o complejos que esta experiencia tiene para dicha persona. Es una captación no evaluatoria de la experiencia de esa persona tal como ella la vive y la describe, comunicada con nitidez y con afecto. Tiene como objetivo inmediato comunicar la comprensión de la experiencia, con claridad en la formulación por una parte; y con interés y afecto, por la otra.

Todos los sistemas psicoterapéuticos, pero principalmente los derivados de corrientes psicoanalíticas, tienen como objetivo práctico revertir el proceso represivo producto de la confrontación de las necesidades del individuo con exigencias sociales de muy distinta índole. La interacción empática genuina, como sabemos gracias a la investigación (Lafarga, 1986), facilita con mayor rapidez el proceso "depresivo" -o sea la exploración consciente de la experiencia en amplitud y profundidad- que las interpretaciones psicodinámicas o las preguntas encaminadas a formular un plan de cambio.

La actitud empática en el enfoque centrado en la persona supone que toda persona es capaz, en condiciones favorables, de explorar su propia experiencia y, debido a su impulso natural al crecimiento, efectuar los cambios que considera más apropiados para sí. Tiene como objetivo inmediato facilitar y estimular esta exploración y estos cambios. El entrenamiento clínico del psicoterapeuta centrado en la persona está enfocado a captar, con la mayor precisión posible, los matices del sentimiento y del significado en la experiencia de la persona que recibe ayuda. No necesita ésta hacer una regresión para ir integrando a su experiencia consciente elementos que habían quedado fuera de ella; a medida que la exploración de la propia experiencia va siendo más fácil, más amplia y más profunda, los elementos inhibidos o desintegrados van siendo asimilados otra vez.

En las corrientes psicoanalíticas, el modelo psicoterapéutico es un modelo médico. El analista en realidad no se comunica con la persona, sino que interactúa con ella analizando el discurso. El analista, como el médico, diagnostica a su "paciente", decide cuáles son los elementos importantes en la génesis de la "enfermedad", fija los objetivos del "tratamiento" y prescribe los procedimientos para la "curación". En muchos casos este tipo de intervención, en la experiencia del "paciente", no es más que un revivir, con otro lenguaje y en otras circunstancias, la misma experiencia patogénica de ser inapropiado en la conducta, en la manifestación de los sentimientos y en la forma de comunicarlos. Es un revivir la impotencia y la dependencia, no por introyecciones sociales o morales, sino por la realidad del presente, aquí y ahora, frente a los criterios y a la autoridad del médico psicoanalista.

Ya Adler había apuntado que la relación psicoterapéutica es más eficiente cuando el analista asume una actitud amistosa "como entre iguales" (Ansbacher, 1956); y Sullivan, Horney y Fromm habían propuesto métodos tendientes a mejorar la interacción con el "paciente" para facilitar el análisis. Sin embargo, no consideraron que estas modalidades de interacción tuvieran por ellas mismas una eficacia psicoterapéutica mayor que el aprendizaje y la asimilación progresiva del psicodiagnóstico por parte del "paciente".

En la psicología conductual, el modelo médico de los enfoques psicoanalíticos ha sido sustituido por el modelo técnico ingenieril. El técnico pregunta, indaga, formula y

reformula las condiciones que produjeron el trastorno; la persona cuya conducta debe ser modificada es un mero colaborador de aquél. Puesto que los intentos de iniciativa que muestran los pacientes que no cuadran con los marcos de referencia del médico psicoanalista son calificados de "resistencias" al tratamiento, las discrepancias de la persona cuya conducta está siendo modificada, y que no son compatibles con los repertorios "científicos" del modificador, son descartadas como poco objetivas, mentalistas e irrelevantes para conseguir los objetivos del cambio.

En el planteamiento de la relación psicoterapéutica, tanto en los modelos psicoanalíticos como los conductuales -y lo mismo se podría decir de los gestaltistas y de otros-, el psicoterapeuta en un aspecto muy importante; sabotea sus propios objetivos cuando actúa como director, planificador y maestro en el proceso, puesto que refuerza precisamente, de forma abierta o sutil, la dependencia y la pasividad de la persona que recibe ayuda. El simple aprendizaje y el restablecimiento de pautas constructivas de reaccionar hacia sí mismo y hacia los demás no bastan para garantizar cambios favorables y persistentes, si la persona que recibe ayuda no se siente capaz y responsable por sí misma de tomar la iniciativa y asumir las decisiones al integrar su experiencia, al encontrar los propios significados y al orientar y planificar la propia conducta, en congruencia con los propios recursos y las circunstancias del medio que lo rodea.

En el mejor de los casos, fueron individuos autoritarios que "sabían más" o que "podían más" quienes generaron la desintegración de la experiencia y de la conducta en las personas que buscan ayuda. Únicamente personas expertas, capaces de facilitar y estimular el aprendizaje compartiendo iniciativas y responsabilidades, y que se consideren ellas mismas en continuo aprendizaje y no "maestras", podrán facilitar el proceso de reintegración.

La actitud positiva incondicional

En mayor o menor grado, los diversos sistemas psicoterapéuticos conceden gran importancia a la expresión libre y espontánea de la persona que recibe ayuda, pero divergen en la metodología para estimular dicha expresión. La permisividad del psicoterapeuta para facilitar la manifestación de la experiencia implica de su parte no emitir juicios de valor, explícitos o implícitos, sobre la persona o sobre su conducta. Esta permisividad ha sido una de las características del proceso psicoterapéutico en las distintas corrientes analíticas.

En los procesos de modificación de la conducta, la permisividad queda circunscrita por los límites que impone -con toda claridad y según su criterio- el ingeniero o modificador, quien desde un principio refuerza los repertorios de conductas apropiadas y procura inhibir las que no lo son, de acuerdo con objetivos establecidos. A la persona se le permiten exclusivamente conductas que contribuyan a la formulación y aplicación del programa (Frank, 1961).

En el enfoque centrado en la persona, la actitud positiva incondicional puede ser descrita no sólo como permisividad, sino más aún como una actitud de manifiesto interés y aprecio por todo lo que la persona es, por todas sus conductas y por su comunicación. No es aprobación -ya que ésta puede ser tan rechazante como la desaprobación-, sino un interés genuino y manifiesto por todo lo que constituye la realidad interior y la exterior de la persona. Las mismas conductas y actitudes "destructivas" o "enfermas" son tan merecedoras de comprensión y aprecio como cualquier otra experiencia, ya que estas reacciones pseudoadaptativas, defensivas o claramente autodestructivas o antisociales son producto de condiciones adversas que

bloquean de algún modo el impulso básico hacia el crecimiento y desarrollo inherente a todos los organismos vivos.

Las contraposiciones estructurales que Freud introdujo entre las fuerzas impulsivas del organismo, por una parte, y las depresiones del ambiente por la otra, así como las fuerzas adaptativas del mismo organismo, son constructos conceptuales que ayudan a comprender el aparato psíquico, pero oscurecen la realidad comprobable del impulso básico hacia el crecimiento, hacia la satisfacción y hacia el goce de la vida en todos los niveles de la conciencia. Impulso objetivo y evidente en los organismos vivos y sus distintas especies, consciente en el hombre, y que subyace a todas las estructuras y procesos en la evolución de la vida (Teilhard de Chardin, 1959).

Cuando el impulso es obstaculizado por circunstancias adversas, internas o ambientales, puede hacerse destructivo si no encuentra cauces para promover la adaptación y el crecimiento. Desde este enfoque, la patología es entendida como un producto del mismo impulso hacia el crecimiento, cuando este impulso no encuentra los canales adecuados para propiciar la adaptación y el crecimiento. Como el vapor de una caldera cuya función es mover una turbina, puede quemar o destruir la caldera si no encuentra los canales adecuados de salida.

Freud explicó, en función de las fuerzas instintivas básicas del organismo, las estructuras adaptativas del "yo". Hartman, en cambio, atribuyó un origen autónomo a tales estructuras. El hecho es que ni las fuerzas instintivas ni las estructuras adaptativas ni las presiones ambientales pueden ser bien comprendidas si se les considera de forma separada y no como integrantes de un solo impulso hacia el crecimiento y evolución en los organismos y en sus especies, cuya manifestación más importante fue la aparición y el desarrollo de la vida consciente (Teilhard de Chardin, 1951).

La aceptación incondicional de este impulso hacia el crecimiento en toda conducta de la persona que busca ayuda psicoterapéutica, facilita que la experiencia subjetiva de ésta resulte comprensible y manejable. Cuando la persona descubre que todo en ella, aún su llamada patología, es producto de dicho impulso y se la recibe con una actitud positiva incondicional; en tanto que su experiencia, su comunicación y su conducta no sólo merecen sino que reciben genuino aprecio por parte del psicoterapeuta, los recursos de esta persona, en el presente, se van movilizand para hacerla crecer en autoestima, ampliar el ámbito de su conciencia, establecer pautas más constructivas de funcionamiento y, lo que es más importante, para sentir hacia sí misma y hacia los demás la actitud positiva incondicional que está experimentando en la relación terapéutica. Introyecta o internaliza esta actitud positiva y aprende a quererse a sí misma, no como "debería ser", sino como realmente es.

En la persona que recibe ayuda, el reforzamiento de esta actitud de aceptación, aprecio y afecto hacia sí misma por lo que realmente es, constituye el núcleo de la psicoterapia. Tener como objetivo el establecimiento de repertorios de conducta "apropiados", y descuidar el reforzamiento de esta actitud de estima de la persona hacia sí misma, equivale a curar las hojas de un árbol descuidando el tronco, cuya médula es causa de la enfermedad del follaje.

Los sistemas de ayuda, de orientación o de psicoterapia que privan a la persona de experimentar aprecio por sí misma, por su "patología" como una reacción pseudoadaptativa, por sus descubrimientos e inclusive por sus propias equivocaciones -aunque proporcionen *insights* sobre las causales de los síntomas, o propongan y

refuerzan pautas de conducta o modelos de acción más adecuados y satisfactorios-, sabotean sus esfuerzos al retacearle la satisfacción de la necesidad de autoestima, tan importante para subsistir psicológicamente sana, como el aire que respira para mantener la vida.

Resulta difícil, en verdad, mantener una genuina actitud positiva incondicional hacia el comportamiento global de otra persona, cuando no se acepta que ésta tiene la capacidad para orientar su propia existencia; y se cree que son únicamente circunstancias fisiológicas o del ambiente las determinantes de la conducta. Si se asume que la persona que está obviamente condicionada por el medio no es responsable de alguna forma de sus propias acciones, entonces lo único importante sí es manipular las circunstancias, sean biológicas o ambientales, para producir los cambios apropiados. Sin embargo, la conciencia de libertad, en toda persona, a pesar de los condicionamientos determinantes conscientes o inconscientes, es algo ineludible. Los sistemas psicoterapéuticos que no aceptan la existencia de la opción libre en el organismo humano, por lo menos se verán forzados a aceptarla como si fuera un hecho real, del cual no se podrá prescindir en la práctica (Skinner, 1970), para que el proceso psicoterapéutico pueda tener resultados favorables y persistentes.

Tanto la permisividad como la actitud positiva incondicional parecen tener sus límites en todas las corrientes psicoterapéuticas. Así, la palabra incondicional puede ser la más adecuada para calificar esta actitud desde el enfoque centrado en la persona. Más adelante analizaré, sin embargo, la conveniencia de mantener este calificativo.

En la práctica psicoterapéutica emanada de las orientaciones analíticas, la permisividad tiene límites muy claros. Se permite y se estimula la expresión catártica de sentimientos y emociones y cualquier forma de expresión o manifestación verbal de la experiencia. Sin embargo, no se tolera la actuación de los sentimientos como tampoco otras conductas que, en la sala de consulta, parezcan inapropiadas al analista conforme a criterios teóricos, profesionales o éticos. Los modificadores de la conducta, desde la misma formulación del contrato profesional de ayuda, marcan los límites apropiados a la conducta de la persona en la sala de trabajo.

Estos límites varían considerablemente según los criterios de las muy distintas corrientes conductuales (Eysenck, 1960; Wolpe, 1958; Bandura, 1961; Ullmann y Krasner, 1965).

En el sistema centrado en la persona, la actitud positiva incondicional del psicoterapeuta no tiene más límites que aquellos que la misma actitud positiva incondicional hacia sí mismo impone a la otra persona. Los límites no derivan de modelos teóricos o de la convivencia de imponer a otros normas éticas o profesionales que el psicoterapeuta considera convenientes para sí mismo y para los demás, sino de un llano, claro y personal reconocimiento del propio derecho a actuar en congruencia con las propias convicciones.

Los límites no se fijan conforme a verdades o principios preestablecidos, sino conforme a convicciones personales de las cuales el psicoterapeuta asume la responsabilidad completa. En este sentido, la relación psicoterapéutica adquiere las características de la más sana convivencia entre los hombres. Los límites de la libertad individual están marcados por el derecho que tienen los demás miembros del grupo a su propia libertad. En casos de conflicto entre las libertades individuales, el criterio del bien común o mayor bien alcanzable para todos los miembros del grupo, base de toda sociedad, prevalece sobre la conveniencia individual. En otras palabras: la persona que busca ayuda experimenta de inmediato la vivencia de ser aceptada

incondicionalmente en todas las dimensiones de su propia experiencia, pero también experimenta que su conducta tiene límites al convivir armoniosamente con otro ser libre.

Autenticidad

En la práctica psicoterapéutica generalmente se acepta que la mayor autenticidad o correspondencia entre lo que una persona percibe y lo que dice de sí misma es índice de buen funcionamiento psíquico. En realidad, el que llegue a existir un alto grado de esta correspondencia en la comunicación de las personas es uno de los objetivos importantes del proceso psicoterapéutico que está enfocado a que la persona que recibe ayuda, en la misma relación con el psicoterapeuta, se vaya liberando del conflicto y de la inconsistencia entre lo que experimenta y lo que expresa de sí misma.

¿Cómo se genera o se impulsa esta autenticidad o esta congruencia? Las distintas corrientes y orientaciones psicoterapéuticas parecen diferir notablemente en la respuesta, no sólo por sus afiliaciones teóricas o metodológicas, sino por su técnica y práctica profesionales que, además, difieren considerablemente de un psicoterapeuta a otro.

La participación del analista en el proceso es muy variada según las diversas corrientes emanadas de la teoría psicodinámica. Sin embargo, puede decirse que para que un psicoanálisis sea considerado como tal es necesario que el analista no interactúe, sino que analice la comunicación de la persona que está recibiendo la ayuda psicoterapéutica. Más aún, la involucración interactual del analista con su paciente durante el proceso es considerada como manifestación de reacciones "contratransferenciales" que interfieren con dicho proceso si no son también analizadas. El analista debe ser un agente neutro, no involucrado en interacciones personales con su "paciente", para que este último pueda proyectar en él la conflictiva de sus relaciones interpersonales y su experiencia interna. No involucrarse personalmente, si esto es posible, facilita estas proyecciones y garantiza la objetividad del análisis. El control emocional del analista debe además propiciar en él una expresión objetiva e intelectual de sus puntos de vista, de tal suerte que el permitirse reacciones emocionales o comunicaciones de tipo personal es considerado como signo de que su propio análisis no ha sido terminado.

En los distintos tipos de modificación o ingeniería de la conducta se toma en general la actitud del técnico frente al problema concreto. La tarea de éste consiste en identificar con claridad los distintos sistemas de reforzamiento que han generado y mantenido los deterioros en la conducta. Una vez identificados, se diseñan los nuevos sistemas reforzadores de conductas nuevas que reviertan el proceso deteriorante y establezcan y consoliden repertorios conductuales apropiados y consistentes. El técnico modificador tampoco interactúa de forma personal con la persona que solicita sus servicios profesionales, como no lo harían el arquitecto o el asesor en administración con su clientela.

El analista antes de llegar a serlo, se somete él mismo a un análisis riguroso. El modificador de la conducta, que yo sepa, no se somete a sí mismo a un proceso de modificación de sus propias pautas conductuales para llegar a ser un modificador. La preparación de este último es en parte académica y universitaria para familiarizarse con las diversas teorías del aprendizaje; y en la parte práctica, en los laboratorios, a fin de dominar la metodología experimental. Obtiene la práctica como modificador

profesional de la conducta, en consultorios o clínicas en que la metodología del trabajo es muy semejante a la del laboratorio.

Desde hace tiempo hemos sentido la curiosidad de saber cómo manejan los ingenieros de la conducta sus propios procesos internos, los cuales teóricamente son considerados como inexistentes; qué valor adjudican a sus propias convicciones y a las decisiones que constantemente toman; con qué criterios evalúan sus propios repertorios conductuales. Estimo personalmente a los modificadores de la conducta que conozco, como profesionales serios y dedicados, pero estas preguntas que me intrigan han obtenido sólo respuestas evasivas y poco claras.

Crear que las actitudes y conductas personales del analista y del técnico modificador no tienen influencia directa de modelamiento en el proceso psicoterapéutico; o que es posible en la práctica -porque lo es en la teoría- funcionar como un agente neutro de aprendizaje en la relación de ayuda, es cerrar los ojos, no sólo a la investigación que se ha hecho en este campo (Carkhuff, 1967), sino a la experiencia de muchos "pacientes" y "clientes", que han podido captar y asimilar la diversidad y multitud de mensajes supuestamente neutros, verbales y no verbales, transmitidos a través de la conducta de sus terapeutas o modificadores.

Tanto los sistemas psicoterapéuticos analíticos como los programas de modificación de conducta se han hecho invulnerables a la crítica que proviene de su clientela. Tienen perfectamente racionalizada su defensa, con argumentos de gran respetabilidad. Los analistas "interpretan" estas críticas como "resistencias al tratamiento" o al análisis, como reacciones transferenciales hacia otras personas en el pasado de sus pacientes. Los modificadores de la conducta consideran que las críticas provenientes de su clientela tienen como origen principal el desconocimiento de la técnica o de la "metodología científica" y el rechazo a nuevos aprendizajes.

La investigación reciente (Rogers) ha demostrado que la relación psicoterapéutica es, ante todo, una relación de comunicación entre dos personas. Y como el objeto de esta relación, desde el punto de vista de la persona que recibe ayuda, no es llegar a ser un técnico ni un analista sino llegar a funcionar mejor como persona humana, únicamente aquellos aspectos de la conducta del psicoterapeuta que lo manifiestan como persona tendrán influencia directa y predominante en la otra persona. Sólo como tal servirá de modelo y será fundamentalmente evaluada por quien recibe la ayuda psicoterapéutica.

Según el enfoque centrado en la persona, el psicoterapeuta es consciente de estas percepciones en su clientela y del influjo que tienen en el mismo proceso psicoterapéutico. En efecto, como persona humana el psicoterapeuta es un modelo de identificación para quien recibe ayuda, tan importante como los padres o como los seres más significativos en la vida de su clientela. De aquí que la transmisión de valores a través de mensajes verbales y no verbales que se intercambian en la relación psicoterapéutica se convierta en realidad ineludible.

La honradez en la comunicación de la propia experiencia se aprende mejor de una persona que transmite y comunica la suya de forma honesta, que de la mejor técnica de condicionamiento o de la interpretación de los mecanismos sociales que produjeron la falta o el deterioro de la comunicación. Así también la aceptación de uno mismo y la estima de los propios recursos y de la propia conducta, se aprende más a través de la relación con una persona que puede aceptarse a sí misma y estimar sus propios recursos y su propia conducta, de una manera honrada y no defensiva.

El psicoterapeuta que es capaz de escuchar con atención no dividida, de mostrar genuino aprecio por todos y por cada uno de los elementos en la comunicación que recibe, de clarificar y ordenar esta comunicación sin distorsionarla; al mismo tiempo que facilita una amplia y profunda expresión de la experiencia de su cliente, favorece que dichas actitudes sean poco a poco introyectadas y se conviertan así en el elemento básico del proceso de reconstrucción.

Así, cuando responde clara y honestamente a las preguntas de tipo personal, está transmitiendo un mensaje no verbal de que para mantener la propia estima no es necesario ser defensivo y de que, inclusive cuando se es defensivo, es posible reconocerlo y no perder la autoestima.

Si es capaz de expresar sus propios sentimientos y reacciones emocionales, manteniendo el respeto y la estima por sí mismo y por su cliente, está al mismo tiempo mostrando que es posible expresar y manejar los sentimientos sin tener que justificarlos o racionalizarlos.

¿Requiere todo esto que el psicoterapeuta sea un modelo de buen funcionamiento psíquico por la integración y manejo de su experiencia y por sus pautas de conducta en todos los ámbitos de su actividad personal y profesional? Si así fuera, nadie podría practicar la psicoterapia. Más aun, sería imposible la ayuda a través de la relación interpersonal. La condición indispensable para que el psicoterapeuta pueda ser un agente facilitador del cambio favorable y permanente es que él mismo esté genuinamente en búsqueda de su propio crecimiento. Que conozca las áreas de su propia problemática personal y el efecto que éstas producen en sus relaciones de ayuda, y que esté trabajando por encontrar sus propias soluciones constructivas. Que esté procurando crecer en honestidad y autoestima, que vaya asumiendo creciente responsabilidad por las decisiones de su vida y esté intelectual y visceralmente persuadido de que lo que es bueno para él mismo no necesariamente lo es para los demás.

En el enfoque centrado en la persona, el psicoterapeuta emerge en la relación psicoterapéutica con toda la vulnerabilidad de su ser real. Esta vulnerabilidad se ha demostrado más efectiva para obtener resultados favorables a través del proceso, que la imagen del terapeuta profesional inalcanzable, capaz de situarse por encima de la problemática humana y evaluarla y explicarla desde su sillón de cuero, detrás del escritorio o a la cabecera del diván.

Existen psicoterapeutas que manejan excepcionalmente las técnicas psicodiagnósticas y, consecuentemente, son maestros en la interpretación aguda y perspicaz. Esto no necesariamente los hace mejores psicoterapeutas, ni más expertos en las relaciones interpersonales, tanto familiares como sociales y, aunque hayan sido psicoanalizados, no necesariamente han tenido la vivencia compartida de una relación interpersonal cercana y profunda. Llegar a ser capaz de representar el papel del analista, especialmente por la continencia de la expresión emocional ante la comunicación de los demás sin interactuar con ellos, ha demostrado ser antiterapéutico. La experiencia y la investigación han comprobado que a veces la torpe -y muchas veces distorsionante- percepción de los "pacientes" sobre un analista, lejos de manifestar resistencias da un profundo sentido de realidad al proceso psicoterapéutico.

La técnica en manos de un profesional, auténtico y genuino en la relación interpersonal psicoterapéutica, es un instrumento de valor incalculable para facilitar el desarrollo del proceso. En cambio, esa misma técnica en manos de un

psicoterapeuta no acostumbrado a manifestarse como persona real, en la relación de ayuda obtiene resultados muy parciales y a muy largo plazo.

El psicoterapeuta como agente neutro en el proceso psicoterapéutico, no puede darse. La persona humana se manifiesta a través de los más insignificantes matices de su comportamiento: la forma de saludar, el tono de voz, la ropa, el mobiliario de la oficina, la forma y el estilo de intervenir o de interpretar y muchos otros elementos no verbales, transmiten innumerables mensajes implícitos o explícitos acerca de la persona que realmente es el psicoterapeuta.

¿Para qué, entonces, pretender actuar como un agente neutro, si esto, en el mejor de los casos, no es más que una ficción teórica?

La autenticidad no sólo no opaca la seriedad y el profesionalismo de la relación, sino que coloca a estos atributos en sus perspectivas más reales. Todo proceso psicoterapéutico tiene como objetivo elevar el nivel de autenticidad en las personas que se benefician de él. Tanto la práctica como la investigación sugieren que el mejor reforzador de la comunicación auténtica es la conducta del propio terapeuta (Carkhuff, 1974). La autenticidad en la relación interpersonal quita al terapeuta tonos dogmáticos y autoritarios al manifestar sus puntos de vista, lo hace más humilde y modesto al emitir sus hipótesis o hacer interpretaciones. Consciente de que en la comunicación siempre hay elementos que desconoce, tendrá que manifestar sus percepciones de forma tentativa, abierto a entender más. Tendrá que bajarse del sillón del maestro a la arena de la vida y aceptarse como un compañero de búsqueda.

ENRIQUECE EL ENFOQUE EXISTENCIAL

Las corrientes psicoterapéuticas existenciales (May, 1969, 1975) tuvieron su origen en la filosofía existencial europea (Jaspers, 1953; Sartre, 1955; Kierkegaard, 1944), en la metodología fenomenológica (Heidegger, 1962; Strauss, 1963), así como en los esfuerzos integradores de ambos sistemas filosóficos y sus aplicaciones a la psicoterapia (Binswanger, 1963; Boss, 1963).

Los presupuestos filosóficos de las corrientes psicoterapéuticas existenciales son tan similares a los postulados empíricos del enfoque centrado en la persona, que este último podría considerarse una nueva corriente psicoterapéutica existencial.

Es común a los sistemas psicoterapéuticos existenciales considerar la experiencia subjetiva del individuo, continuamente cambiante, como la "realidad"; y la percepción de esta realidad influyendo en la organización e integración de la experiencia interna.

Cuando la percepción de la propia experiencia se modifica, la misma experiencia del organismo cambia también. Es decir, cuando la percepción de la realidad interna produce satisfacción y agrado, la experiencia interna tiende a enriquecerse y a integrarse; cuando, en cambio, la percepción de la experiencia interna genera disgusto, ansiedad o temor, la misma experiencia interna se empobrece y se hace rígida. Se establece así una cadena retroalimentadora de reacciones que puede ser influida tanto en un sentido positivo como en uno negativo, al modificarse la percepción que la persona tiene de su propia experiencia.

"El organismo reacciona como una totalidad organizada ante el campo fenoménico de su percepción y manifiesta una tendencia o impulso básico a actualizar, mantener y desarrollar el organismo experienciante" (Rogers, 1951). En lugar de hablar de numerosas necesidades y motivos, es posible describir los impulsos orgánicos y psicológicos como tendencias a la satisfacción de la necesidad fundamental de crecimiento. Snygg y Combs (1949) describen esta fuerza direccional, que biólogos, antropólogos y psicólogos observan en la vida orgánica, en el fenómeno psíquico y en el desarrollo cultural, como una exigencia del organismo individual y colectivo a avanzar en la dirección del crecimiento, acomodándose o superando las dificultades del ambiente. El organismo no se mueve suavemente hacia la autorrealización y el crecimiento y, sin embargo, en la totalidad de los individuos, el esfuerzo que supone mantener una dirección progresiva en el crecimiento, genera mayor satisfacción que los goces efímeros, aunque reales, de no avanzar en esta dirección o caminar hacia atrás.

Así, la conducta humana puede ser descrita como el esfuerzo intencional del organismo por satisfacer sus necesidades, tal como las experimenta ahora, en el campo fenoménico de su experiencia o realidad, y como ésta es percibida por él. La conducta no es propiamente "causada" por algo que sucedió en el pasado, sino por las tensiones fisiológicas y psicológicas experimentadas en el presente, que son las únicas que el organismo puede reducir. Así como experiencias anteriores generaron los hábitos emocionales y la conducta del organismo en el pasado, las tensiones del presente y la experiencia actual, percibida y simbolizada "aquí y ahora", proporcionan los elementos del cambio actual. La experiencia pasada incide en la experiencia total del organismo por su realidad contemporánea, y no por su realidad conceptual histórica.

En el organismo humano, una parte del campo perceptual se va diferenciando gradualmente constituyendo la autoimagen (self). Snygg y Combs (1949) y Angyal (1941) han contribuido notablemente al estudio de la formulación de la imagen de uno mismo como resultado de la interacción con el ambiente, y particularmente en la interacción con otros seres humanos.

A medida que se suceden las experiencias en la vida, éstas van siendo percibidas, simbolizadas y organizadas en relación con la imagen que el individuo se va formando de sí mismo. Si estas experiencias son satisfactorias y compatibles con una imagen aceptable de sí mismo, van siendo integradas; si, por el contrario, son percibidas como amenazadoras y destructivas, pueden llegar a ser distorsionadas o totalmente ignoradas. A una de estas tres pautas de percepción de la experiencia pueden obedecer todas las modalidades de la conducta en el organismo humano.

A medida que experiencias distorsionadas o negadas en el pasado empiezan a ser vividas en el presente sin amenazas para la imagen de uno mismo, es decir, cuando son asociadas con experiencias favorables a esta imagen, van pasando a formar parte de la experiencia total y a ser aprovechadas por el organismo de forma consciente.

Toda experiencia visceral, sensorial o cognoscitiva que es percibida como amenaza a la imagen de uno mismo, genera un estado de ansiedad que pone en movimiento todos los recursos del individuo para transformar dicha experiencia en favorable a la propia imagen. Si los esfuerzos resultan inútiles, la propia imagen se deteriora. Si la amenaza resulta intolerable, la experiencia es distorsionada o negada.

Cuando en el proceso psicoterapéutico el análisis conceptual de las experiencias del pasado o del presente tiene más importancia que la experiencia concreta del "aquí y

ahora", se están perdiendo y desaprovechando los elementos más valiosos para la reconstrucción y el cambio. Los trastornos emocionales no fueron generados por procesos conceptuales, sino por experiencias vividas en un momento dado, en un "aquí y ahora" en el pasado de la persona. De tal suerte que si la comprensión racional y conceptual sustituye a la experiencia actual, el proceso psicoterapéutico se estanca o se prolonga indefinidamente.

¿Qué importa que la persona, en un momento dado no tenga una comprensión profunda de la génesis de su problemática emocional? Lo verdaderamente importante para ella es sentirse mejor consigo misma, ampliar el ámbito de su experiencia interna y externa, sentirse menos dependiente de los demás, más responsable de sus propias decisiones en la vida y establecer pautas de conducta más favorables al propio crecimiento y al de las otras personas con quienes se relaciona.

Con el esfuerzo psicoterapéutico se concentra en la experiencia del "aquí y ahora" - es decir, en establecer las condiciones que impliquen una ausencia total de amenazas para la estructura de la imagen que de sí misma tiene la persona, de tal suerte que pueda explorar y expresar con creciente libertad lo que para ella tenga importancia y significado-, el proceso tiene resultados inmediatos, no tanto por los contenidos conceptuales que hayan sido manejados o aclarados durante la sesión, sino por la experiencia de bienestar, la disminución de la ansiedad, la amplitud y la profundidad de la experiencia vivida, y la mejor imagen que de sí misma se lleva la persona.

Una comprensión cognoscitiva y conceptual de la experiencia tanto presente como pasada es casi irrelevante en el proceso psicoterapéutico (Lafarga, 1986). En cambio, sentirse en contacto directo con la propia experiencia del "aquí y ahora", asociada ésta con sentimientos de autoestima, producen en la persona reacciones psicoterapéuticas inmediatas. Un buen análisis conceptual de la experiencia y mejores aproximaciones de la realidad externa, son más bien consecuencia de un sano proceso psicoterapéutico, que su causa.

El objetivo inmediato, operacionalmente formulado, del proceso psicoterapéutico podría, en consecuencia, ser: modificar la percepción que la persona en busca de ayuda tiene de sí misma, a través de la experiencia "aquí y ahora" de la relación terapéutica, más bien que alcanzar una comprensión intelectual de la dinámica que generó las distorsiones perceptuales. Esta modificación es posible cuando las reacciones de rechazo, ansiedad y temor, asociadas con la autoimagen son sustituidas por reacciones de aceptación y aprecio, en una relación interpersonal.

Independientemente de variaciones de matiz, los sistemas psicoterapéuticos existenciales consideran que el hombre únicamente es capaz de aprender sobre sí mismo a través de sus relaciones con otros seres humanos. Así como las relaciones con otros seres humanos generaron un aprendizaje defectuoso sobre uno mismo y deformaciones perceptuales que se encuentran en la base de todo trastorno psíquico, de igual manera una percepción satisfactoria y un aprendizaje creativo y constructivo sobre la propia experiencia sólo pueden llevarse a cabo a través de relaciones interpersonales que refuercen consistentemente la estima por ese yo único, distinto e irreplicable, a través de otro ser humano.

En un proceso psicoterapéutico no dirigido ni manipulado, en el cual la persona puede expresarse con creciente libertad, muy pronto se enfrenta con la experiencia de estar sola en el momento de tomar decisiones y de asumir responsabilidad por ellas. Los sistemas psicoterapéuticos existenciales coinciden en no perder de vista,

en la interacción presente de cada una de las sesiones, el objetivo final del proceso psicoterapéutico: facilitar en la persona que busca ayuda la libertad para actuar en congruencia consigo misma y para asumir una creciente responsabilidad por sus acciones. Otros sistemas, que al menos en teoría presuponen que el hombre no es capaz de tomar decisiones libres, deberían contemplar, como término del proceso psicoterapéutico, a un individuo capaz de explicar su conducta en términos de factores externos, pero sin asumir responsabilidad por ninguno de sus actos.

Los enfoques existenciales ofrecen a las personas en busca de ayuda un encuentro personal con el terapeuta, en el que la experiencia de una buena relación es más importante que el aprendizaje conceptual acerca de ellas mismas; en que se manejan el presente y el futuro, y en que las memorias y condicionamientos del pasado, vividos necesariamente en el presente, son uno de tantos ingredientes del "aquí y ahora".

La aportación especial del enfoque centrado en la persona a las corrientes existenciales ha sido la introducción de una metodología más sistemática para la observación del fenómeno psicoterapéutico y la verificación de las hipótesis emanadas de esta observación. El formulador original y los innovadores subsecuentes, al estar manejando procesos internos y datos subjetivos, diseñaron una metodología propia que representa un paso adelante respecto del método filosófico inductivo de los psicoterapeutas existenciales.

No han sido únicamente los psicólogos del enfoque centrado en la persona quienes han diseñado y utilizado esta nueva metodología, aunque sí los que han hecho una contribución más significativa a esta metodología. Aquí no sería oportuno volver a tocarla, puesto que ha sido ampliamente descrita en el volumen tercero del *Desarrollo del Potencial Humano* (Lafarga, 1986), al analizar el origen y verificación de las hipótesis del enfoque centrado en la persona. Sin embargo, es importante señalar, en primer término, que dicha metodología no es exclusiva de este enfoque (Arnold, 1960); y en segundo término, que los datos subjetivos de la experiencia interna han sido también considerados por la generalidad de los psicólogos, como objeto de la psicología. Las conductas observables son más bien medios para llegar a estos datos, no el único objeto del conocimiento psicológico.

Quiero terminar este capítulo con una descripción del psicoterapeuta efectivo que emerge de la investigación, de la práctica psicoterapéutica de mis maestros y colegas y de mi propia experiencia. Es más un investigador que un maestro, es decir, está dispuesto a aprender continuamente y a facilitar así el aprendizaje de los demás sobre ellos mismos, más bien que a enseñarles; y moviliza todos sus recursos para facilitar este aprendizaje en común.

Experimenta un genuino interés por todo lo que pertenece al campo de la experiencia propia y de los demás, y lo transmite con claridad y con llaneza.

Es capaz de escuchar con atención no dividida y de transmitir de forma clara, directa y personal la comprensión de lo captado; no evalúa la comunicación ni la conducta de los demás, sino más bien ayuda a que las evaluaciones hechas por ellos mismos sean más precisas y congruentes.

Es acogedor y cálido, y espontáneo en la manifestación de su afecto. Capta los sentimientos, los significados y los matices de comunicación de forma concreta sin reducirlos a abstracciones conceptuales. Manifiesta sus sentimientos sin ambages y ofrece sus puntos de vista como hipótesis tentativas para estimular y facilitar el aprendizaje, y no para ajustarlo a cuadros diagnósticos preelaborados.

No es defensivo ni se justifica, y es capaz de analizar sus propias reacciones. Acepta la crítica dirigida a él, como uno de tantos elementos del aprendizaje en común. Es explícito en sus manifestaciones de confianza, pero no da apoyo ni echa mano de recursos paliativos.

Experto en psicología clínica, es decir, en salud y disfuncionalidad, es capaz no sólo de formular cuadros diagnósticos tentativos a medida, sino de identificar e integrar los recursos de la persona en todo momento como ingredientes básicos del proceso de crecimiento.

Conoce los límites de su actividad profesional y sabe referir a otros especialistas cuando las tareas rebasan su competencia. Vive generalmente satisfecho con su trabajo y está abierto a nuevas hipótesis y hallazgos para enriquecerlo.

Descripciones como éstas pueden también contribuir a que algunos terapeutas tiendan más a "representar el papel" que a vivirlo. Sin embargo, son útiles para entender los elementos modeladores del proceso psicoterapéutico.

REFERENCIAS

Angyal, A. (1941). Foundation for a science of personality. En C. Rogers. *Client-centered-therapy*, Houghton Mifflin: Nueva York.

Ansbacher, H. y Rowena R. (1970) (eds.). The individual psychology of Alfred Adler. En C. Hall y G. Lindzey. *Theories of personality*. JohnWiley: Nueva York.

Arnold, M. B. (1960). Emotion and personality. En D. Wexler y J. North (Eds.). *Innovations in client-centered therapy*. Wiley, Nueva York, 1974.

Aspy, D. (1967). Counseling and education. En R. Carkhuff y B. Berenson. (Eds.), *The counselor's contribution to facilitative process*.

Bandura, A. (1967). Psychotherapy as a learning process, *Psychological Bulletin*, 58, 143-157.

Binswanger, L. (1963). *Being in the world selected papers of Ludwig Binswanger*. Basic Books, Nueva York.

Boss, M. (1967). Psychoanalysis and desing-analysis. *Personnal and Guidance Journal*, 46, 723-728.

Carkhuff, R. y Berenson, B. (1967). *Beyond counseling and therapy*. Holt, Rinehart, Inc.: Nueva York.

Eysenck, H. (1967). The effects of psychotherapy and evaluation. *Journal of Consultant Psychology*, 16, 319-324.

Eysenck, H. (1967). *Behavior therapy and the neurosis*, en R. Carkhuff y B. Berenson, Pergamon, Nueva York.

Eysenck, H. (1965). The effects of psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 1, 99-178.

Frank, J. (1967). *Persuasion and healing*, The John Hopkins Press, Baltimore. En R. Carkhuff y B. Berenson.

Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Harper and Row: Nueva York.

Jaspers, K. (1962). The origin and goal of history. En W. Barret (Ed.). *Philosophy in the twentieth century, vol. 4*. Random House: Nueva York.

Kierkegaard, S. (1961). Concluding unscientific postscript. En C. Rogers. *On becoming a person*. Houghton Mifflin: Boston.

Lafarga, J. (1986). Contexto histórico del enfoque centrado en la persona. En J. Lafarga y J. Gómez del Campo (Eds.). *Desarrollo del potencial humano (24-57)*, Vol. 3. Trillas: México.

Levitt, E. (1967). The result of psychotherapy with children. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 189-196.

May, R. (1970). Existential psychology. En C. Hall y G. Lindzey (Eds.). *Theories of personality*. John Wiley: Nueva York.

May, R. (1975). *The courage to create*. Banham Books, Nueva York.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin, Nueva York.

Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin: Boston.

Sartre, J. P. (1962). Literary and philosophical essays. En W. Barret (Ed.). *Philosophy in the twentieth century, vol. 3*. Random House: Nueva York.

Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Alfred A. Knopf: Nueva York.

Snygg, D. y Combs, A. (1951). Individual psychology: A new frame of reference for psychology. En C. Rogers. *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin: Nueva York.

Strauss, E. (1963). *The primary world of senses: A vindication of sensory experience*. Free Press: Glencoe.

Teilhard de Chardin, P. (1959). *The human phenomenon*, Harper: Nueva York.

Truax, C. y Carkhuff, R. (1967). Significant developments in psychotherapy research. En Abt, Ly Reiss (Eds.). *Progress in clinical psychology*. Grune and Stratton, Nueva York.

Ullmann, L. y Krasner, L. (1967). *Case studies in behavior modification*. Holt, Rinehart, Inc.: Nueva York.

Wolpe, J. (1967). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford.

TERCERA PARTE

ENFOQUES CONTEMPORÁNEOS

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

Arturo Heman Contreras
Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo-Conductual

ANTECEDENTES

Las teorías cognoscitivistas y los terapeutas e investigadores que han surgido de esta línea han impactado sustancialmente las aproximaciones contemporáneas del desarrollo personal y los procesos de cambio humano. Las terapias cognitivas, son un conjunto de procedimientos activo-directivos, estructurados y de tiempo limitado, que se utilizan para tratar distintas alteraciones de orden neurótico y psiquiátrico. Se basan en el supuesto teórico subyacente de que los efectos emocionales y de conducta de un individuo están determinados, en gran medida, por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

Una fuerza significativa que ha ayudado a establecer las terapias cognitivas como una aproximación viable a la prestación de servicios psicológicos, además de que supuso un nuevo impulso en el desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales, ha sido la *Terapia Racional Emotiva (TRE)*, desarrollada por el Dr. Albert Ellis.

Desde su surgimiento formal en 1955, la TRE ha sido una de las formas de consejería y de psicoterapia con mayor influencia dentro del campo clínico, comprobada por los cientos de profesionales de la salud mental en el mundo (Estados Unidos, Italia, Alemania, Holanda, Australia, Inglaterra, Francia y México), dedicados a la teoría y práctica de esta línea terapéutica, haciéndose manifiesta también a través de las docenas de libros que sobre el tema han sido publicados (Ellis, 1957a, 1957b, 1957c, 1958a, 1962, 1973, 1985a, 1985b, 1985c, 1985d; Ellis y Abrahms, 1978; Ellis y Becker, 1982; Ellis y Bernard, 1983a, 1985a; Ellis y Whitely, 1979; Bernard y Joyce, 1984; Grieger y Boyd, 1980; Hauck, 1980; Walen, DiGiuseppe, y Wessler, 1980; R. A. Wessler y Wessler, 1980).

La literatura sobre tópicos de investigación y del área clínica sobre la TRE, es inmensa; cientos de nuevos artículos y estudios aparecen cada año. Smith (1982) reportó, que al preguntar a 800 psicólogos clínicos a quién consideraban el autor que más contribuciones había hecho al campo de la psicoterapia, Ellis ocupó el segundo

lugar junto con Carl Rogers y antes de Freud. Smith también señaló, que la TRE fue, predominantemente, la más representativa entre las 10 teorías de mayor influencia en el campo clínico.

Heesackeer, Heppner y Rogers (1982), llevaron a cabo un estudio de análisis de frecuencia de aproximadamente 14,000 referencias de tres grandes revistas de psicología durante dos años y encontraron que de los artículos publicados después de 1957, Ellis fue el que obtuvo la mayor frecuencia en ser citado junto con otros autores cognitivo-conductuales (Meichenbaum, Bandura, Mahoney y Thorensen). Sprenkle, Keeney y Sutton (1982), entrevistaron a 600 terapeutas clínicos y miembros de la Asociación Americana de Terapia Familiar y encontraron que de los teóricos que más influencia han tenido sobre ellos fueron, en orden descendente, Virginia Satir, Sigmund Freud, Carl Rogers y Albert Ellis. Lo que muestra la gran influencia de la TRE en los terapeutas de América en los años recientes.

Los inicios de la TRE, pueden ser delineados a partir de la vida personal de niño y adolescente de Ellis, entre 1920 y 1930, cuando comenzó a enfrentar serios problemas físicos (nefritis aguda) y problemas de personalidad (timidez en general, miedo de hablar en público y de relacionarse con el sexo femenino). Motivado por lo que pasaba en su vida en esos momentos, Ellis llegó a estar interesado en la filosofía de la felicidad y el bienestar, y se dedicó a leer cientos de libros y artículos de filosofía y de psicología (escritos de Epicteto, Marcus Aurelio, Emerson, Coué, Dewey, Freud, Bertrand Russell y Watson), tratando de encontrar explicación y significado a lo que él consideraba como su problema emocional y así, dejar de vivir la ansiedad que sentía y que le provocaba dificultades en el área social (Ellis, 1972a).

En 1939, Ellis inicia sus investigaciones abordando temas como el sexo, amor, matrimonio y pareja, y en el proceso descubre su capacidad de que al hablar con sus amigos podía ayudarlos cuando éstos estaban ansiosos y/o deprimidos en alguna área de su vida. Posteriormente, en 1943, obtiene el grado de Maestro en Psicología Clínica de la Universidad de Columbia y comienza formalmente como psicoterapeuta dentro de la línea de Terapia Sexual y Matrimonial. Para 1947, obtiene su grado de Doctorado.

Al principio le gustaba trabajar como psicoanalista, en parte por que le permitía exteriorizar sus intereses en el terreno de la ayuda y solución de problemas. Sin embargo, a pesar de sus dudas sobre la manera no científica en la cual se practicaba el psicoanálisis, él continuaba creyendo que era la forma mas profunda de terapia e inició su análisis y entrenamiento como analista, en el Instituto de Karen Horney en 1947, aplicándolo en su práctica clínica hasta 1953, cuando comenzó a desilusionarse de la teoría y la eficacia de la orientación psicoanalítica. Así es como comenzó a llamarse psicoterapeuta en lugar de psicoanalista abandonando la orientación tradicional psicodinámica (Ellis, 1949a, b, 1950, 1956a; Dryden y Ellis, 1989; Dryden y Golden, 1986).

Para 1955, surge la TRE, que al principio fue llamada terapia racional porque enfatizaba los aspectos cognitivos y filosóficos, queriendo diferenciarla claramente de las otras terapias de los años 50's (Ellis, 1958), y junto con su primer colega y asociado en su nueva forma de tratamiento, el Dr. Robert A. Harper, deciden en los principios de los 60's cambiar el nombre a TRE (Ellis y Bernard, 1985).

El desarrollo de la TRE se debe, en parte, a su esencial orientación optimista y humanista; optimista porque provee a las personas la posibilidad de obtener los medios para lograr un cambio; humanista porque ayuda al desarrollo del potencial

humano, ayudándolo a que logre su bienestar personal y trabaje para conseguir sus metas planteadas.

De los comienzos de la TRE se puede decir, que ha sido filosófica y controvertida debido a que Ellis, desde la edad de 16 años, se tomó como hobby la tarea de estudiar a los filósofos, sosteniendo que si una persona adquiere o tiene una filosofía de vida sana, esto le ayudará a no tener perturbaciones emocionales. La TRE se vio influenciada por muchos escritores de diversas escuelas filosóficas, pero especialmente por Epictetus, Marcus Aurelius, Baruch Spinoza, John Dewey, Bertrand Russell, A.J. Ayer, Hans Reichenbach, Karl Popper, e incorporó algunos puntos de vista de terapeutas tales como Adler (1927, 1929), Coué (1923), Dubois (1907), Frankl (1959), Herzberg (1945), Horney (1939), Johnson (1946), Kelly (1955), Low (1952), Rotter (1954), no obstante que algunos de estos autores cognitivos los leyó Ellis después de haber originado lo básico de la TRE.

La filosofía TRE puede ser abreviada y sintetizada en los siguientes puntos: a) La razón y la lógica por sí mismas no son elementos suficientes para llegar a una verdad, sino sólo son herramientas necesarias que permiten filtrar la verdad vs. la falsedad. b) La ciencia es estrictamente empírica y el conocimiento científico debe en principio, ser confirmado por alguna forma de experiencia humana. c) El racionalismo es una posición filosófica opuesta a otras formas de explicación anticientífica del conocimiento, tales como el espiritismo, dogmatismo, autoritarismo y revelaciones. d) El hombre no vive sólo de la razón, pero sí puede ayudarse de ella para dirigir su existencia y disminuir su perturbación emocional, usandola para pensar con claridad, con lógica, con consistencia y con realismo, (Ellis, 1962).

La filosofía racional emotiva se plantea sobre "¿cómo el ser humano adquiere su conocimiento?", y esto tiene que ver, claramente, con la *epistemología*. La TRE plantea que el conocimiento que adquirimos está influenciado por las interpretaciones que imponemos a nuestras percepciones. Estas interpretaciones son consideradas en la TRE, como las concepciones que del mundo tiene una persona, es la filosofía personal, el sistema de creencias del individuo. Ellis coloca este punto de vista "constructivista", en una perspectiva histórica cuando cita a Epicteto, el filósofo estoico romano quien en los primeros cien años antes de Cristo, escribió su famosa frase: "no son las cosas del mundo las que perturban emocionalmente a los seres humanos, sino la forma de percibir y pensar sobre ellas".

El conocimiento y la verdad, no son absolutos en la mente de la persona que lo piensa. La TRE rechaza la idea de que existan "absolutos" (no hay verdades terminadas, leyes del universo para la conducta) y sí acepta una posición "relativista". La TRE plantea que las ideas que tenemos y en las cuales creemos como verdades absolutas, hay que considerarlas como hipótesis susceptibles de ser rechazadas y desconfirmadas.

Esta posición epistemológica de relativismo es central en la TRE, porque se plantea que la perturbación psicológica es el resultado de nuestras interpretaciones idiosincráticas. La filosofía personal disfuncional y el sistema de creencias de las personas, son considerados por la teoría como el objetivo básico, la meta de la intervención terapéutica. El conocimiento y el entendimiento que las personas han adquirido de su experiencia personal y del contacto con sus padres, maestros y otras instituciones culturales, son susceptibles de ser escudriñados y modificados en terapia, a través de la enseñanza de un método científico.

La base filosófica de la TRE, es una versión del *positivismo lógico*, el cual se refiere a una tradición filosófica que ve la ciencia como un método ejemplar de todas las

formas de actividad intelectual. La adhesión de Ellis al positivismo se manifiesta a través de sus artículos en los que afirma que la TRE: "... está muy cercana y unida al empirismo científico, a la objetividad y a la experimentación controlada ... La TRE depende de la evidencia empírica y de la deducción lógica de las hipótesis que se basan en hechos" (Ellis, 1973).

Debe subrayarse que no obstante la posición de Ellis va más allá de la categoría genérica del positivismo, su filosofía de la ciencia es más parecida o semejante al modelo hipotético-deductivo fundado por Hempel (1966) y elaborado por Kuhn (1970) y Lakatos (1970), que al modelo inductivo de Bacon.

El papel de la razón y la lógica en el ser humano son elementos cognitivos que son usados por la TRE, porque determinan la forma en la cual las personas adquieren su filosofía y creencias personales de autoderrota, así como también considerados como mediadores entre los estímulos de entrada y la adquisición del conocimiento.

La TRE en su práctica clínica busca no sólo embuirse en los ideales de la ciencia, sino también se interesa por entrenar a los pacientes a utilizar un método científico en su vida diaria. La TRE se aboca al pensamiento científico que lleva a conclusiones objetivas. Por cada creencia expresada por un paciente, la pregunta de la TRE apropiada es ¿cuál es la evidencia que tienes para creer que eso es verdad? La TRE busca hacer buenos científicos de los pacientes para que así, ellos puedan adquirir la información correcta, usando la evidencia lógica y construyendo creencias de autoayuda. Se pretende que el paciente identifique qué de lo que percibe es verdad, ya que cuenta con su pensamiento para obtener la evidencia exacta y para pensar con lógica. De tales evidencias, se espera que construya una imagen más realista de sí mismo y del mundo en el cual vive.

La TRE enfatiza la importancia de los valores humanos. Las personas tienden a funcionar sanamente cuando poseen valores racionales, pero cuando poseen ideas absolutistas, metas perfeccionistas y propósitos matizados de excelencia, tienden a experimentar perturbación emocional.

Un concepto humanista, que juega un papel importante en la práctica TRE, es el *valor humano* (Ellis, 1965, 1972). Ellis señala que muchas perturbaciones humanas se basan en el principio de que las personas se califican a sí mismas y a otros como "buenos" o "malos". Este tipo de evaluaciones que las personas hacen, es pernicioso, ya que dedican sus vidas a comportarse en función de la aprobación de los otros, y cuando no la obtienen, inevitablemente, se devalúan a sí mismos percibiendo que han fracasado. La autodevaluación es la esencia de la miseria humana. Cuando las personas se devalúan encuentran muy difícil pensar en forma objetiva y racional en situaciones problemáticas.

La meta principal de la TRE consiste en ayudar a las personas a pensar de forma racional (científica, clara y flexible); tener emociones apropiadas y a actuar de una forma funcional y adaptativa (eficiencia), con el objetivo de lograr sus metas y ser más feliz. Por lo que la TRE define a la racionalidad, a las emociones adaptativas y a la conducta funcional en términos de sus metas básicas. La TRE hipotetiza que si la meta principal de las personas es vivir lo mejor de la vida, evitando el dolor innecesario y enriquecerse como personas, tendrían que adquirir e internalizar los siguientes valores y metas, muchos de los cuales pueden ser pensamientos propios de actitudes racionales (Ellis y Bernard, 1985).

- Interés en sí mismo. Las personas sensatas y sanas emocionalmente suelen interesarse en primer lugar por sí mismas, y colocan sus propios intereses, al menos,

un poco por encima de los intereses de los demás. Se sacrifican hasta cierto punto por aquellos a quienes quieren, pero sin que esto les anule.

- Interés social. El interés social es racional y positivo, porque la mayoría de las personas optan por vivir y divertirse en una comunidad y grupo social. Tienden a proteger los derechos de los demás y favorecer la vida en sociedad, y tienen muy claro que es poco probable que lleguen a crear un mundo en el que ellos mismos puedan vivir cómoda y felizmente.

- Autodirección. Las personas asumen la responsabilidad de su vida, a la vez que cooperan con los demás. Este tipo de personas no piden ni necesitan demasiada ayuda de los otros.

- Alta tolerancia a la frustración. Los individuos racionales se otorgan a sí mismos y a los demás, el derecho a equivocarse. Se abstienen de condenarse o de condenar a los otros como personas, por un comportamiento inaceptable u ofensivo, incluso aunque les desagrade mucho tal conducta. Las personas no se atormentan cuando están en una perturbación emocional, sino tratan de cambiar las condiciones que sean susceptibles de modificarse, aceptando las que no pueden cambiarse y teniendo la sabiduría para diferenciar entre ambas.

- Flexibilidad. La gente sana y madura suele ser de ideas flexibles, abierta al cambio, pluralista y no fanática cuando emite opiniones sobre los otros. No dictan reglas fijas y rígidas para sí mismos ni para los demás.

- Aceptación de la incertidumbre. Las personas sanas aceptan la idea de que vivimos en un mundo de probabilidades y de continuo cambio, donde no existe la certeza absoluta y probablemente nunca existirá. Se han dado cuenta de que vivir en este mundo de incertidumbre no es horrible, y a menudo resulta fascinante. Les gusta que haya un orden pero no exigen saber con exactitud qué le deparará el futuro.

- Involucrarse en ocupaciones creativas. Para la mayoría de las personas resulta saludable y satisfactorio involucrarse de forma vital en algo fuera de sí mismos, y poder ser, teniendo al menos algún interés creativo. En ciertos individuos este interés es de tipo humanitario y lo consideran tan importante, que organizan buena parte de sus vidas alrededor de esta clase de interés.

- Pensamiento científico. Los sujetos tienden a ser más objetivos, científicos y racionales que aquellos que tienen alguna alteración. Tienen la capacidad de experimentar sentimientos profundos y de actuar correctamente, pero también pueden regular sus acciones y emociones reflexionando sobre ellas y evaluando sus consecuencias según les lleven a conseguir metas a corto o largo plazo.

- Autoaceptación. Las personas simplemente se alegran de estar vivas y se aceptan a sí mismas, por el hecho de vivir y tener capacidad para divertirse. Rechazan la idea de evaluarse en función de sus logros o de lo que opinen los demás. Prefieren divertirse más que ponerse a prueba.

- Arriesgarse. La gente tiende a arriesgarse, a intentar hacer lo que pretende, incluso cuando hay muchas probabilidades de fracasar. Son aventureros, pero no temerarios.

- Hedonismo a largo plazo. Las personas bien adaptadas aspiran a conseguir los placeres del presente y del futuro, pero no sacrifican el mañana por el bienestar

pasajero de un momento. Son hedonistas, buscan la felicidad y evitan el dolor, pero asumen que no van a vivir eternamente y que es mejor pensar en el hoy y en el mañana sin obsesionarse con gratificaciones inmediatas.

- Antiutopía. La gente acepta el hecho de que las utopías son inalcanzables y que nunca conseguirán todo lo que quieren, ni podrán evitar el dolor. Piensan que es poco sensato esforzarse por alcanzar el placer, la felicidad y perfección total, o la falta total de ansiedad, depresión, descontento y hostilidad.

- La propia responsabilidad de sus alteraciones emocionales. Los individuos aceptan la gran parte de responsabilidad que tienen en sus propias alteraciones, en lugar de echar la culpa de forma defensiva a los demás o a las condiciones sociales, por sus conductas, pensamientos, y sentimientos auto-destructores.

Las metas de la filosofía racional emotiva han sido señaladas por Walen (1980) como el establecimiento de creencias y hábitos que sean congruentes con: a) supervivencia, b) logros de la satisfacción en el vivir, c) afiliación con otros en una forma positiva, d) logro en el desenvolvimiento íntimo con los otros, y (e) desarrollo y mantenimiento de nuestras experiencias positivas y adaptativas como parte de nuestra personalidad.

Quizás uno de los grandes problemas de la historia de la filosofía ha sido el de la libertad y el determinismo. La TRE sostiene que la conducta del hombre, no obstante estar determinada en cierto grado y limitada por su naturaleza biológica y su historia, está considerablemente menos determinada de lo que los ortodoxos freudianos o conductistas afirman. Esto implica que las personas pueden entender o ampliar sus elecciones de acción y significativamente cambiar su personalidad a través de: a) entender cómo ellos se limitan a sí mismos, b) desarraigar y modificar sus rígidas filosofías de vida, y c) trabajar activamente en contra de sus pensamientos habituales de autoderrota hasta que se rompan las cadenas que los restringen (Ellis, 1973).

Al establecer esto, Ellis adjudica un papel de suma importancia a la responsabilidad del paciente en su propio sistema. La TRE propone o coloca al hombre en el centro del universo y de sus propios estados emocionales y le da casi la total responsabilidad de elección para hacer o no, de sí mismo, una persona perturbada.

No obstante, la carga biológica y los factores medio ambientales, que sí son importantes en la cadena de eventos que llevan al ser humano a la desorganización y al desorden, Ellis insiste en que el individuo por sí mismo puede intervenir de forma significativa entre los estímulos medio ambientales de entrada y su salida como expresión emocional; y por lo tanto, tiene una enorme cantidad de control humano sobre lo que él siente y quiere hacer. La persona, equivocadamente, se provoca perturbaciones por mantener pensamientos irracionales sobre sí mismo y los otros, que no son objetivos ni válidos, pero también puede, por sí mismo, dejar de perturbarse si utiliza un procedimiento racional-emotivo (Ellis, 1973).

Filosóficamente, Ellis coloca al ser humano entre aquellos que creen que ni la libertad ni el determinismo pueden dar una completa explicación de la conducta humana y que es necesario reconocer las restricciones, en la elección humana, impuestas tanto por la biología como por la historia, pero también subrayar las posibilidades humanas de elegir la autodeterminación.

Ellis, constante y consistentemente, ha señalado que la TRE está basada en una filosofía de vida humanista. Algunas veces, este punto ha sido mal entendido por

psicólogos que identifican al humanismo con los trabajos de Maslow, Perls y Rogers. La confusión es por el hecho de que hay dos formas de humanismo que sirven como fundamentos para los sistemas contemporáneos de psicoterapia. Los autores anteriores, estarían con el humanismo romántico de los años 1900 que surge como oposición a la glorificación de la razón y la ciencia. El humanismo romántico intenta promover la sensibilidad emotiva y activa y cultivar las pasiones. Considera como elementos importantes la intensidad de la experiencia, la espontaneidad, la creatividad, la emocionalidad y la pasión.

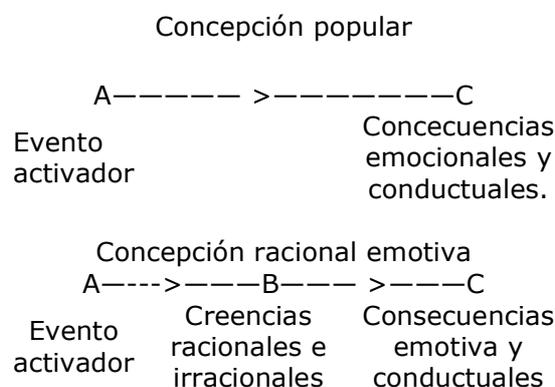
La otra forma de humanismo que precede al romántico y con el cual se suscribe la TRE, es el *humanismo clásico*, el cual se basa en los valores, acepta la superioridad de la ciencia sobre los otros sistemas de pensamiento y su punto de vista de la *objetividad científica*, es la actividad humana más deseable. El humanismo clásico confía en la primacía y superioridad de la razón como una guía de la conducta opuesta a todas las autoridades irracionales y arbitrarias.

Ellis y la TRE son básicamente éticos (Ellis, 1973). La TRE plantea que un principio humanista es que la autoridad última y máxima para evaluar la conducta es la razón humana. Las decisiones que tomamos sobre cómo nos relacionamos con los otros no se basan en un principio moral de lo correcto o incorrecto, sino en términos de cómo nuestras acciones afectan a nuestras propias metas personales y cómo se ven afectadas nuestras relaciones con los otros.

MODELO A.B.C.

Albert Ellis ha elaborado como uno de los principios esenciales de la TRE, una teoría acerca de los trastornos emocionales, que por sus siglas es conocida como el A.B.C. de la racionalidad, y en la cual describe cómo una persona llega a trastornarse.

La TRE comienza contemplando una consecuencia emocional y conductual (que se denomina "C") y se dedica a identificar el evento activador (llamado "A") que aparece como el precipitador de dicha consecuencia emocional y conductual. Mientras que el punto de vista más comúnmente aceptado es que "A" provoca "C", la TRE sostiene que las creencias del individuo (denominadas "B"), que en realidad son evaluaciones acerca de lo que pasó en "A", son las que determinan la aparición de "C". Esquematizando esta información, se contemplaría así:



De este modo, el punto central está en que la gente, literalmente, crea sus propios sentimientos. Los eventos y las situaciones no pueden, por sí mismos, causar un sentimiento. Las emociones son creadas en la mente, a través de la evaluación que se hace de la realidad. Cuando las evaluaciones se basan en premisas y creencias irracionales, las emociones resultantes son tensionantes y surgen conductas desadaptativas. La ruta más directa para aliviar las perturbaciones emocionales y para habilitar el comportamiento, es a través de una técnica de debate empírico, la cual, ayuda a la persona a deshacerse de sus creencias irracionales.

Cuando consideramos, desde la perspectiva de la TRE, cómo se expresa la personalidad en conducta y en emoción, lo que hacemos es, concretamente, examinar cómo las interpreta y qué evaluación hace el individuo del mundo que le rodea, su conducta y sus consecuencias emocionales. Esas interpretaciones, evaluaciones y sistemas de creencias que le subyacen, son las responsables de la creación y mantenimiento de la conducta y emoción humanas.

Ellis ha señalado que hay tres formas de expresión humana que son inseparables y que interactúan de manera recíproca una con la otra: a) la cognición, b) la emoción, y c) la conducta.

Ciertos escritores del movimiento cognitivo-conductual, han examinado el problema de la relación entre pensamiento y emoción y argumentan que la emoción no es activada directamente por los procesos cognitivos (Zajonc, 1980). Estos argumentos se basan en la noción de que las respuestas afectivas son respuestas filogenética y ontogenéticamente primarias. También datos de investigación sobre el cerebro, plantean que la emoción puede dispararse por el hemisferio izquierdo o por los procesos no verbales (Davidson, 1978).

Por lo tanto, Ellis (1962) reconoce tres orígenes separados de la emoción: a) procesos sensoriales, b) estimulación biológica mediada a través del tejido del sistema nervioso autónomo (áreas subcorticales), y c) procesos de pensamiento o procesos cognitivos.

Queda claro, por los escritos de Ellis, que la cognición es el elemento más importante y dominante en la creación y mantenimiento de la perturbación humana. Un ejemplo de una simple ilustración podría darse cuando alguien permanece constantemente trastornado después de experimentar un evento perturbador; esto es debido a que la persona continúa pensando y rumiando sobre este evento traumático.

Ellis también arguye, así como lo hacen otras teorías de la personalidad (Kelly, 1955), que en la terapia los cambios en los pacientes van acompañados por cambios en la percepción y la cognición. Ellis cree que el papel de la cognición es de suma importancia, ya que los cambios en la filosofía de una persona, permiten hacer un cambio tanto en la emoción como en la conducta (Ellis, 1979c).

De acuerdo con Ellis, el paquete cognitivo del sujeto llega a resultar una desventaja por la propensión biológica y hereditaria hacia la irracionalidad, la cual actúa en contra de los logros, de los valores básicos de la persona, sus propósitos, metas e ideas. Esta propensión es vista tanto como una tendencia a los errores en la representación de la realidad, como también en los procesos de razonamiento. La capacidad de pensar es influenciada por el sistema de creencias del individuo y viceversa. Estas distorsiones cognitivas y el sistema de creencias de las personas pueden ser vistos como rasgos de personalidad consistentes y generalizados, los cuales gobiernan y explican la psicología de la emoción y la conducta humana. Dicho

de otra forma, la TRE describe y explica el rango completo de la emoción y la conducta en términos de algunas características estables y duraderas de la personalidad.

El término "creencias" es usado para referirse a una variedad de características de la actividad del pensar del ser humano y es vista, también, como la causa de las emociones disfuncionales y de los patrones de conducta desadaptativos. Las propiedades de las creencias pueden resumirse como sigue (Bernard, 1981, en Bernard y Joyce, 1984):

* Las creencias pueden ser definidas como un constructo hipotético que abarca tres clases distintas de fenómenos cognitivos: a) pensamientos que un individuo está elaborando y de las que está consciente en un determinado momento, b) pensamientos en los que el individuo no está consciente de ellos, y c) creencias abstractas que el individuo mantiene en general.

* Las creencias que las personas mantienen no se expresan, pero constituyen el marco de referencia que usan para evaluar o juzgar, y así llegar a conclusiones sobre lo que se esperaba de ellos, de los otros y del mundo (esquema cognitivo).

* Las creencias se pueden diferenciar basándose en si reflejan cualidades absolutas e imperativas (irracionales) o cualidades relativas y condicionales (racionales).

* Las principales creencias que las personas mantienen pueden ser clasificadas en tres grandes categorías: a) Debo hacer todo bien... b) Los otros deben tratarme bien... y c) Las condiciones bajo...

* Existen cuatro formas comunes de pensamiento autoderrotista que derivan de ideas irracionales y que llevan a perturbaciones psicológicas: a) es espantoso, horrible... b) no puedo soportarlo... c) es catastrófico... y d) todo... nada... siempre... nunca.

* Las creencias, frecuentemente, son una expresión de los valores de la gente y como tales, juegan un importante papel en la explicación de las metas y propósitos básicos de la conducta de la persona.

* Las creencias se refieren a las evaluaciones y juicios que los individuos hacen de sus interpretaciones, expectativas e inferencias sobre la realidad.

* Las creencias irracionales se diferencian de las expectativas, inferencias y conclusiones, en cuanto que las últimas pueden considerarse una hipótesis tentativa sobre la realidad que puede ser verdadera o falsa vs. las irracionalidades que expresan demandas absolutistas y dogmáticas que no ayudan o impiden que el individuo sea feliz y consiga sus metas.

Waleen (1980) ha descrito una de las diferenciaciones más claras entre las creencias racionales y las irracionales:

* *Creencia Racional.* a) Es verdadera y lógica, consistente con la realidad ya que puede ser respaldada con evidencia, y por ello es verificable y consistente en sí misma. b) No es absolutista, es relativa. Usualmente se expresa como un deseo, esperanza, preferencia y en general refleja un deseo y no una demanda. c) Da como resultado una emoción moderada, que puede ser tenue o fuerte, pero nunca perturbar al individuo. d) Ayuda a alcanzar las metas de experimentar la satisfacción

de vivir, y reduce conflictos intrapsíquicos y con el medio externo. Permite la relación, el involucrarse con otros y el crecimiento personal.

* *Creencia Irracional*. a) Es falsa: no se sigue de la realidad, comienza con premisa incorrectas y/o deriva en conclusiones equivocadas. b) Es una demanda: se expresa como tal en vez de deseo, como "debería" en vez de preferencias, como "necesidad" en vez de querer. c) Deriva en perturbación emocional: apatía y ansiedad que debilitan a la persona y su capacidad productiva. d) Obstaculiza la obtención de metas, pues la persona se maneja con emociones absolutas, reduciendo el experimentar placer e incrementando el displacer.

En términos del modelo ABC, las creencias racionales generalmente conducen a experimentar consecuencias emocionales moderadas, que permiten al individuo lograr sus metas futuras al facilitar una conducta constructiva. No obstante, diferimos de lo que plantea Wallen, ya que creemos que ocasionalmente las creencias racionales pueden llevar a un paciente a niveles extremos de alguna emoción que puede ser apropiada, tales como una extrema tristeza y rechazo. Las creencias irracionales llevan a consecuentes estados emocionales extremos de tensión (ansiedad intensa, enojo, depresión), y reacciones conductuales (agresión, aislamiento), que hacen difícil al paciente mejorar su situación.

Albert Ellis sostiene que, mientras la distorsión de la realidad y las fallas de lógica de pensamiento pueden provocar respuestas emocionales displacenteras, las creencias irracionales son las que predisponen al individuo a distorsionar la realidad y a tener un pensamiento ilógico. De este modo, las evaluaciones y apreciaciones que el individuo hace de sus percepciones subjetivas y de su interpretación de la realidad, es lo que conduce a la perturbación emocional y conductual, siendo entonces la tarea de la TRE, encontrar cuáles son las creencias irracionales que están operando para provocar esto.

Existen, literalmente, cientos de creencias irracionales diferentes que subyacen a la perturbación emocional humana y, por ello, resulta imposible enumerar todas ellas. Debido a esto, Ellis ha identificado un número específico de creencias irracionales que parecen compartir gran cantidad de personas con problemas emotivo-conductuales (Ellis, 1977a; Ellis y Harper, 1975; Bard, 1980; Walen et al., 1980), las cuales son especificadas a continuación: Existe una necesidad absoluta de ser amado y aprobado por personas significativas en mi vida. Hay que ser totalmente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende. Ciertas personas son malas, viles, perversas y deberían ser castigadas. Es horrible cuando las personas y las cosas no son como uno quisiera que fueran. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad; la gente simplemente reacciona según como los acontecimientos inciden sobre sus emociones. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa. Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida, que hacerles frente. Se necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente. La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.

La teoría básica de la TRE plantea que cuando las personas están perturbadas, es casi seguro que implícita o explícitamente contienen creencias irracionales de tipo absolutistas, dogmáticas y rígidas. Uno de los mejores métodos para ayudar a disminuir o eliminar su perturbación emocional, es el de mostrarles cómo debatir activamente esas ideas y motivarlos a continuar haciéndolo consigo mismos durante las sesiones terapéuticas o fuera de ellas, hasta que puedan llegar a una nueva filosofía, que les permita pensar y comportarse de forma racional .

Lo inaccesible de los pensamientos del paciente lo ha ilustrado Beck (1976), quien reporta que muchos de sus clientes no estaban totalmente conscientes de su autolenguaje, hasta que no los ayudaban a enfocarlos. Beck etiqueta estas ideaciones como *pensamientos automáticos* y los describe, en términos de los cinco atributos: a) Los pensamientos automáticos, generalmente, no son vagos, sino más bien específicos y discretos. Ocurren en forma taquigráfica, esto es, solamente aparece la palabra clave en una oración, como si fuera un estilo telegráfico. b) Los pensamientos automáticos parecen ser relativamente autónomos, en términos de que el paciente no hace un esfuerzo en iniciarlos. c) El paciente relaciona esos pensamientos automáticos como posibles y razonables. El paciente acepta la validez de estos pensamientos, sin cuestionarlos y sin probar su realidad y su lógica. d) El contenido de los pensamientos automáticos, particularmente de aquellos que son repetitivos y por lo tanto, los más poderosos, es idiosincrático. e) Estos pensamientos, generalmente, incluyen mayor distorsión de la realidad, que otros tipos de pensamiento.

Las implicaciones de este modelo teórico para la práctica TRE se resumen en los siguientes puntos: a) Muchos pensamientos que contribuyen a desórdenes emotivos y conductuales, no están accesibles ni para el cliente ni para el terapeuta. b) La falta de habilidad para hacer una introspección, deriva de las limitaciones inherentes de la forma en que el ser humano experimenta sus pensamientos. c) El paciente puede requerir entrenamiento sistemático y una práctica para facilitar el proceso de descubrimiento del contenido ideacional de sus pensamientos privados. d) La TRE que se emplea con adultos, puede ser también dirigida a asegurar el nivel suficiente de autodescubrimiento en población joven. (e) Para facilitar el mantenimiento y la generalización del cambio del paciente, la instrucción terapéutica debe ser expresada, de forma que sea compatible con él y que pueda ser incorporada dentro del sistema de lenguaje idiosincrático del paciente y también dentro de su estructura cognitiva (Bernard, 1981).

Una vez que el terapeuta ha ayudado al paciente a que descubra y clarifique las suposiciones filosóficas que le crean trastornos, ayuda de una forma persistente a que sean anuladas, desafiándole a pensar en la validez de dichas suposiciones y le ayuda también a que piense por sí mismo en vez de repetir reiteradamente frases irracionales.

TÉCNICAS

La técnica básica del terapeuta racional emotivo, consiste en preguntar y discutir; existen estilos típicos que utiliza el clínico: a) Es activo y directivo con la mayor parte de los pacientes. b) Es, excepcionalmente, activo con la palabra, en especial durante las primeras sesiones de terapia. c) El enfoque racional emotivo es extraordinariamente didáctico. El terapeuta puede desde el inicio enfrentar a la persona contando con pruebas evidentes de su forma irracional de pensar y de comportarse e intentar, con firmeza, persuadir y discutir para que la persona abandone sus creencias irracionales e ilógicas y así entienda cómo éstas provocan irracionalidad. d) Enseña a la persona que puede vivir bien sin, necesariamente, ser aceptado ni amado por los demás. (e) Enseña que las verdaderas razones de la conducta autodestructiva no radican en sus experiencias tempranas o en su historia pasada, sino en las actitudes filosóficas y suposiciones que las personas mantienen en torno a la experiencia de que se trate. f) Enseña que es posible aceptarse como seres valiosos y felices en la vida, por el mero hecho de que existen y de que están viviendo. Ataca, con firmeza, la idea de que la valía intrínseca de la persona depende

de los criterios normalmente reconocidos en la sociedad, tales como el éxito, los logros materiales adquiridos, la popularidad, el servicio a los demás, etc. Por el contrario, le demuestra al paciente qué le convendría hacer, si realmente quiere superar sus perturbaciones emocionales.

Insight racional emotivo

La meta principal del insight racional emotivo es ayudar a los pacientes a ver con claridad y a reconocer abiertamente los procesos ideacionales importantes que no sólo lo conducen, sino que perpetúan su perturbación; e identificar aquellos que requieren cambio, si se quiere lograr una forma distinta de funcionamiento psicológico. El terapeuta racional-emotivo ayuda a los pacientes a: a) conocer sus emociones y conductas desadaptativas o sintomáticas; b) asumir la responsabilidad total de que éstas son autocreadas y autosustentadas; c) aceptarse con sus síntomas; y d) buscar y reconocer genuinamente las fuentes filosóficas de sus síntomas. Al alcanzar estas metas, el terapeuta racional-emotivo enseña cinco tipos de insight: a) Toda conducta tiene causas y antecedentes. Enseña a los pacientes que los eventos en el mundo operan sobre la base de una causa científica y de relaciones causa-efecto y que los eventos conductuales humanos lo hacen de manera similar. b) Enfatiza el rol extremadamente importante que desempeñan las ideas, creencias y filosofía de los individuos en la creación de sus reacciones emocionales y conductuales. Son las creencias actuales que se mantienen, al pensar repetitivamente con relación a ellas, las que causan las reacciones humanas. c) Tomar conciencia y tener conocimiento personal de la dinámica de la propia psicopatología. Consiste en reconocer claramente las propias ideas irracionales y apreciar el rol que desempeñan como causante de los síntomas en cuestión. Les enseña que no son víctimas desahuciadas de fuerzas exteriores ni de procesos inconscientes, sino que tienen control sobre éstos. d) Cualquier pensamiento, particularmente los que se están cuestionando, pueden ser válidos y de hecho pueden ser desafiados. e) Los pensamientos y creencias pueden ser eliminados si se prueban sus falacias o son autoderrotistas, y se pueden adoptar otros más adaptativos para reemplazarlos.

Método socrático

El método socrático juega un papel importante en la terapia cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery 1979; Beck y Emery, 1985), en la TRE (Ellis, 1962) y en las terapias psicodinámicas (Rychlak, 1968; Stein, 1991). El método socrático se caracteriza por usar una serie de preguntas sistemáticas que guía el continuo de la línea de razonamiento inductivo en las sesiones terapéuticas. La meta del método socrático es cuidar y cultivar las habilidades del pensamiento conceptual y abstracto. Su atención se dirige a ayudar a las personas para que por derivación lógica o por razonamiento, lleguen a una definición o conclusión que sea factible de ser aplicable, a partir de un concepto abstracto que haya sido relevante en la sesión (ejemplo: amor, verdad, éxito, amistad).

A través de este proceso, el terapeuta y el paciente trabajan en forma conjunta en la búsqueda de información y de la definición, intentan minimizar el efecto de sus ya previas y establecidas creencias, con el objetivo de ser cautelosos y escépticos sobre la información que procesaron. En lugar de preguntar hechos y detalles, la pregunta socrática permite que el paciente analice, sintetice y evalúe las diferentes fuentes de información. El contenido de la pregunta socrática se dirige al desarrollo de las habilidades para resolver problemas del paciente. La pregunta socrática podrá ser

usada para facilitar el autodescubrimiento ayudando al paciente a ampliar una respuesta que ya posee. También estimula la autonomía (Overholser, 1987) y reduce la resistencia (Overholser, 1991). Los pacientes aprenden a identificar y a corregir razonamientos de tipo ilógicos (Seekin, 1987) así como a encontrar respuestas de forma independiente. La descripción actual del método socrático es una adaptación de la aproximación inductiva dada por Sócrates. Como una aproximación racional y científica, enfatiza el manejo de los procesos cognitivos en psicoterapia.

El debate filosófico

En la TRE el método principal para reemplazar una creencia irracional por una racional es el debate filosófico (Ellis y Harper, 1961; 1975) que consiste en una adaptación del método científico a la vida cotidiana. Phadke (1982) ha mostrado que la refutación de las creencias irracionales comprende los siguientes tres pasos. Primero, los terapeutas ayudan al paciente a descubrir las creencias irracionales que subyacen a sus conductas y emociones autodevaluatorias.

En segundo lugar, debaten con sus pacientes la verdad o la falsedad de sus creencias irracionales. El propósito del debate filosófico, en general, es determinar la validez de hipótesis y teorías que, en este caso, equivaldrían a las tres inferencias irracionales y al pensamiento absolutista y dogmático del cual se derivan. Durante este proceso, ayudan a sus pacientes a discriminar entre creencias racionales e irracionales. Si el debate filosófico ataca únicamente a las inferencias irracionales, constituye un debate empírico. El debate filosófico (Ellis, 1987) va más allá de estas inferencias y ataca los "debo de" dogmáticos implícitos, de los cuales se derivan. En tercer lugar, un estilo terapéutico bastante eficaz, al utilizar el debate filosófico, es el diálogo socrático, ya que ayuda al paciente a generar conocimiento, en lugar de simplemente memorizar, creencias racionales y apropiadas.

Imaginación racional emotiva

Para comprender por qué la imaginación racional emotiva es una técnica tan efectiva para autoinstruirse, debe recordar que su cerebro funciona como una cámara. No ve y no reacciona a "lo que está justo ante sus ojos"; ve y reacciona a la imagen que su cerebro reproduce de eso, en su neocorteza. La imaginación racional emotiva implica que se debe tener en mente que la misma no es un juego. Es un entrenamiento efectivo y un ejercicio de reentrenamiento para su cerebro. La imaginación racional emotiva es la práctica de "como si", o el ensayo mental del hábito racional que está intentando aprender. Tiene todas las ventajas de la práctica de la vida real, con ninguno de los peligros. Esto hace que la imaginación racional emotiva sea una de las formas más seguras y rápidas para aprender cualquier hábito nuevo. Al practicar la imaginación racional emotiva diariamente, se obtienen otras cuatro ventajas: a) corrige errores pasados; b) obtiene práctica en el manejo de las viejas situaciones reales de la vida, con más habilidades racionales y muchos menos errores en el futuro; c) sus progresos en la reeducación emocional se aceleran mucho más con la imaginación racional emotiva que sin ella; y d) empieza a sentir más confianza en sí mismo en cuanto a su habilidad para enfrentarse a las nuevas experiencias de la vida.

Autoanálisis racional

El autoanálisis racional es el procedimiento principal de la TRE. El autoanálisis racional es una forma estructurada en la cual los pacientes descubren las relaciones causa-efecto entre los componentes cognitivos, emocionales y físicos de sus problemas personales y también los cambios racionales que tienen que hacer y pueden hacer para empezar a ayudarse a ser felices inmediatamente. La secuencia de la técnica es: a) Hacer que los pacientes describan el acontecimiento activante (A). b) Después, los pacientes tienen que escribir sus creencias (B). Se puede enumerar cada una de éstas y comprobar si tienen una actitud positiva, negativa o neutra. c) En el apartado C, se hace que los pacientes escriban las consecuencias conductuales de sus ideas B. La sección C tiene dos apartados: emociones y acciones. Aquí se describe o se manifiesta cómo se sintieron y qué hicieron. d) Los pacientes escriben las cinco preguntas racionales. e) Frente al apartado C, el paciente escribe la sección E; ésta contiene las nuevas emociones y acciones que quieren tener en acontecimientos futuros. f) En Da, es la comprobación por parte de la cámara de A. Los pacientes se preguntan a sí mismos "¿Una cámara de video habría grabado los acontecimientos de A tal y como yo los describo?". Si la respuesta es "sí", los pacientes tienen que escribir "todos los hechos" en la sección Da. Si no, quiere decir que hay de por medio opciones personales y, entonces, tiene que describir los hechos tal como los grabaría una cámara de video. g) El séptimo paso es Db, es decir, la comprobación y el cuestionamiento racional de cada idea del apartado B, empleando las cinco preguntas racionales. Luego, tienen que reemplazar las ideas B, irracionales por ideas racionales en la sección Db.

Imaginación terapéutica e imaginación aversiva

El Dr. Maulstby ha desarrollado una técnica llamada imaginación racional emotiva que acelera el proceso de autocambio. Existen dos modalidades de la técnica: imaginación terapéutica e imaginación autoaversiva.

La imaginación terapéutica es útil especialmente para extinguir temores y fobias específicas y también para facilitar el desarrollo de las áreas del comportamiento que el paciente aún no ha probado (ni intentado) debido a las creencias irracionales de que él nunca logrará tener éxito. El primer paso en la imaginación terapéutica es hacer autoanálisis racional repetido con respecto a las conductas irracionales. Por ejemplo, si una persona tiene temores irracionales al subirse a un elevador, debe hacer repetidos autoanálisis racionales respecto a ese temor para que pueda determinar su autolenguaje y aprender a desafiar completamente sus ideas que subyacen al temor. Posteriormente se instruye al paciente a imaginarse a sí mismo en una situación en la que ordinariamente se comportaría y se emocionaría de forma desadaptativa. Se le pide que se describa a sí mismo en esa misma situación comportándose de la manera en que le gustaría conducirse, mientras que simultáneamente y en forma repetida, revisa los desafíos racionales de sus autoanálisis racionales escritos.

Es conveniente que la imaginación se realice en un estado de tranquilidad y de mínima ansiedad, para que el paciente empiece a aparear (asociar) una sensación de calma con una situación dada, en lugar de su temor o ansiedad usual. El siguiente paso sería participar en el evento ansiógeno. En nuestro ejemplo el paciente ahora se subirá al elevador mientras que se concentra en su ensayo

mental. Por lo regular, en los primeros intentos, aún responderá con temor o ansiedad. No obstante, con la práctica persistente el temor puede ser reducido y finalmente eliminado. Existen ciertas conductas o comportamientos compulsivos muy aprendidos tales como el beber, comer o fumar en forma excesiva, los cuales es

mejor tratar de extinguirlos con otro tipo de imaginación: imaginación autoaversiva, con esta técnica el paciente debe practicar el aparear una imagen especialmente nociva con el objeto que desea. Por ejemplo, si el paciente come compulsivamente, se entrena a sí mismo para que se imagine vomitándose sobre la comida que desea con una cantidad prescrita o en las variedades de alimentos que ha decidido eliminar. Los pacientes que se comportan compulsivamente no consiguen privarse de una gratificación inmediata en favor de su propio interés a largo plazo. Es por esto que el condicionamiento autoaversivo es de tanta ayuda para extinguir esa variedad de hábito. Cuando habitualmente se aparea la imagen nociva y la emoción negativa resultante (todo bajo control racional) con el objeto deseado, las consecuencias negativas de su deseo llegan a ser inmediatas. Por lo tanto, es más probable que persista en cambiar su comportamiento para evitar las consecuencias negativas inmediatas.

Las imágenes racional emotivas

Las imágenes racional emotivas constituyen la segunda técnica terapéutica de le TRE. Su base descansa en el hecho neuropsicológico de que las imágenes producen el mismo aprendizaje rápido que las experiencias de la vida real. En consecuencia, cada vez que la gente se imagina a sí misma pensando, sintiendo emociones y actuando físicamente de la manera en que quiere hacerlo, está empleando imágenes racionales emotivas, la forma más eficaz de práctica emocional. Cuando los pacientes practican diariamente esta técnica, se enseñan a sí mismos nuevos hábitos emocionales de manera más rápida y segura posible.

Reestructuración racional sistemática

Los pacientes no siempre se dan cuenta de cómo construyen distintas situaciones ansiógenas. Aunque muchos individuos pueden ser capaces de informar sobre lo que se dicen a sí mismos en distintas situaciones ansiógenas, no siempre se dan cuenta de las razones "subyacentes" por las que eso les perturba. El objetivo de la reestructuración racional sistemática no es solo obtener una perspectiva diferente de los aspectos problemáticos de sus vidas, sino enseñar a los pacientes un procedimiento para que ellos mismos lo puedan hacer. En este sentido, el objetivo terapéutico consiste en proporcionar a los individuos habilidades de enfrentamiento, de modo que en último término aprendan a funcionar como sus propios terapeutas. La reestructuración racional sistemática se basa en la TRE, intenta ser más estructurada y resaltar más el empleo de este procedimiento para proporcionar al paciente habilidades de enfrentamiento. Las directrices clínicas del procedimiento son: a) Presentar la suposición de que los pensamientos median las emociones. b) Establecer una perspectiva realista en el paciente. c) Identificar las suposiciones poco realistas que median la conducta desadaptativa del paciente, y d) Ayudar al paciente a cambiar sus cogniciones poco realistas.

Debatir creencias irracionales

Entre los métodos cognitivos más poderosos figura la técnica de debatir las creencias irracionales. El debate consiste en cuestionar y desafiar la validez de las ideas o hipótesis que los pacientes sostienen acerca de ellos mismos, de otros y del mundo. El terapeuta racional-emotivo plantea preguntas retóricas o aseveraciones desafiantes acerca de las creencias del paciente. Estas preguntas se hacen para

enseñar o ayudar a los pacientes a detectar que sus creencias, teóricamente son insostenibles, irreales o imposibles. El terapeuta actúa como un formulador de preguntas provocativo y un proveedor de información y respuestas autorizado; hasta que los pacientes comprendan claramente la lógica de la respuesta "correcta", el terapeuta lleva al paciente a crear las preguntas "correctas" y por ende, a responder en formas nuevas, diferentes y más sanas. El resultado final del debate, en términos cognitivos, es que los pacientes están funcionando en un nivel mucho más pleno de su potencial de pensamientos. Los pacientes han cuestionado esas ideas, las han encontrado ilógicas e irreales y entonces empiezan a formular creencias más racionales. Creemos que este pensamiento racional autogenerado es la meta más alta de la terapia, y el debatir ayuda a esta meta.

Autoexamen racional

Es el análisis racional con el cual el paciente dirige su pensamiento para controlar sus reacciones emocionales ante los hechos o eventos. Dado que el autoexamen racional analiza sus emociones, el formato de la técnica está basado en las tres etapas que forman una emoción completa: su percepción de los hechos o eventos específicos, sus pensamientos evaluativos o calificativos sobre esos hechos o eventos específicos y sus sensaciones viscerales acerca de ellos. Una vez que se domina el autoexamen racional de una emoción completa, las emociones son más fáciles de entender y de manejar racionalmente. Se puede entonces, sistemáticamente, deshacerse de viejos hábitos de enojo inútil, culpa, depresión y miedos autoderrotistas, celos, etc.

Al aplicar la técnica cuando uno se siente más desdichado de lo que quisiera o necesitara estar, es el primer paso hacia la reeducación racional-emocional. Las dos formas de beneficiarse del autoexamen racional en menos tiempo son: a) aprender bien cada una de las seis partes y b) escribir en orden el ABC. Las partes del autoexamen racional son: "A" Los hechos y eventos. Escribir los enunciados de los hechos o eventos tal como los ha visto. "B" Su autolenguaje o pensamientos evaluativos. Escribir pensamientos, actitudes o creencias acerca de "A". Escriba la palabra "bueno", "malo" o "neutral" que mejor describa su pensamiento sobre ese planteamiento. "C" Las consecuencias emocionales de "B". Escribir enunciados simples de cómo se siente. "Da" Su chequeo de cámara de "A". Corrige opiniones.

Ayuda a ver la diferencia entre hechos objetivos y sus opiniones subjetivas y acusaciones falsas. Reconocer esa diferencia es esencial para el control racional emocional. "Db" Debates racionales. Escribir su modo más racional de pensar sobre "B". Cumpliendo con la mayoría de las 5 reglas para el pensamiento racional. "E" Su meta emocional para futuras "As". Se describen las emociones que quiere sentir en situaciones similares del futuro, en lugar de lo que siente actualmente.

El ser más racional en su control emocional no le puede quitar su habilidad de sentir. Se sentirán más las emociones que quiere sentir y menos las emociones que no quiere sentir.

Inversión del rol racional

Los terapeutas racional-emotivos se benefician de forma personal como resultado de la práctica de la TRE. El terapeuta asume el rol de paciente ingenuo, y el paciente de terapeuta racional, y le explica al "paciente" los conceptos racionales en cuestión. El terapeuta permanece en el rol "ingenuo" pero continúa monitoreando y utilizando la ejecución del paciente a fin de verificar el pensamiento racional. Después de realizar

exitosamente la inversión de rol racional, el terapeuta puede realizar con el paciente el proselitismo racional.

Proselitismo racional

Es una técnica de reestructuración que le sigue a la inversión de rol racional. A menudo es útil en la TRE asignar a los pacientes la tarea de ejercer el proselitismo con sus amigos acerca de los conceptos TRE en cuestión. Al ejercer el proselitismo hay tres precauciones: a) Asignar proselitismo racional únicamente cuando se está seguro de que el paciente entiende la idea racional. b) Estimular a los pacientes a ser selectivos con las personas con quienes van a ejercer el proselitismo. c) Continuar en forma intermitente el desempeño del rol con esos pacientes para refrescar su pensamiento racional y reforzar sus continuos esfuerzos de reeducación cognitiva-emotiva-conductual.

Reforzar el pensamiento racional

Su objetivo es utilizar una variedad de reforzadores concretos sociales y de actividad para premiar al paciente por pensar racionalmente. La forma más sencilla y más obvia es premiar al paciente socialmente en la sesión de terapia. Menos controlado pero igual de efectivo, es que el paciente se premie a sí mismo por el pensamiento y la conducta racionales.

Adoctrinamiento racional

Se utiliza para inocular ideas racionales a pacientes que, por las razones que sean, no tienen o no pueden evocar todos los detalles para pensar elegantemente a través de sus ideas o filosofías. Se alienta a los pacientes básicamente a adoptar y a usar las ideas racionales que les ayudarán a llevar una vida más sana y más feliz.

APLICACIONES

En la actualidad, la TRE ha sido aplicada a una gran cantidad de problemas personales y de todo tipo: adicciones y abuso de sustancias (Drake, 1964; Ellis, 1974a; 1982; Maultsby, 1978; Wolfe, 1979; Di Giuseppe y McInerney, 1990); adolescencia y problemas infantiles (Bernard y Joyce, 1948; Ellis y Bernard, 1983; Gossette y O'Brien, 1993; Morris, 1993); enojo y cólera (Ellis, 1977a; Hauck, 1974; Hart, Turner, Hittner, Cardozo *et. al*, 1991); entrenamiento asertivo (Alberti y Emmons, 1982; Jakubowsky y Lange, 1978; Wolfe, 1977); comunicación (Crawford, 1982; Garner, 1981; Lacey, 1982; Martin, 1983); educación (Bingham, 1982; Gerald y Eyman, 1981; Knaus, 1974; Watson y Dodd, 1990; Mc Cormick, Tooke, Winston y Kjellander, 1991); empresarial (Ellis, 19972, 1985; Miller, 1992); salud (Ellis y Abrahms, 1978; Greenwood y Bernstein, 1982; Rubin, Walen y Ellis, 1990; Oliver y Bock, 1990); amor, sexo y matrimonio (Araoz, 1982; Ellis, 1958b, 1960, 1963a,b, 1976, 1979, 1982b; Hauck, 1981, 1984); religión (Lawrence y Huber, 1982; Johnson, 1992; Ellis, 1992; Sazar y Kassinove, 1991); autodisciplina y alta tolerancia a la frustración (Ellis y Knaus, 1977; Hauck, 1975; Knaus, 1979, 1982, 1983);

psicología del deporte (Bell, 1980; Ellis, 1982c; Wessler, 1980; Simek y O'Brien, 1981); stress (Abrams y Ellis, 1994; Kushnir y Malkinson, 1993).

La TRE es una psicoterapia activa-directiva en donde los terapeutas van llevando a sus pacientes a identificar el origen filosófico de sus problemas psicológicos, buscando ellos mismos alternativas de cambio de sus creencias irracionales perturbadoras. La TRE se ha aplicado en sesiones individuales, de pareja, de familia y de grupo.

Terapia individual

La TRE hace énfasis en la importancia que tienen las creencias irracionales de una persona, al igual que sus preferencias, por lo que la mayoría tiende a buscar la terapia individual. La TRE individual es confidencial. Está indicada para personas que tienen dificultad en hablar enfrente de personas ajenas por sentir miedo a que la información la usen en su perjuicio. La TRE individual propicia una relación más cercana entre terapeuta y paciente de la que existiría si hubiera más personas. La terapia individual puede ser la mejor forma de que avance una persona. Es importante para los pacientes que están muy confusos y que pueden distraerse con otras personas dentro de la terapia. Se recomienda la TRE individual cuando los problemas que tiene la persona son "consigo misma", más que con los demás. La terapia individual resulta ser flexible en cuanto al estilo terapéutico, más que otras modalidades terapéuticas en donde podría tener efectos negativos con otros pacientes.

Terapia de pareja

La TRE afirma que las parejas pueden resolver sus problemas de insatisfacción por ellos mismos si consiguen lo que necesitan: una comunicación constructiva, resolución de problemas, y habilidades de negociación. Cuando hay un déficit en esas habilidades, el objetivo de la terapia de pareja es entrenarles para que las desarrollen y utilicen.

Terapia familiar

La terapia familiar racional emotiva es efectiva cuando ayuda a los miembros menos perturbados de una familia a aceptar plenamente y conformarse con las personas de la familia más perturbadas. La TRE enseña a los padres que, aunque ellos pueden haber contribuido significativamente a las perturbaciones de sus hijos, no son la causa directa de ellas. En la TRE familiar cada miembro se hace responsable de su propio cambio y de intentar modificar los aspectos prácticos de los problemas familiares. También se enseña a los adultos de la familia a tomar la responsabilidad de sus propias actividades, incluso cuando otros miembros de la familia estén actuando mal y contribuyendo a las dificultades.

Terapia de grupo

En la terapia de grupo se enseña a todos los participantes a emplear el método científico consigo mismo y con los demás, para expresarse con lógica, estar al tanto de las cosas, y contradecir empíricamente las cogniciones perturbadoras de los otros

miembros. Los objetivos principales de los asistentes a la terapia de grupo son: comprender las raíces de sus síntomas y funcionar mejor en sus relaciones interpersonales; entender las dificultades de otros miembros del grupo y ayudarles a minimizar sus perturbaciones para que se sientan bien emocionalmente y se trastornen menos llegando así a un cambio no sólo conductual, sino filosófico, abandonando cualquier forma de autodestrucción, y aprender a aceptarse a sí mismos y a otros como personas humanas que pueden fallar y cometer errores. Uno de los principales propósitos de las sesiones de grupo en TRE es ofrecer a sus miembros una serie de alternativas de solución a sus problemas prácticos y neuróticos a la que normalmente se da en sesiones individuales.

Programa educativo de prevención (Educación racional emotiva)

La TRE ha sido usada en población de estudiantes, tanto en el nivel de educación básica como de educación media (Wagner, 1965; Maultsby, 1971, 1975; Ellis, 1971; Knaus, 1974). Durante la década pasada se ha aplicado a niños con problemas de salud mental y a niños con problemas psiquiátricos recluidos en hospitales (Bernard y Joyce, 1984). En el contexto escolar generalmente quien aplica la técnica son los psicólogos educativos, los consejeros o los trabajadores sociales, quienes enseñan al personal de la escuela, así como a los padres de los niños, los principios básicos de la TRE.

Cuando la TRE se aplica a la población escolar, se pretenden dos objetivos principales: a) Permitirle al adulto que interactúa con el niño de edad escolar a que le ayude a resolver sus propios problemas para que éstos no interfieran con su desarrollo académico. b) Como consecuencia del punto anterior, el niño está preparado para aplicar los principios de la TRE cuando experimente un estado emotivo perturbador y sus conductas no sean las adaptativas. Estos principios le permiten a los niños ejercitar su autocontrol y enfrentarse de forma independiente a resolver sus propios problemas a futuro. Maestros y padres que han aplicado los principios de la TRE a niños con problemas académicos, reportan cambios significativos y benéficos en el 85% (Brown, 1977; Glicker, 1976).

Una de las razones de aplicar la TRE en un contexto escolar es que el principal propósito de la terapia es educacional, por lo que se enfoca en enseñar y modelar a los estudiantes a resolver sus propios problemas. Las técnicas que se usan en el entrenamiento son educativas e incluyen: descubrimiento guiado, presentaciones didácticas, asignación de tareas, juego de roles, entrenamiento en autoafirmación, ensayo conductual, ejercicios de enfrentamiento de riesgos y estados emotivos, entre otros. Todas estas técnicas son compatibles y bajo un contexto educativo. (Ellis, 1975a; Protinsky, 1976; Wagner, 1966; Kinney, 1991).

AVANCES RECIENTES

A partir de 1980 y en la actualidad, sigue siendo la TRE una de las formas de consejería y psicoterapia más prácticas a nivel mundial (Heesackler, Heppner y Rogers, 1982; Smith, 1982; Sprenkle, Keeney y Sulton, 1982). La popularidad de la TRE con el público en general es, en parte, debido al talento literario de Ellis, quien ha escrito y editado más de 50 libros, algunos de los cuales son conocidos por ser libros de autoayuda. Por otro lado, su reputación se basa en su profesionalismo como terapeuta y en sus logros científicos en el campo de la psicoterapia.

En sus inicios (1955) la TRE era cognitiva, empírica y activo-directiva. Mantenía un matiz humanístico existencialista y holístico, estando lejos de ser racionalista (Ellis, 1962). A medida que pasaban los años, la revolución cognitiva dentro de la psicoterapia progresó y ésta se volvió más marcadamente cognitivo-conductual.

Más adelante se comenzó a distinguir entre la "TRE General" que es sinónimo de terapia cognitivo-conductual y la "TRE Preferencial", considerada esta última como un tipo único de terapia cognitiva que se superpone, parcialmente, a la terapia cognitivo conductual general, diferenciándose de ella en varios aspectos significativos. La TRE preferencial practicada durante los últimos 15 años, es claramente constructiva y humanista.

Mucho se ha escrito con respecto a el estatus científico de la TRE (Haaga y Davison, 1989,1993; Haaga, Dryden y Dancy, 1991; Hajzler y Bernard, 1989; Lyons y Woods, 1991); sin embargo, todavía quedan algunas ambigüedades en áreas como la evaluación, la teoría de la psicopatología y la práctica de la terapia, las cuales señalaremos como parte de lo que se está estudiando en esta línea.

1. El desarrollo de instrumentos de medición estandarizados. Tradicionalmente las creencias irracionales se identificaban a través de las entrevistas estructuradas. Sin embargo, el desarrollo de investigación psicométrica que permita el surgimiento de instrumentos válidos y confiables para evaluar las creencias irracionales cada vez es más imperante, ya que sería mas eficiente el estudiar las funciones que juegan las ideas irracionales en diferentes desórdenes emotivos.

2. Evaluación de cómo las creencias irracionales son mantenidas por las personas. La mayoría de los estudios evalúa el grado de acuerdo de un individuo con una idea irracional. Ellis plantea que la frecuencia de aparición de las mismas también refleja la fuerza de convicción con esa idea y que así es como se mantiene.

3. Investigar la relación entre creencias irracionales y los tipos de desórdenes emocionales. Identificar si existe un tipo específico de creencias irracionales asociadas con un tipo específico de desorden. Esta línea de investigación surge ya que la teoría de la TRE desarrolló una explicación general de las perturbaciones emocionales humanas y no sobre los desórdenes específicos.

4. Las ideas irracionales son características o rasgos de personalidad. La TRE sugiere que las ideas irracionales que presenta una persona operan de forma individual, pero no se sabe si las aplican en todas las áreas de su vida, o sólo en contextos o áreas específicas. (Burgess, 1990).

5. La efectividad de la TRE como método de intervención clínica necesita ser investigada usando procedimientos empíricos mas controlados. No hay duda acerca de la efectividad de la TRE en situaciones clínicas, los estudios de investigación dan evidencia de su efecto (Hajzler y Bernard, 1989; Smith y Glass, 1977; Lyons

y Woods, 1991). Sin embargo, en los últimos años el criterio científico se ha vuelto más riguroso en la validez de los resultados de investigación, por lo que se requiere mayor rigor metodológico en áreas como: a) el uso de métodos estandarizados para medir el efecto de la TRE durante el proceso terapéutico, b) evaluación de la competencia, habilidad y experiencia con la que son usadas las técnicas por los terapeutas que las aplican, c) evaluación estadística de los efectos del tratamiento en situaciones clínicas, d) evaluación de la relación de los cambios en ideas irracionales como consecuencia de la TRE y los cambios en conducta y estados emotivos, e)

investigar qué componentes de la TRE (cognitivo, emotivo, conductual) son los responsables de los cambios en un individuo.

6. Investigación empírica de la educación racional emotiva. Es sabido que la TRE ha sido aplicada en una variedad de problemas con niños, pero no hay estudios que confirmen la efectividad de la TRE como un método preventivo de los desórdenes emocionales.

7. Creencias irracionales e investigación transcultural. En la actualidad existe dentro de los investigadores de TRE un fuerte interés en saber si las creencias irracionales son propias de una cultura y/o religión, más que una tendencia biológica de los individuos.

8. En la actualidad uno de los cuestionamientos que están en el tintero de discusión es el de determinar si la TRE podrá subsistir como técnica independiente o será integrada como un paradigma más de las aproximaciones cognitivo-conductuales y llegar así a formar parte de la escuela de Terapias Cognitivo-Conductuales, ya que cada vez es más frecuente que los teóricos cognitivo conductuales estén incorporando elementos de la TRE en su trabajo clínico (Weinrach, 1995). Sin embargo, Ellis al respecto ha comentado de forma tácita que "50 años después de mi muerte, puedo predecirles que la TRE seguirá en pie" (Bernard, 1995). La perspectiva que tiene la TRE en un futuro está encaminada hacia varios campos como son los negocios, la industria, la política, la economía, la vida familiar, el matrimonio, lo educativo, etc. En este último abarca desde las edades primarias hasta la universidad, en donde se considera ayudar a mucha gente a ver de qué forma se altera innecesariamente y que busque las alternativas para superar los problemas autogenerados emotivos, cognitivos, conductuales y obtener una forma de vida más plena.

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto anteriormente, podemos resumir la teoría en seis principios básicos:

1. El principio fundamental de la TRE es que la cognición es el determinante más importante y directo de la emoción humana. De forma sencilla: "sentimos lo que pensamos". Los eventos o la gente no hacen que nos sintamos "bien" o "mal", sino que nosotros mismos provocamos eso, de una manera cognitiva. Es como si estuviéramos escribiendo el "guión" para nuestras reacciones emocionales, aunque normalmente no somos conscientes de ello. Por lo tanto, los eventos externos pasados o presentes "contribuyen a", pero no inducen de manera directa o "causan" nuestras emociones; sino que nuestros procesos internos (la percepción y en especial las evaluaciones de tales percepciones), son las causas más directas y poderosas de nuestras respuestas emocionales.

2. El segundo principio sugiere que el pensamiento disfuncional es el principal determinante de una emoción desadaptativa. Los estados emotivos disfuncionales y algunos otros aspectos de la psicopatología, son fruto de procesos de pensamientos erráticos que pueden estar caracterizados por la exageración, sobresimplificación,

generalización excesiva, falta de lógica (paralógica), supuestas deducciones erróneas y nociones absolutistas.

3. Debido a que la noción básica de la TRE es que sentimos en función de como pensamos, entonces, para resolver un problema emocional hay que analizar nuestro pensamiento. Si la emoción intensa (distress) es el producto del pensamiento irracional, la mejor manera de superarlo es cambiando el pensamiento. Clínicamente, este acercamiento es a veces el único (o al menos el más práctico) aspecto de la experiencia emocional que podemos incitar a cambiar en los pacientes.

4. Factores múltiples, en los cuales podemos incluir a las influencias genéticas y ambientales, son antecedentes etiológicos del pensamiento irracional y la psicopatología. Ellis, de manera repetida, ha subrayado que los seres humanos parecen estar dotados de una predisposición natural a pensar irracionalmente (Ellis, 1976a, 1985). No obstante que podríamos presentar una tendencia a aprender fácilmente creencias irracionales, la prueba de la predisposición natural está en que la cultura en que vivimos es la que nos proporciona el contenido específico de tales creencias.

5. Al igual que muchas teorías de la psicología contemporánea, la TRE subraya las influencias presentes sobre la conducta, más que las históricas. Otra implicación de la TRE, por tanto, es que a pesar de que las condiciones hereditarias o ambientales son importantes para el desarrollo de la psicopatología, no son el foco de atención para entender su persistencia. La gente mantiene su trastorno debido a un autoadoctrinamiento repetitivo. La adhesión a creencias irracionales, más que como las hemos adquirido, es la causa de la alteración emocional. Así, si el individuo reevaluara su pensamiento previo y lo abandonara en el presente, su funcionamiento cotidiano sería bastante diferente.

6. Y otro principio más de la TRE es que las creencias pueden cambiarse a pesar de que dicho cambio no se efectúa de manera sencilla. Las creencias irracionales son substituidas, mediante esfuerzos persistentes y activos para reconocer, debatir y revisar el propio pensamiento, logrando reducir la emoción disfuncional.

REFERENCIAS

Abrams, M. y Ellis, A. (1994). Rational emotive and behavior therapy in the treatment of stress. *British Journal of Guidance and Counselling*, 22 (1), 39-50.

Adler, A. (1927). *Understanding human nature*. New York: Greenberg.

Adler, A. 1929). *The science of living*. New York: Greenberg.

Alberti, R. y Emmons, M. (1982). *Your perfect right*. S. Luis Obispo, CA: Impact.

Araoz, D. (1982). *Hypnosis and sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Bard, J. (1980). *Rational emotive therapy in practice*. Champaign, Il.: Research Press.

Beck, A. (1976a) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

Bell, K. (1980). *The nuts and bolts of psychology for swimmers*. Austin, Tx: Keith bell.

Bernard, M. & Joyce, M. (1984). *RET with children and adolescents*. New York: J. Wiley y sons.

Bernard, M (1981). Private thought in rational emotive psychotherapy. *Cognitive Terapy and Research*, 5, 125-142.

Bernard, M. y Joyce, M. (1984). *RET with children and adolescents: theory, treatment strategies, preventative methods*. New York: Wiley.

Bernard, M. (1995). It´s prime time for rational emotive and behavioral therapy: current theory and practice, research recommendations, and predictions. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 13, 1, Spring.

Bingham, T. (1982). *Program for affective learning*. Blandint, UT: Metra.

Brown, D. (1977). *The fourth "R": a psicologist takes RSC to school*. In Wolfe & Brand (Eds.). *Twenty years of rational therapy*. New York: Institute for RET.

Burgess, P. (1990). Toward resolution of conceptual issues in the assessment of belief systems in RET. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an international quartely*.

Coué, E. (1922). *The practice of autosuggestion*. New York: Doubleday.

Crawford, T. (1982). *The personal revolving discussion sequence package*. Rosemead, CA: Ted Crawford.

Davidson, J. (1978). Specific and patterning in bio-behavioral systems. *American Psychologist*, 33, 430-436.

DiGiuseppe, R. y McInerney, J. (1990). Patterns of addiction: a RET perspective. *Journal of Cgnitive Psychotherapy*, 4 (2), Spec Issue 121-134.

Drake, W. (1964). *Guidebook for alcoholics*. New York: Exposition.

Dryden, W. y Ellis, A. (1988). Rational emotive therapy. In K Dobson (Ed.). *Handbook of cognitive behavioral therapies*. New York: Guilford press.

Dubois, P. (1907) *The psychic treatment of nervous disorders*. New York: Funk & Wagnalls.

Ellis, A. (1979c) The issue of force and energy in behavior change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 10, 83-97.

Ellis, A. y Bernard, M. (1983). *Rational emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum press.

Ellis, A. (1975a). *How to live with a neurotic: at home and at work*. New York: Crown (rev. ed. published 1975, Hollywood, CA: Wilshire Books).

Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 334-350.

Ellis, A. (1957c). Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 13, 38-44.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: the RET approach*. New York: Mc Graw Hill.

Ellis, A. (1985a). Cognition and affect in emotional disturbance. *American Psychologist*, 40, 471-472.

Ellis, A. (1985b). Expanding the ABCs of RET. In Mahoney and Freeman (eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp 313-323). New York: Plenum press.

Ellis, A. (1985c). Free will and determinisms: a second story. *Journal of Counseling and Development*, 64, 286.

Ellis, A. (1985d). *Overcoming resistance: RET with difficult clients*. New York: Springer.

Ellis, A. y Abrahms, E. (1978). *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer.

Ellis, A. y Becker, I. (1982). *A guide to personal happiness*. North Hollywood, CA: Wilshire.

Ellis, A. y Bernard, M. (Eds.). (1983a). *Rational emotive approaches to the problems of childhood*. New York: Plenum press.

Ellis, A. y Bernard, M. (Eds.). (1985a). *Clinical applications of RET*. New York: Plenum press.

Ellis, A. (1974). *I'd like to stop but...Overcoming addiction* (cassette). N. Y.: Institute for RET.

Ellis, A. (1982) The treatment of alcohol and drug abuse: a rational-emotive approach. *Rational Living*, 17 (2), 14-24.

Ellis, A. y Whiteley, M. (Eds.). (1979). *Theoretical and empirical foundations of RET*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Ellis, A. (1975a). RET and the school counselor. *School Counselor*, 22, 236-242.

Ellis, A. (1991). The revised ABCs of RET. *Journal of RET and Cognitive Behavioral Therapy* 9, 139-192.

- Ellis, A. (1958). *Sex without guilt*. Secaucus, N.J.: Lyle Stuart. Rev. ed, 1965.
- Ellis, A. (1960). *The art and science of love*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart (rev. ed. 1969). New York. Bantam.
- Ellis, A. (1977a). Psychotherapy and the value of human being. In Ellis Grieger (Eds). *Handbook of RET* (99-112). New York: Springer.
- Ellis, A. (1982). Self-direction in sport and life. *Rational Living*, 17, 23-26.
- Ellis, A. (1963). *The intelligent woman's guide to mate hunting*. New York: Lyle Stuart and Dell.
- Ellis, A. (1963b). *Sex and single man*. New York: Lyle Stuart and Dell.
- Ellis, A. (1976). *Sex and liberated man*. Secaucus, N.J.: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1979). *The intelligent woman's guide to dating and mating*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1982b). *Twenty-two days to brighten up your love life* (cassette). New York. Institute for RET.
- Ellis, A. y Knaus, W. (1977). *Overcoming procrastination*. New York: Institute for RET.
- Ellis, A. (1982 b). *Twenty two years of brighten up your love life*. (cassette). New York: Institute for RET.
- Ellis, A. y Harper, R. (1975). *A new Guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire Book company, 1975.
- Ellis, A. (1971). An experiment of emotional education. *Educational Technology*, 11, 61-64.
- Ellis, A. (1972a). *Psychotherapy and the value of human being*. New York: Institute for RET.
- Ellis, A. (1949a). Re-analysis of an alleged telepathics dream. *Psychiatric Quarterly* 23, 116-126.
- Ellis, A. (1949b). Towards the improvement of psychoanalytic research. *Psychoanalytic Review*, 36, 123-143.
- Ellis, A. (1950). *An introduction to the principles of scientific psychoanalysis*. (Genetic psychology monographs). Princetown, MA: Journal press.
- Ellis, A. (1972). *Executive leadership: a rational approach*. New York: Institute for RET.
- Ellis, A. (1985). The rational-emotive approach to acceptance. In Francek, Klarriech y Moore (Eds.). *Brief psychotherapy in medical and health practice*. New York: Springer.

Ellis, A. (1956a). The effectiveness of psychotherapy with individuals who have severe homosexual problems. *Journal of Consulting Psychology, 20*, 191-195.

Ellis, A. (1971). *Growth through reason*. North Hollywood, CA: Wilshire books.

Ellis, A. (1974). RET: Albert Ellis. In A. Burton (ed.), *Operational theories of personality* (pp 308-344). New York: Brunner/Mazel.

Ellis, A. (1984). The essence of RET-1984. *Journal of RET, 2*, 19-25.

Ellis, A. & Grieger R. (Eds.). (1977). *Handbook of RET*. New York: Springer. Ellis, A. (1965). *The art and science of love*. (Rev. ed.). Secaucus, NJ.: Lyle Stuart; New York: Bantam

Ellis, A. (1992). My current views of RET and religiousness. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 10* (1), 37-40.

Ellis, A. (1976a). The biological basis of human irrationality. *Journal of Individual Psychology, 32*, 145-168. (Reprinted 1876, New York: institute for RET).

Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything-yes anything*. New York: Lyle Stuart.

Frankl, V. (1959). *Man's search for meaning*. New York: Pocket books.

Garner, A. (1981). *Conversationally speaking*. New York: Mac Graw Hill.

Gerald M. y Eyman, W. (1981). *Thinking straight and talking sense: an emotional education program*. New York: Institute for RET.

Glicker, M. (1967). Counseling children. Two methods. *Rational Living, 1*, 27-30.

Gossette, R. y O'Brien R. (1993). Efficacy of RET with children: a critical re-appraisal. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 24* (1), 15-25.

Greenwood, V. y Bernstein, R (1982). *Coping with herpes: the emotional problems*. Washington, DC.: W. Center for cognitive behavioral therapy.

Grieger R. y Boyd, I. (1980). *RET: a skills-based approach*. New York: Van Nostrand-Reinhold.

Haaga, D. y Davison, G. (1989). Outcome studies of RET. In Bernard & DiGiuseppe (Eds.). *Inside RET: a critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis*. San Diego, CA.: Academic press.

Haaga, D.; Dryden, W. y Dancy, C. (1991). Measurement of RET outcome studies. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy, 9*, 73-93.

Hajzler, D. y Bernard, M. (1991). A review of REE outcome studies. *School Psychology Quarterly, 6*, 27-49.

Hart, K., Truner, S., Hittner, J., Cardozo, S. et al. (1991). Life stress and anger: moderating effects of Type A irrational beliefs. *Personality and Individual Differences*, 12 (6), 557-560.

Hauck, P. (1974). *Overcoming frustration and anger*. Philadelphia: Westminster press.

Hauck, P. (1980). *Brief counseling with RET*. Philadelphia, PA Westminster.

Hauck, P. (1975). *Overcoming worry and fear*. Philadelphia: Westminster.

Hauck, P. (1981). *Overcoming jealousy and possessiveness*. Philadelphia: Westminster.

Hauck, P. (1984). *The three faces of love*. Philadelphia: Westminster.

Hempel, C. (1966). *Philosophy of natural science*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Heesacker, M., Heppner, P. y Rogers M. (1982). Classics and emerging classics in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 400-405.

Herzberg, A. (1945). *Active psychotherapy*. New York: Harper y Row.

Horney, K. (1939). *The neurotic personality of our time*. New York: Norton.

Jakubowski, P. y Lange, A. (1978). *The assertive option*. Champaign, IL: Research press.

Johnson, W. (1946). *People in quandaries*. New York: Harper & Row.

Johnson, B. (1992). RET and religiousness: a review. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 10 (1) 21-35. Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

Kinney, A. (1991). CBT with children: developmental reconsiderations. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 9 (1), 51-61

Knaus, W. (1974). *REE: a manual for elementary school teachers*. New York: Institute for Rational Living.

Knaus, W. (1979). *Do it now: how to stop procrastinating*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Knaus, W. (1982). *How to get out of a rut*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Knaus, W. (1983). *How to conquer your frustrations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Knaus, W. (1974). *Rational emotive education*. New York: Institute for RET. Kuhn, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago IL: Univ. of Chicago press.

Kushnir, T. y Malkinson, R. (1993). A rational-emotive group intervention for preventing and coping with stress among safety officers. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 11 (4), 195-206.

Lacey, L. (1982). *Effective communication with difficult people*. San Diego: Common Visions.

Lakatos, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes. In Lakatos y Musgraves (Eds) in *Criticism and the growth of knowledge* (pp 11-196). London: Cambridge University press.

Lawrence, C. y Huber, C. (1982). "Strange bedfellows?". RET and pastoral counseling. *Personal and Guidance Journal*, 61, 210-212.

Low, A. (1952). *Mental health through will training*. Boston: Christopher.

Lyons, L. y Woods, P. (1991). The efficacy of RET: a quantitative review of the outcome research. *Clinical Psychology Review*, 11, 357- 369.

Martin, R (1983). *A skills and strategies handbook for working with people*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.

Maultsby, M. (1978) *A million dollars for you hangover*. Lexington, Ky: Rational self-help books.

Maultsby, M. (1971). Rational emotive imagery. *Rational Living*, 6, 24-26.

Maultsby, M. (1975). Rational behavior therapy for acting-out adolescents. *Social Casework*, 56, 35-43.

Miller, A. (1992). The application of RET to improve supervisory and managerial response to subordinate survey feedback. Special Issue: cognitive therapy of work. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6 (4) 295-304.

Mc Cormick N., Tooke W., Winston, Sh. y Kjellander, C. (1991). RET in college classroom. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 9 (2), 95-111.

Morris, G. (1993). A rational-emotive treatment program with conduct disorder and attention-deficit hyperactivity disorder adolescents. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 11 (3), 123-124.

Oliver, R. y Bock F. (1990). Alleviating the distress of Alzheimer's disease patients. A rational emotive model. Special issue: cognitive behavior therapy with physically ill people: I. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy; Spr Vol 8 (1)* 53-69.

Protinsky, H. (1976). Rational counseling with adolescents. *The School Counselor*, 23, 240-246.

Rotter, J. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Rubin, R., Walen S. y Ellis, A. (1990). Living with Diabetes. Special issue: cognitive therapy with physically ill people. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 8 (1) 21-39.
- Sazar, L. y Kassinove, H. (1991). Effects of counselor's profanity and subject's religiosity on content acquisition of a counseling lecture and behavioral compliance. *Psychological Reports*, 69, Special Issue 1059-1070.
- Simak, T. y O'Brien, R. (1951). *Total golf*. Golden city. New York: Doubleday.
- Smith, T. y Glass, G. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith., M. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- Sprenkle, D.; Keeney, B. y Sutton, P. (1982). Theorists who influence clinical members of AAMFT: a research note. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 400-405.
- Wagner, E. (1965). Rational counseling with children. *School Psychologist*, 9, 3-8.
- Wagner, E. (1966). Counseling children. *Rational Living*, 1, 26-28.
- Walen, S., DiGiuseppe, R. y Dryden W. (1992). *A practitioner's guide to RET*. New York: Oxford University press.
- Walen, S., DiGiuseppe, R. y Wessler R. (1980). *A practitioner's guide to RET*. New York: Oxford University press.
- Watson, A. y Dodd C. (1990). Communication apprehension and RET. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5 (2) 203-210.
- Weinrach, S., Ellis, A., DiGiuseppe, R., Dryden, W., Kasinove, H., Vernon, A. y Wolfe, J. (1995), in press.
- Wessler, R. (1980). How to play under pressure. *Rational Living*, 15, 21-24.
- Wessler, R. y Wessler R. (1980). *The principles and practice of RET*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Wolfe, J. (1979). A cognitive behavioral approach to working with women alcoholics. In V. Burtle (Ed.). *Woman who drink* (197-216). Springfield, IL: Charles Thomas.
- Wolfe J. y Fodor I. (1977). Modifying assertive behavior in women: a comparison of three approaches. *Behavior Therapy*, 8, 567-574.
- Zajonc, M. (1981). Private thought in RET. *Cognitive Therapy and Research*, 5 125-142.

LOGOTERAPIA

Ernesto Rage Atala
Universidad Iberoamericana, México

ANTECEDENTES

Viktor Emil Frankl nació en Viena, Austria, el 26 de marzo de 1905. La infancia y adolescencia de Frankl se desarrollaron en un ambiente familiar rico en calor humano. Fue el mayor de tres hermanos (Walter y Estela). Hijo de una familia judía, profundamente religiosa, cuyos ascendientes maternos eran rabinos. Durante su juventud, la comunidad judía creció fuertemente hasta llegar a constituir el 8% de la población austriaca. Esta comunidad era culta, ya que había grandes representantes judíovieneses que eran importantes pensadores, como Sigmund Freud, Alfred Adler, en el campo de la psicología; escritores, como Stefan Zweig, músicos como Gustav Mahler. Además había un gran número de profesionistas, especialmente médicos y abogados.¹

Al igual que Freud, realizó sus primeros estudios en el *Realgymnasium* (1916-1924). Cuando Frankl tenía 16 años empezó a sentir interés por la medicina. Su padre lo alentó en su proyecto, ya que él mismo estudió medicina, pero no pudo terminar sus estudios. El señor Gabriel Frankl desempeñó diversos trabajos para la monarquía austriaca, y se puede decir que su vida la dedicó a cuidar de los problemas de la juventud austriaca. En 1924, Viktor Frankl publicó en la *Revista Internacional de Psicoanálisis* un artículo titulado *Origen de la mímica de la afirmación y la negación*, bajo la dirección de Sigmund Freud. En esa misma fecha, a los 19 años, ingresó a la *Universidad de Viena* para realizar sus estudios de medicina.

Era un joven inquieto quien tenía, además, otras actividades: escribió numerosos artículos dirigidos a buscar respuestas a los problemas de los jóvenes vieneses que resentían los estragos de la primera guerra mundial.

De 1924 a 1930 hizo sus estudios de medicina. Durante ese tiempo aquilató los alcances y las limitaciones del análisis freudiano. Se sentía incómodo ante la poca flexibilidad de las proposiciones conceptuales, que no permitían una imagen unitaria del ser humano, sino más bien la reducían. La reducción incidía especialmente en los temas que él iba a desarrollar posteriormente.

Frankl comenta cómo se distanció de Freud. "En aquel tiempo nosotros terminamos nuestra relación porque yo me afilié al círculo íntimo de los adlerianos... Yo guardé todas mis cartas y tarjetas postales de Freud, e inclusive algunos casos clínicos escritos por el joven Freud... pero todos estos papeles fueron confiscados por los nazis".

A pesar de haberse unido a Adler, Frankl nunca se consideró un ortodoxo adleriano. Sin embargo, aceptó con entusiasmo ciertos postulados de la Psicología Individual. Estuvo poco tiempo con ellos, pero él consideró que fue sustancioso. Cuando tenía

22 años publicó una revista cuyos propósitos fundamentales eran la divulgación del pensamiento adleriano y la promoción de centros de consulta. Estos centros estuvieron dirigidos a jóvenes que padecían las consecuencias de la situación social que se desprendía de la primera guerra mundial.

Tuvo una estrecha amistad con dos de sus maestros: Oswald Schwarz y Rudolf Allers. Las consecuencias no sólo fueron en aspectos científico y académicos, sino existía una gran inquietud en hacer llegar sus investigaciones y servicios médicos a las personas más necesitadas. Este programa se extendió pronto a diversas ciudades de Europa. Frankl expresó sus ideas en el *Congreso Internacional de Psicología Individual*, en Düsseldorf, Alemania, y ratificadas en un manuscrito posterior. Al Dr. Adler no le gustaron, y después de una sesión "borrascosa" se expulsó en 1927 del círculo adleriano a Frankl, Allers y Schwarz.

En 1936 Frankl recibe la especialidad de neuropsiquitría por la facultad de medicina de la Universidad de Viena. En 1940 asumió la dirección de la clínica neurológica, dependiente del Rothchildspital de Viena, que era una institución médica patrocinada por la comunidad judía.

La segunda guerra mundial se inició el primero de septiembre de 1939 con la invasión alemana a Polonia. Austria había sido anexada a Alemania en 1938. Desde esa fecha empezó a darse en Austria leyes discriminatorias contra los judíos, tratamientos brutales en público, arrestos masivos, en especial con el grupo culto, sin ningún respeto por la dignidad humana.

Frankl se casó en diciembre de 1941, y en septiembre de 1942 él y su familia fueron enviados a los campos de concentración, en donde murieron su esposa y sus padres. Su hermano Walter intentó escapar a Italia con su esposa Elsa, pero fueron apresados por los alemanes y conducidos a un campo de concentración, y murieron en Auschwitz. Su hermana Estela logró escapar a través de los Alpes, y posteriormente partió a Australia. Frankl fue destinado al campo de concentración de Theresienstadt, en donde ofreció sus servicios como médico y psiquiatra, trabajando en terapia individual y de grupo, en colaboración con otros de sus colegas deportados. Estuvo prisionero en campos de concentración alemanes, en Auschwitz y en Dachau, de 1942 a 1945.

Comenta Frankl que han pasado más de 50 años desde el inicio de este infierno, pero lo que continúa en la historia humana es la necesidad de dar respuestas concretas a las preguntas que nos están esperando al voltear la esquina.

Frankl escribió varios libros en alemán que se han traducido a 18 idiomas. Ha dado numerosas conferencias en diferentes países del continente americano, en la India, Australia, Japón, así como en la mayoría de los países de Europa.

Trasfondo y evolución

En los primeros meses después de su liberación se dedicó a organizar su vida, buscó información sobre el paradero de su esposa y demás familiares, quienes habían sido enviados a otros campos de concentración. En febrero de 1946 fue nombrado jefe del Departamento de Neuropsiquiatría de la Policlínica de Viena.

Para noviembre de 1945 había rehecho su manuscrito que le fue arrebatado por los nazis. Este libro es el que conocemos en español con el título de *Psicoanálisis y*

*Existencialismo*². Antes de navidad de 1945 dictó "entre lágrimas" a tres secretarías, durante nueve días, el testimonio de sus experiencias en los campos de concentración, que sería el libro "Un psicólogo en el campo de concentración"; actualmente se le conoce como *El hombre en busca de sentido*.

La actividad de Frankl se incrementó progresivamente. Empezó a dar conferencias y a escribir sobre temas más especializados, v.gr., psicoterapia, análisis existencial, logoterapia...

En la Policlínica del Estado de Viena conoció a Elly Schwindt, enfermera odontóloga, y en 1947 contrajeron matrimonio (18 de julio). En 1947 fue nombrado profesor asociado de neurología y psiquiatría de la facultad de medicina, y en 1955 fue profesor principal. En 1948 dio una conferencia sobre el "Inconsciente espiritual", que posteriormente fue tema para su tesis doctoral en filosofía. Su tesis central es que todo ser humano tiene un sentido religioso fuertemente arraigado en el inconsciente.

Frankl tiene tres fuertes preocupaciones en esta época, que lo van a llevar a escribir varias obras: a) Uno de los temas desarrollado por Frankl en su obra es el de la "unidad en la diversidad" del ser humano, que se manifiesta en una triple dimensión: la somática, la psicológica y la noológica.

Esta temática está enlazada con la de la "libertad y la finitud humanas". (b) El otro, es el intento de establecer las bases de una *patodicea*, i.e., el estudio del significado y lugar que ocupa el sufrimiento humano en nuestra cultura contemporánea, y específicamente en la práctica terapéutica. Realiza, para este efecto, un análisis crítico del fenómeno del psicologismo y el sociologismo, y establece, finalmente, un camino hacia el humanismo y la trascendencia que supere las formas nihilistas. (c) Asimismo, Frankl, en un libro sobre las neurosis, sostiene que la etiología de éstas puede ser somatogena, psicogena y noogena. Sin embargo, los casos mixtos son los más frecuentes.

Frankl dio una serie de conferencias por radio, auspiciadas por el gobierno austriaco, que posteriormente se convirtieron en el libro *La psicoterapia al alcance de todos*.³ En 1950 Frankl y otro de sus compañeros fundaron la *Sociedad Médica de Psicoterapia*. Frankl se dedicó a dar conferencias por todo el mundo.

Para 1954, Frankl había destacado la importancia de la logoterapia en el tratamiento de las *neurosis noógenas*, ya que la considera como la terapéutica específica, y hace énfasis en su relación con el *Análisis existencial* como una explicación antropológica de la existencia personal. Ese mismo año visitó Argentina y desde entonces se ha difundido el enfoque logoterapéutico en Latinoamérica. En Porto Alegre tuvo lugar (en 1984) el primer *Encuentro Latinoamericano de Logoterapia*, y en ese seno nació la

Sociedad Latinoamericana de Logoterapia

En 1961, Gordon Allport invitó a Frankl a la *Universidad de Harvard*, como profesor visitante. Allí se inició el largo período americano de docencia, investigación y difusión. Los viajes de Frankl a los cinco continentes han sido frecuentes y ha llevado a las diversas naciones mensajes de esperanza. A México ha venido en varias ocasiones.

Las publicaciones de Frankl han sido muy prolíficas. Sus obras han sido traducidas a 18 idiomas. Ha sido profesor invitado en varias universidades y ha impartido conferencias en todos los continentes. Tiene grabaciones magnetofónicas, videocintas y películas. En otras palabras, ha usado todos los medios masivos de comunicación para llevar su mensaje sobre el sentido de la vida, con su enfoque profundamente humano y científico.

Gordon Allport escribió el prefacio del libro de Frankl *El hombre en busca de sentido* (1946); y comenta que el autor solía preguntar a sus pacientes aquejados de múltiples padecimientos más o menos importantes, la siguiente pregunta: ¿Por qué no se suicida usted? Y muchas veces, de las respuestas que se le daban extraía una orientación para ser aplicada en la psicoterapia. Así, encontró que: a) a una persona lo ataba a la vida sus hijos. (b) a otro un talento, una habilidad sin explotar; y, c) a un tercero, algunos recuerdos que merece la pena rescatar del olvido...

La idea de Frankl era tejer estas tenues hebras de vida rotas en una urdimbre firme, coherente, significativa y responsable, que es el objeto con que se enfrenta la logoterapia, que es la versión original de Frankl acerca del moderno análisis existencial.

Como ya se vio en los párrafos anteriores, la experiencia de Frankl en el campo de concentración lo llevó al descubrimiento de la logoterapia. Sintió en su propio ser lo que significaba una existencia desnuda. La vida de Frankl en los campos de concentración fue terrible. Padeció hambre, frío, brutalidades... en muchas ocasiones pensó que era el fin de su existencia. Sin embargo, a pesar de todo, él pensó que la vida era digna de vivirla. Esos tres años que pasó en los campos los dedicó, en la medida de sus posibilidades, a ayudar a sus hermanos de dolor, a curar sus padecimientos como médico, y no sólo eso, sino que curó a sus propios verdugos.

¹ Los datos de la vida de Frankl están tomados de su libro *"El hombre en busca de sentido"* (1981)

² Esta obra fue traducida al español y publicada en México por el F.C.E. (1987)

³ Frankl, V., (1986), *La psicoterapia al alcance de todos*, Barcelona, Ed. Herder.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA LOGOTERAPIA

La logoterapia da gran importancia a la relación del paciente y el terapeuta. Frankl (1987) dice en su libro *Psicoanálisis y Existencialismo*, que esta relación entre las dos personas es el aspecto más significativo del proceso terapéutico, un factor más importante que cualquier método o técnica. El proceso terapéutico consiste en una cadena continua de improvisaciones. Esta relación debe contrapesar los extremos de la familiaridad humana y la separación científica. Esto quiere decir que el terapeuta no debe guiarse por la nueva simpatía en su deseo de ayudar al paciente, ni a la inversa, reprimir su interés humano por la otra persona, reduciéndose a la pura técnica. Frankl (1987) expresa que el logoterapeuta puede entablar un *diálogo mayéutico*, al estilo de Sócrates. Sin embargo, no es necesario llegar a debates sofisticados con los pacientes.

Los problemas existenciales o espirituales son complicados, por lo que es necesario que el clínico tome una postura determinada con respecto a los valores. El logoterapeuta debe estar alerta para no imponer al paciente su propia filosofía. Tiene que impedir la contratransferencia al paciente, respecto de su filosofía personal, de su personal concepto de sus valores, ya que el concepto de responsabilidad implica que el paciente debe ser responsable de sí mismo. El logoterapeuta sólo tiene que proporcionarle la experiencia de su responsabilidad.

Frankl acepta las otras técnicas psicoterapéuticas, pero dice que existen dos logoterapéuticas, que están diseñadas para el tratamiento de neurosis de angustia y las neurosis obsesivo-compulsivas:

La intención paradójica

La neurosis de angustia y las condiciones fóbicas se caracterizan por la ansiedad anticipatoria, que produce una situación a la que el paciente tiene miedo. Esto queda reforzado si ocurre la situación temida. De esta manera se crea un círculo vicioso que persistirá hasta que el paciente no evite o se retire de las situaciones en las que espera tener miedo. A esto, Frankl le llama "pasividad errónea". Cuando el logoterapeuta aplica la intención paradójica, no le interesan los síntomas en sí mismos, sino la *actitud* del paciente frente a su neurosis y a sus manifestaciones sintomáticas.

Esta técnica es especialmente efectiva en el tratamiento breve de fobias acompañadas de ansiedad anticipatoria. No es un método superficial, ya que afecta a las capas más profundas de la persona. Es una *reorientación existencial*. En el verdadero sentido de la palabra, la logoterapia se basa en el principio logoterapéutico del *antagonismo psicoonético*, que se refiere a la capacidad específicamente humana de separarse, no sólo del mundo, sino también de uno mismo.

La derreflexión

En las neurosis obsesivo-compulsivas, los pacientes exhiben respuestas de "actividad errónea" en sus ideas obsesivo compulsivas. Esta actividad errónea también está presente en las neurosis sexuales, en las que el paciente al esforzarse por ser

competente en la relación sexual, que cree que se le exige, responde inapropiadamente a la situación. Las intenciones desbordadas hacen imposible el funcionamiento deseado. En estos casos es frecuente el exceso de atención y la observación compulsiva de uno mismo.

La ansiedad anticipatoria: En estos casos la técnica logoterapéutica que se aplica es la "intención paradójica". Esta consiste esencialmente en "ignorar el problema".

Sin embargo, esta técnica sólo puede lograrse en la medida en que la conciencia del paciente se oriente directamente hacia los aspectos positivos.

La derreflexión en sí misma contiene aspectos positivos y negativos. El paciente ignorará su ansiedad anticipatoria; pero la cambiará por alguna otra cosa. Mediante la derreflexión, el paciente es capaz de ignorar su neurosis y localizar su atención fuera de sí mismo. Se dirigirá hacia una vida llena de potenciales significados y valores que tienen un especial atractivo para sus potencialidades personales.

Busca, asimismo, animar al paciente a que reviva al menos por un momento la situación con miedo, esto es, animarle a que haga lo contrario de lo que le dicta su actitud hacia esa situación. Todo esto se deberá llevar a cabo en una atmósfera lo más humorísticamente posible. El resultado es *un cambio de actitud hacia los propios síntomas*. El paciente es ahora capaz de ponerse a cierta distancia de sus síntomas, de alejarse de su neurosis... Si se tiene éxito, y el paciente deja de huir y luchar contra sus síntomas, y aún más, si los exagera, entonces observaremos que los síntomas disminuyen y dejan de obsesionar al paciente.

La intención paradójica cambia la "pasividad errónea" por una "correcta pasividad". La derreflexión cambia la "actividad errónea" por una "correcta actividad".

APLICACIONES

Fundamentos filosóficos y conceptos básicos

Uno de los mayores problemas del ser humano de fines del siglo XX es encontrarse carente de significado. Es un momento en que la tecnología se ha desarrollado enormemente, como nunca en la historia del hombre y que lo empequeñece; pero al mismo tiempo es una época de angustia o de aburrimiento. Algunos autores han hablado de esta época como la era de oro y de la angustia. Se vive una fuerte

"crisis de identidad o pérdida del sentido de significación". Algunas personas han estado hablando de que, aun cuando supieran quiénes eran, no importarían como individuo.

Estamos viviendo un período de transición en el que los antiguos valores están vacíos para muchas personas y las costumbres tradicionales han perdido viabilidad. Es un momento en el que la persona encuentra una enorme dificultad para encontrarse a sí misma en su mundo, que resulta difícil de superar.

Cuando el individuo pierde su significación, aparece una sensación de apatía como expresión de su estado de aminoramiento de la conciencia. Obviamente existe un fuerte peligro de que el individuo se desplace en dirección al hombre que espera, que

las drogas lo hagan sentirse más cómodo y que las máquinas no sólo satisfagan todas sus necesidades, sino que bajo la forma de mecanismos psicoanalíticos lo hagan feliz y capaz de amar.

El empleo autodestructivo de la tecnología consiste en utilizarla para llenar el vacío de nuestra propia conciencia disminuida. Por otro lado, el desafío que enfrenta el hombre moderno, es la posibilidad de ampliar y profundizar su propia conciencia para llenar el vacío creado por el fantástico crecimiento de su poder tecnológico.

Existe una nueva neurosis propia de la segunda mitad del siglo XX, a la que Frankl llama *noogénica*. Esta puede formularse de diferentes maneras. Algunas de ellas son: ¿Cuál es el significado de mi vida? ¿Qué sentido tiene mi vida? ¿Por qué vivimos? ¿Por qué nos ponen en este mundo? ¿Para qué vivimos? ¿De acuerdo con qué principios tenemos que vivir? Si tenemos que morir y nada es perdurable, ¿qué sentido tiene vivir? Frankl (1988), en su obra *La voluntad de sentido*⁴, comentó que el 20% de las neurosis que encontró en su práctica clínica tenían un origen noogénico, esto quiere decir que se derivaban de que carecían de un sentido vital. Agrega el autor que las crisis de falta de sentido vital que aún no han configurado una neurosis, son todavía más comunes y que abarcan a la mitad de sus pacientes en un hospital de Viena. Más aún, dice Frankl, la falta de sentido vital es la tensión existencial fundamental. Para él, la neurosis existencial es equivalente a la crisis de falta de sentido vital.

Naturaleza del hombre ⁵

En Europa existen diversos movimientos analítico-existenciales. Frankl presenta el propio. Tiene elementos de Heidegger, de Marcel, de Sartre, de Binswanger y Boss... pero no se pueden identificar plenamente, ya que existen fuertes discrepancias, especialmente con Sartre.

Para Frankl⁶, el análisis existencial y la logoterapia son dos aspectos de una misma realidad: El análisis existencial hace referencia a un método de análisis. El análisis existencial se considera, asimismo, como un análisis antropológico. Es un análisis sobre la existencia humana.

La logoterapia, implementación práctica del análisis existencial

Aunque estos términos se pueden usar indistintamente, en este momento, por mayor claridad, se tratarán en forma separada. La dimensión existencial se caracteriza por tres notas específicamente humanas: la libertad y responsabilidad de esa libertad, que surgen como manifestaciones de la espiritualidad de la persona. La dimensión existencial se considera como la específicamente humana, porque hace que nos podamos referir a este ser como humano.

La dimensión existencial en cuanto que es la manifestación de la persona es una dimensión que no está afectada ni sujeta a las otras dos, en el momento de la muerte, ya que la existencial es sinónimo de espíritu humano, el cual es inmortal y responde en sus raíces a lo más profundo del pensamiento occidental judeocristiano.

El análisis existencial *no* es un análisis *de* la existencia, ya que ésta en sí misma no puede ser analizada. Se trata, por tanto, de un análisis *sobre* la existencia humana. La existencia humana es facultativa, esto quiere decir que el hombre siempre puede ser también *de-otro-modo* y no tiene que ser siempre así. *Eksistir* significa salir de sí

y enfrentarse consigo mismo, esto lleva al hombre a salir del plano de lo corpóreoanímico, y llegar a través del espacio de lo espiritual.

Los animales, en cambio, son fácticos, lo que significa *ser-siempre-así*, de manera determinista. No es raro encontrar personas con conflictos neuróticos que vean de este modo la vida.

El análisis existencial considera que *no* sólo hay una "impulsividad inconsciente", sino también una "espiritualidad inconsciente o irreflexionada, (en cierto sentido, necesariamente irreflexionable) y en ella se arraiga el logos (sentido). Este es para el análisis existencial "el punto de partida y de llegada". Si se toma como lo espiritual, tiene poco que ver con la pura inteligencia y razón.

De acuerdo con el análisis existencial, la autorreflexión humana no se da perfecta ni tampoco es deseable, ya que el espíritu humano *no* está dirigido a contemplarse a sí mismo, sino encaminado hacia alguien o algo que está más allá de él o junto a él. De esta manera se comprende que el ser humano es más plenamente humano, en cuanto es intencional (este término hace referencia a "trascendente"), y en cuanto más intencional, tanto más existencial.

El autor habla de tres tipos de análisis: somático, psicológico y existencial. A continuación se describen estos tres tipos:

- Análisis somático: este tipo de análisis tiene como objeto la comprensión de las alteraciones orgánicas funcionales. Sus formas más frecuentes son los análisis clínicos de sangre, orina, heces, etc.

- Análisis psicológico: en nuestro siglo revistió una forma importante y específica, conocida como psicoanálisis, el cual se asocia con Freud, y en sus variantes significativas con Jung y Adler y otros más. Aquí la atención está puesta en los procesos dinámicos de tipo inconsciente. La finalidad última es el restablecimiento del equilibrio psicológico (homeostasis) entre las diversas instancias psíquicas.

- Análisis existencial: este tipo de análisis del cual nos ocupamos en este estudio presupone las aportaciones de los dos tipos de análisis anteriormente señalados; pero da un paso integrador hacia adelante. Lo importante, aquí, es tomar al ser humano como una unidad antropológica, que se convierte en persona, precisamente en el ámbito de la dimensión espiritual. Lo específicamente propio del ser humano es su libertad y responsabilidad. Libertad y responsabilidad de la libertad son la esencia de la existencia auténticamente humana.

Ahora se puede intentar una descripción más concreta de qué se entiende por análisis existencial. En un primer paso se puede reafirmar el concepto del ser humano. Entendemos que el ser humano es el ser libre y responsable y que ha de ser consciente de esa responsabilidad y libertad. Análisis existencial será, por tanto, una forma psicoterapéutica que arranca del espíritu de la conciencia de responsabilidad y libertad. En esa medida, el objetivo fundamental del análisis existencial ha de ser "la facilitación del proceso en el que el ser humano se hace consciente de que la esencia de su existencia es la conciencia de su libertad y la responsabilidad de su libertad (como ser único e irreplicable, llamado a buscar el sentido de su vida y a realizar los valores, como ser finito, i.e., confrontado con la facticidad radical y con la apertura a la trascendencia).

El objetivo fundamental se concreta en un "objetivo práctico", que consiste en que el ser humano descubra por sí mismo el "sentido de su existencia", el para qué o por quién vivir, el sentido de su *ser-en-el-mundo*, y el sentido de todo aquello que es componente o parte de nuestra condición humana. Por tanto, nada le es ajeno al análisis existencial: amor, sufrimiento, trabajo, la comunidad humana, la muerte, etc. El análisis existencial cuenta con los datos ofrecidos por el análisis somático y psicológico, que traducen los llamados *condicionamientos de tipo herencial, orgánico, psicológico y las condiciones sociales del medio ambiente*. Con todos estos datos reunidos, que conforman el marco de referencia histórico-social de la persona, el análisis existencial procede a ver cuál es la ubicación del ser humano ante la situación concreta que vive.

El problema del significado

El ser humano necesita de un significado. Cuando vivimos sin él, sin metas, valores o ideales, parece provocarnos trastornos considerables, que pueden culminar en un suicidio. Sin embargo, los individuos que se *enfrentan a la muerte*, como Frankl en el campo de concentración, pueden vivir mejor su vida, esto es, vivirla con plenitud y entusiasmo, si están dotados de un propósito.

El concepto de libertad nos dice que lo único absoluto verdadero es que no hay absoluto. Según la teoría existencial el mundo es contingente, esto es, que todo lo que es pudo haber sido de otra manera. Que los seres humanos constituyen su propio yo, su mundo y sus situaciones dentro de ese mundo. Más aún, no existe ningún significado universal, ni un gran diseño en el mundo, ni alguna guía para vivir que no sean las que crean los individuos. En otras palabras, cómo puede un ser que necesita un significado encontrarlo en un mundo que no lo tiene.

El significado de la vida. El "*significado*" y el "*propósito*" tienen connotaciones diferentes². a) Significado: se refiere al sentido, a la coherencia. Es un término general para indicar lo que se desea expresar por medio de algo. La búsqueda de significado quiere decir la búsqueda de la coherencia. b) Propósito: se refiere a la intención, la meta, la función. Cuando preguntamos cuál es el propósito de algo estamos inquiriendo sobre su papel o su función. ¿Qué cumple? ¿Cuál es su finalidad? No obstante lo anterior, en el uso convencional se suelen emplear indistintamente ambos términos. Por otro lado, significado tiene, asimismo, connotación de "importancia" o "consecuencia".

Ahora bien, ¿cuál es el significado de la vida? Se puede decir que se trata de una indagación acerca del significado cósmico, acerca de si la vida en general o la vida en particular encaja dentro de un patrón global y coherente.

Frankl, en su artículo *La autotrascendencia como fenómeno humano* (1966), dice: "El aburrimiento y la apatía son cada día mayores. Lo que he denominado Vacío Existencial puede señalarse como la neurosis masiva de nuestro tiempo"... "Lamentablemente -continúa- el Vacío Existencial se refuerza en la vida académica actual, dado el reduccionismo predominante que prevalece en la misma". El autor se hace las siguientes preguntas: ¿Cómo pueden los jóvenes hallar una vida que valga la pena ser vivida y que tenga sentido, si se les adoctrina de acuerdo con el reduccionismo? ¿cómo pueden preocuparse por ideales y valores si se les interpreta como simples mecanismos de defensa? Agrega el autor: "Se puede asumir que una sólida filosofía de la vida es lo que se necesita para superar el vacío existencial".

Frankl, en su libro *Ante el vacío existencial* habla del "sufrimiento de la vida sin sentido". Dice el autor que cada época tiene sus neurosis y cada tiempo necesita su psicoterapia. Freud hablaba de una *frustración sexual*. Adler de un *complejo de inferioridad* y más recientemente de un vacío existencial, el cual se observa a nivel mundial. El hombre ha perdido en gran parte sus instintos que lo guían (como lo hace el oso al invernar), y al mismo tiempo los valores tradicionales han perdido su fuerza. De este modo ha perdido muchas de las posibilidades de elección: no sabe lo que quiere y puede hacer. De aquí que en muchos casos quiere lo que quieren los demás (conformismo) o hace lo que otros quieren (totalitarismo).

Esta frustración existencial puede desembocar en una sintomatología neurótica, que entonces se llama, como ya se ha dicho, neurosis noogénica. El hombre tiende "genuinamente" a descubrir un sentido en su vida y a llenarlo de contenido, a lo cual llama Frankl "voluntad de sentido". Esta es una motivación que no se deduce ni deriva de otras necesidades.

El autor discrepa de Maslow, respecto a que la voluntad de sentido pertenece a las necesidades superiores, que sólo pueden cubrirse si las necesidades inferiores han sido satisfechas. Frankl sostiene, como resultado de sus investigaciones, que tanto personas que están en extrema pobreza como en la opulencia se preguntan por el sentido de su vida.

El cumplimiento del sentido de vida hace feliz a las personas. Cuando esto no sucede, se intenta conseguir el sentimiento de felicidad por medio de un rodeo, v.gr., sustancias químicas, drogas, alcohol, etc. Cuando se busca la felicidad por la felicidad, se pierde, dado que el ser humano está siempre orientado a algo que no es él mismo (de manera egocéntrica). Lo que busca realmente no es la felicidad en sí, sino un fundamento para ser feliz.

Frankl habla dentro de esta sólida filosofía de la vida de la necesidad que existe de vivir esta realidad a través de tres caminos que tiene el ser humano para lograrlo. Son *los valores de creación, de experiencia y de actitud*. Por medio de estos senderos el hombre puede encontrar y descubrir el sentido de su vida.

Al tratar sobre los valores de creación se está hablando de la posibilidad de dar, no se trata de dar "algo externo", sino ofrecer algo interno, mío, producto de mi creación y trabajo, como lo dice su nombre. Sin embargo, este es sólo un primer paso.

Existen, además, los valores de existencia, llamados también de recibir. A través de ellos tengo la capacidad de recibir lo que me ofrece la naturaleza y el mundo: vivencias estéticas naturales, que son imágenes de Dios, o creadas por el hombre. Sin embargo, quizá la experiencia más plena es la del amor de Dios y de los demás. El encuentro *yo-tu*, que nos habla de la unicidad e irrepetibilidad del ser humano, del desarrollo de sus potencialidades cada vez mayores, que nos enriquecen gratuitamente.

Los valores de actitud, el saber y poder dar y recibir es uno de los grandes sentidos de todo ser humano. En gran parte, está allí el proceso de madurez. Lo que importa aquí es la actitud que la persona adopte ante un destino irremisible. La posibilidad de llegar a realizar esta clase de valores se da, por tanto, siempre que un hombre se enfrenta con un destino que no le deja otra opción que la de afrontarlo. Lo que importa es "cómo lo soporta, como carga con él como con una cruz." Se trata de actitudes humanas, como el sufrimiento, como la dignidad frente a la ruina o el fracaso. En la medida que estos valores de actitud se incorporan al campo de las

posibles categorías de valores, se ve que en rigor, la existencia humana no puede carecer nunca de sentido: "la vida del hombre conserva su sentido hasta el aliento final".

Actualmente se está hablando de los fundamentos epistemológicos de la terapia. Esto es una *teoría de la esperanza*. Se ha abierto un nuevo camino que se llama *Elpidoterapia*. En una forma poética, se habla de la esperanza como un impulso que orienta al ser humano hacia el equivalente del sol, en su búsqueda de sentido y propósito total e integral, como persona humana que vive en íntimas relaciones con los demás. Es el meollo de la autoestima y confianza que lleva al hombre a vivir cada día con más plenitud su proceso de hacerse persona, en un mundo de personas.

Motivación

A diferencia del psicoanálisis de Freud o la psicología individual de Adler, para Frankl la motivación primaria no es ni el principio del placer (Freud) ni el deseo de poder (Adler), sino el deseo de significación, ya que éste es el que inspira más profundamente al hombre, porque es el fenómeno más humano de todos y es exclusivo de él.

Frankl dice que el hombre no inventa el sentido, sino que lo descubre. De esta manera, como ya se había indicado antes, el ser humano puede dar significado a su vida a través de los valores de *dar* (valores creativos), de *experimentar* (al experimentar la bondad, la verdad, la belleza... El otro tipo de valores es el *actitudinal* a través de las actitudes a lo largo de su vida. En ellos juega un papel muy especial la triada trágica (sufrimiento, culpa y muerte) y su conversión a lo que Frankl llamará "optimismo trágico". Esto significa convertir el sufrimiento en servicio, la culpa en cambio, y la muerte en acicate para la acción responsable.

El significado del trabajo

La responsabilidad ante la vida se asume respondiendo a las situaciones que se presentan día a día. La respuesta no sólo debe ser verbal, sino que hay que responder actuando (Frankl, 1965). El sentido de la responsabilidad se hace consciente cuando la persona se da cuenta de que tiene que cumplir una "misión". La realización de un valor creativo suele coincidir con la realización de un trabajo, que generalmente representa el área vital en que la unicidad de la persona se puede poner en relación con la sociedad.

El trabajo personal como contribución a la sociedad es la fuente que da sentido y valor a la unicidad de la persona. Sin embargo, la realización personal no depende de la particular ocupación que se lleve al cabo. El trabajo que una persona realiza no es lo que verdaderamente cuenta, sino el *modo* como cumple ese trabajo (Frankl, 1965).

El individuo neurótico que dice que si tuviera un trabajo diferente se sentiría más realizado, sirve para ejemplificar esta diferencia. No es el trabajo en sí mismo lo que da sentido, sino la expresión de la unicidad de la persona y su singularidad en el trabajo. En otras palabras, el significado del trabajo hay que buscarlo más allá de la ocupación.

Para algunos, el trabajo sólo es un medio de obtener dinero, y la vida empieza en el ocio. Asimismo, hay otros cuyo trabajo es tan exhaustivo, que no tienen tiempo de dedicarse al ocio, sólo trabajan y duermen. Otros dedican todo su tiempo a aumentar sus riquezas, ya que consideran eso como un fin en sí mismo.

El trabajo se puede usar también como medio para un fin neurótico. Otras veces el neurótico se refugia en el trabajo para escapar de la vida en general. Cuando estas personas no están trabajando se sienten perdidas, y se revela entonces el pobre significado de sus vidas. Pasan corriendo por la vida a la mayor brevedad posible, de manera que nunca se llegan a dar cuenta de su deficiencia. Al mismo tiempo están tratando de alejarse de sí mismos lo más posible, pero todos sus esfuerzos son vanos, ya que los domingos, cuando su frenética carrera se detiene por 24 horas, su falta de objetivos, de significados y todo el vacío de su existencia, se plantan delante de ellos una vez más (Frankl, 1965).

Frankl (1965) habla, asimismo, de la "neurosis del desempleo". Dice que el síntoma más notable de la persona desempleada es la apatía, la sensación de no servir para nada, el vacío. En esas situaciones, comenta, la persona se siente inútil porque está sin trabajo. Piensa que sin el trabajo la vida no tiene sentido. Para los neuróticos, el desempleo llega a ser el alivio de todos sus fracasos y además les exime de toda responsabilidad ante los demás, ante sí mismos y ante la vida. El desempleo puede ser muchas veces la consecuencia de la neurosis, más que la neurosis ser la del desempleo. El desempleo no es condición fatal a la que una persona deba someterse desarrollando una neurosis de desempleo. Existen otros modos de entregarse físicamente a las fuerzas del destino social; v.gr., empezar nuevas actividades, usar el tiempo constructivamente, tomar una actitud positiva ante la vida, etc. El trabajo no es lo único que puede dar sentido a la vida. El individuo es el que va a decidir cuál va a ser su actitud en la vida: positiva y optimista o negativa o apática.

La logoterapia es, al parecer, la que trata con más éxito la neurosis de desempleo, porque muestra el camino de la libertad interior hasta en su desafortunada situación. Le enseña a ser consciente de su responsabilidad, con lo que puede darle algo de contenido a su difícil vida y encontrarle cierto significado.

El significado del amor

La comunidad íntima de uno mismo con otra persona, es el área en la que los valores experienciales son especialmente realizables. Sería interesante profundizar un poco acerca del amor.

Es experimentar a otra persona en toda su unicidad y singularidad. El amor hace que comprendamos a la otra persona en toda su esencia, como el ser único y distinto que es. En la otra persona vemos al tú tal y como es incorporado al yo. Como ser humano, la persona amada se hace indispensable e irremplazable, aunque no haya ninguna razón lógica para ello.

El amor no es algo que uno deba merecer, es inmerecido: es simplemente una gracia... es también un "hechizo" que se refleja sobre el mundo y sobre los valores del hombre. El amor es más amor cuando incluye todo lo que somos, ya que todo es parte de lo humano. El amor se relaciona con todas las dimensiones humanas: gozo, frustración coraje, desaliento, amargura, y así, con toda la humanidad, el ser humano responde dentro de sí, a la vida en otros y a Dios. El amor, como concreción de los valores, es un valor de "Experiencia o vivencia", ya que permite a la persona

acercarse a un tú en todo lo que tiene de peculiar y singular, o en lo que tiene de único, irrepetible, libre, responsable y finito.

El amor, como relación personal de mi yo con un tú, tiene la posibilidad de experimentar *el desarrollo de valores de creación por amor al tú*. Sin embargo, al mismo tiempo, esta relación amorosa puede ofrecer el amplísimo mundo de los "valores de experiencia o de dar". Estos valores se pueden experimentar cuando se abre todo el espacio interior propio, para captar lo único e irrepetible, así como lo libre del ser a quien se ama. El amor que el Yo siente por el Tú, tiene una fuerza y energía capaces de sensibilizar a la persona para captar profundamente la riqueza del cosmos y de los valores; sobretodo, el amor humano que se convierte en un nosotros.

La antropología frankliana afirma la *unidad-en-la-totalidad* del ser humano, que implica una unidad antropológica, a pesar de la diversidad de dimensiones ontológicas, como son la somática, psíquica y espiritual o noética.

El hombre, como amante, puede reaccionar de distinta manera en las tres capas de su persona: la física, la psíquica y la espiritual:

- La actitud más primitiva es la sexual. Esta se circunscribe a la capa física. Moviliza al ser humano para que responda corporalmente al tú, en función del atractivo sexual. Hay que distinguir lo sexual de lo genital. Somos seres sexuados, masculino y femenino, y en este sentido ser y quehacer son sexuales. La plenitud del amor pide una plenitud del desarrollo de la propia sexualidad. Asimismo, la plenitud de la sexualidad pide una plenitud amorosa.

- La actitud erótica (llamada comúnmente pasión), se asienta en la capa psíquica. Lo erótico permite al ser humano la captación e integración de la tendencia sexual. Se trata de integrar la corporalidad para encontrar el fondo anímico del tú. En otras palabras, la corporalidad del tú mas sus cualidades anímicas, permiten que el ser humano se enamore. Los rasgos del tú permiten y movilizan vivencias psíquicas específicas.

- La tercera actitud es el amor de ágape (el amor que da sin esperar nada). Esta se localiza en la capa espiritual y está dirigida hacia esa misma capa en el ser amado. Esta capa contiene la unicidad y la singularidad de la persona amada y, a diferencia de la parte física y psicológica, es irremplazable y permanente. Es el amor que llega a ser verdadera y genuinamente humano. El tú objeto se convierte en el tú sujeto. Ahora bien, éste no sólo se da en la tercera etapa, sino que se extiende a toda la dimensión humana y en cada momento de su existencia. Lo que valoriza a la sexualidad es la conciencia que se tiene de ella y sus diversos grados.

Frankl considera que en la experiencia del amor humano el yo se acerca a lo más propio del tú. No es su sola corporalidad aislada lo que le atrae y orienta, ni algún rasgo de carácter o una cualidad anímica. En otras palabras: el yo no ama algo que el tú tiene, sino lo que es como incomparable e insustituible para él. El acercamiento al amor sólo puede darse amorosamente. El amor, para darse en plenitud, supone un largo proceso de integración, de maduración y desarrollo de la sexualidad humana (en el sentido arriba explicado), y es genuino para mí, en la medida en que lo vivo en mí, en el tú, y no afuera. Se trata de un tú insustituible e irremplazable. Más aún, puede sobrevivir y mantenerse con una fuerza mayor que la fuerza del tiempo y de la muerte.

El amor, como fenómeno específicamente humano, tiene un proceso de formación. Sin hacer a un lado la dimensión de la sexualidad infantil, el análisis existencial frankliano parte inicialmente de la premisa de que la pubertad es el comienzo de la maduración sexual. Ya que la pubertad es el momento de "la irrupción de lo orgánico en lo psíquico".

Las características de las vivencias de la sexualidad en este momento evolutivo, pueden resumirse de la siguiente manera: Lo sexual no se vive tan claramente como psicológico, sino como el impacto somático endocrino que se refleja psíquicamente. Esta sexualidad está todavía sin forma, es amorfa. Le es necesaria la fase de la "integración".

La fase de integración supone que la sexualidad va organizándose y logrando una orientación enmarcada en lo personal del individuo. De una tendencia pulsional, sin meta ni dirección concretas, se pasa poco a poco a la tendencia personal, concreta, o al encuentro completo con el Tú, con la intencionalidad.

La "intencionalidad" es la maravillosa capacidad humana que permite que la pulsión sexual, que dejada a sus propias fuerzas no ve ni se dirige a alguien concreto, tenga una orientación hacia una determinada persona. La intencionalidad no reside en la pulsión misma, sino en la tendencia erótica inmanente que, a su vez, no es fruto de una sublimación.

Frankl señala que la tendencia "erótica" está presente en muchos momentos de la relación humana que *no* son aspectos genitales, como es la amistad entre los seres humanos. La tendencia de lo erótico de tipo "inmanente", canaliza la sexualidad a partir de las pulsiones genitales hacia el plano de lo psíquico (ánimico), hasta llegar al plano o dimensión de lo espiritual (lo autotrascendente) y permite que se oriente hacia otra persona diferente de uno mismo, con quien se puede entablar una relación Yo-Tú, y a quien se puede amar. Frankl habla de la "construcción de la humanización", que es algo que se va construyendo día a día, y que es parte del "sentido de la vida".

El amor es uno de los posibles caminos para encontrar un significado a la vida. No obstante lo expuesto arriba, dice el autor que no es necesariamente el mejor camino, y da las siguientes razones: Nuestra existencia terminaría en un triste pasado y nuestra vida sería realmente pobre si dependiésemos de la necesidad de experimentar o no la felicidad en el amor... Más aún, dice Frankl, el individuo que ni ama ni es amado puede planear su vida con un alto nivel de significación. Sin embargo, añade, cuando falta el amor, es más probable que se deba a un rasgo neurótico que simplemente al destino.

El atractivo físico tiene relativamente poca importancia, y su falta no es, desde luego, una razón para resignarse y renunciar al amor. Renunciar al amor engendra resentimiento, ya que siempre es indicativo de una sobrevaloración o infravaloración del amor.

Poner excesivo interés en la apariencia o en la belleza exterior, conduce a la desvalorización de la persona, como tal. El atractivo sexual (*sex appeal*) es impersonal. Las relaciones basadas en el sexo son superficiales, no son amor. Las personas que mantienen una relación de este tipo, no desean el amor, ya que éste implica responsabilidad.

Cuando el amor es verdadero se experimenta como un valor eterno. El hombre puede confundir la atracción con el amor, pero tarde o temprano se da cuenta de su

error. El neurótico teme las tensiones de la infidelidad del amor no correspondido y, por lo tanto, evita las oportunidades que se le presentan de amor. Este tipo de personas necesitan una reeducación para hacerse más abiertos y receptivos, para esperar todo lo necesario hasta encontrar el único y verdadero amor feliz, que puede aparecer después de muchos amores desafortunados. Con psicoterapia, esta tendencia a salir huyendo debe cambiarse por una actitud abierta.

La madurez psicosexual, que comienza a desarrollarse con la pubertad, puede sufrir tres clases de trastornos, con lo que se producen tres tipos diferentes de neurosis sexuales:

- El tipo "resentimiento": se produce en la última etapa del desarrollo sexual, cuando el deseo sexual se transforma en tendencia erótica hacia una persona. Puede ocurrir después de una desilusión amorosa; v.gr., un joven que piensa que nunca encontrará a alguien a quien respete y al mismo tiempo desee sexualmente. Se sumerge entonces en la sexualidad sin emoción alguna, sin amor, volviendo de esta manera, a una etapa inferior del desarrollo psicosexual.

- Tipo "resignación": este segundo tipo lo constituyen las personas que nunca han pasado de la sexualidad a la actitud erótica, y no esperan poder experimentar el amor. Creen que el amor es una ilusión, por ejemplo, el caso del "Don Juan".

- Tipo "inactivo": evita completamente al sexo contrario. El instinto sexual se expresa sólo en forma de masturbación. Dentro de este grupo estarían, asimismo, los jóvenes que se encuentran reprimidos sexualmente, aunque esto sólo es la expresión de un trastorno psicológico más general. Esta frustración sexual en una persona joven es un indicio de que el instinto sexual no está todavía (o no suficientemente) subordinado a la tendencia erótica y, por lo tanto, no está integrado en el sistema total de sus esfuerzos.

La llamada "frustración sexual del joven" no se resuelve con la actitud sexual, sino con la madurez del amor. Frankl dice que "la terapia apropiada al caso no puede ser más sencilla: basta con introducir al joven en cuestión en un grupo de chicos y chicas de su edad. El muchacho tarde o temprano se enamorará, i.e., encontrará su pareja en el sentido erótico, no en el sexual. De esta manera alcanzará la fase erótica del desarrollo. La cruda sexualidad y la frustración desaparecerán. Mientras tanto la persona irá madurando, de modo que cuando se desarrolle una relación sexual seria, su sexualidad tomará la forma apropiada, como expresión de amor.

Ahora, bajo el dominio de la tendencia erótica, el joven puede establecer una relación erótica dentro de un contexto en que las relaciones sexuales son posibles... Su sentido de la responsabilidad habrá madurado mientras tanto hasta el punto de saber actuar, en consecuencia, cuando él y su compañera decidan si deben o no, comenzar una relación seria y en qué momento comenzar".

La postura del terapeuta respecto a las relaciones sexuales entre jóvenes debe ser la de dar su veto siempre y cuando no sean expresión de un verdadero amor. En ningún caso, sin embargo, debe recomendarlas, ya que es un problema moral y es responsabilidad de la persona tomar tal decisión. La tarea del terapeuta es enseñarle a ser responsable.

⁴ Frankl, V., (1988), *La voluntad de sentido*, Barcelona, Ed. Herder.

⁵ Las ideas de esta parte están tomadas de la obra de Frankl "La idea psicológica del hombre", (1986), Madrid, Ed. Rialp.

⁶ Pareja, G., (1987), *Viktor E. Frankl: comunicación y resistencia*, México, Premio Ed.

⁷ Yalom, I., (1984) *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Ed. Herder.

El supersignificado

Podemos comprender mejor el significado del universo si lo imaginamos como un "supersignificado", esto quiere decir que el *significado total* va más allá de lo comprensible. Dice Frankl (op.cit) "La creencia de un supersignificado ya sea como concepto metafísico o como sentido religioso de providencia tiene una importancia singular para la psicoterapia y la psicohigiene... con esta fe no hay nada que carezca de sentido".

La triada trágica

Cuando Frankl habla de la *tragedia* del ser humano, se refiere a tres situaciones que le toca inevitablemente vivir, a las que llama también el triple desafío: el sufrimiento, la culpa y la muerte. Estos son la encarnación de los valores de actitud, de la misma manera que el trabajo y el amor encarnan los valores de creación y vivencia, respectivamente.

Estos valores son importantes porque se trata de las propias actitudes frente a lo inevitable. Son lo que le da sentido a la vida en "*situaciones límite*" ante las que el hombre se confronta verdaderamente con él mismo, ya que son la dignificación del esfuerzo al margen de los resultados. Son expresión de la capacidad de la dimensión espiritual. Por ser éticamente superiores, movilizan lo más valioso del ser humano en su crecimiento a través del dolor y sufrimiento que llevan consigo.

Sufrimiento

Frankl (1988) dice que cada hombre tiene un destino único que, al igual que la muerte, es una parte de su vida. El llama destino a lo que esencialmente "limita la libertad del hombre", ya que ni está dentro del área de poder del hombre ni de su responsabilidad.

El destino tiene un sentido, y desprestigiarlo significa olvidar ese sentido. Sin las restricciones impuestas por el destino, la libertad no tendría significado. La libertad no existiría sin el destino. La libertad sólo puede ser libertad en contraposición con el destino. La logoterapia ve en el destino la prueba definitiva de que existe la libertad humana.

La libertad supone ciertas restricciones, y está condicionada por ellas. Si quisiéramos definir al hombre tendríamos que decir de él que es un ente que se ha liberado a sí mismo de las condiciones que actúan sobre él determinándole (condiciones de tipo biológico-psicológico-social). En otras palabras, es un ser que trasciende a todos estos condicionamientos, ya sea dominándolos y modificándolos, o bien sometiénolos deliberadamente a ellos. No se puede permitir a los pacientes que

culpen a su educación infantil o a las influencias del ambiente por lo que ellos son o por haber determinado su destino.

El pasado forma parte del destino del hombre, ya que es inalterable. Sin embargo, el futuro *no* tiene que estar necesariamente determinado por el pasado. Los errores del pasado pueden servirnos de lección para el futuro. Los factores constitucionales de una persona, su dotación biológica, es parte de su destino, así como su situación o ambiente externo, o incluso su actitud psíquica, en la medida en que no es del todo libre. La constante lucha del hombre entre su aceptación y rechazo del destino, por un lado, y su libertad por el otro, caracteriza profundamente la vida humana.

Al hablar del sufrimiento, Frankl se refiere a *aquel que no puede ser evitado*, ya que no se trataría de un masoquismo, lo que sería patología. Afortunada o desafortunadamente el sufrimiento es algo intrínseco a la vida humana. Todos en algún momento lo hemos vivido. Somos conscientes de él y tenemos que enfrentarlo con una actitud digna y responsable. En realidad no sabemos el momento en que llega. Simplemente reconocemos su presencia. Además del dolor que pudiera existir, se da un sufrimiento psicológico más fuerte. Nos enfrentamos con nuestra debilidad y vulnerabilidad. Cuando lo vivimos sin sentido, se torna estéril, sordo y destructivo. Sin embargo, cuando se le encuentra un sentido, trasciende a la persona y se convierte en una ocasión para crecer.

Posibles actitudes frente al sufrimiento

Las posibles actitudes frente al sufrimiento son: a) Escapismo: es lo mismo que el *aturdimiento, la evitación del contacto* con aquello que nos pasa. b) Apatía: Frankl la define como *el sufrimiento de no poder sentir el sufrimiento*. Cuando estamos apáticos, nos encontramos insensibles a lo que ocurre. Lo único que percibimos es el desinterés. c) La autocompasión: es *vivir el sufrimiento como algo injusto* que nos está ocurriendo; como si fuera dirigido específicamente contra nosotros. Puede conducir a la depresión, entendida como un gran enojo contra la persona misma, porque no ha podido descargarlo hacia afuera de ella. d) Contacto con el dolor: es asumir lo que nos está ocurriendo, dejándonos sentir el dolor que, inevitablemente, *está aquí, en nosotros*. Desde allí se tienen que buscar las respuestas del espíritu.

Frankl dice respecto a asumir abiertamente el sufrimiento: "Cuando un hombre descubre que su destino es sufrir, ha de aceptar dicho sufrimiento, pues esa es su sola y única tarea. Ha de reconocer el hecho de que de que él está sólo en el universo, (que) nadie puede redimirle... ni sufrir en su lugar (y que) su única oportunidad reside en la actitud que adopte al soportar su carga. La actitud más enriquecedora -no necesariamente la más fácil- es descubrirle un sentido al sufrimiento".

¿Qué significa descubrir un "sentido" al sufrimiento? Para descubrir un sentido al sufrimiento inevitable, pasamos por un proceso similar al del duelo por pérdida, esto es, las cinco etapas señaladas por Ross: no aceptación, coraje y protesta iniciales, depresión, encuentro de un sentido, y aceptación del mismo.

Este proceso se puede ver a través de tres preguntas: ¿Por qué? Por qué esto, por qué a mí (dimensión del ego). ¿Para qué? Qué sentido tiene esto para mí (dimensión del alma). ¿Qué hago? Qué hago con esto en mí, en mi vida, cómo lo encarno.

Sobre la culpa (formas de expresión)

- *La culpa como respuesta a no asumir la responsabilidad de mis sentimientos.* Inconscientemente es preferible seguir sintiendo culpa y recibir un castigo que asumir la responsabilidad por lo que verdaderamente siento. La culpa es la forma que tiene mi espíritu de decirme "te sigues traicionando. No asumes tu responsabilidad por lo que verdaderamente sientes y quieres. No te escuchas a ti, sino sólo oyes las voz de tus introyectos".

- *La culpa como traición a mí mismo.* La culpa y la traición a mí mismo están relacionadas. Cuando traiciono lo que soy -sea o no consciente de ello- me alejo de mí mismo y siento culpa. Sin embargo, surge la pregunta, ¿por qué me traiciono a mí mismo? La respuesta puede ser que generalmente no me doy cuenta de ello y lo hago automática e inconscientemente, para protegerme de alguna amenaza que no percibo. La culpa puede llegar a generar en el ser humano la autoseparación y la autodestrucción al confinarle a un aislamiento, porque en el fondo lleva una verdad no confesada de la que posiblemente no se da cuenta.

- *La culpa y la evasión de la realidad y de mi responsabilidad.* Otra forma de decir esto es que la culpa es una evasión de la realidad, una evasión que tiene un alto costo, porque mantiene a la persona paralizada, detenida, fijada en una posición de la que es imposible salir.

- *El arrepentimiento.* Para Frankl el arrepentimiento honesto es la forma de aceptar la responsabilidad para salir del estado de culpa. Cuando nos enfrentamos a hechos irreversibles que ya no podemos modificar, se pueden asumir dos actitudes: *el aturdimiento o el arrepentimiento.* Aturdirnos es *evadir* la responsabilidad; arrepentirnos, es *asumirla.*

Sobre la muerte

El pensar en el hecho de la muerte puede ser amenazante para muchas personas, pero es algo de lo cual no nos podemos librar. A todos nos tiene que suceder en algún momento de nuestra existencia. Se trata de la aceptación de nuestra finitud y término de la vida terrenal. Es necesario procesar lo inevitable. A través ello, se puede valorar más la existencia. Si tuviéramos una vida que durara cientos de años o fuera inmortal, es muy posible que habría muchas cosas que iríamos posponiendo, ante el pensamiento de que hay mucho tiempo para realizar lo que deseamos.

Frankl dice que la muerte le da pleno sentido a la vida. Tiene la experiencia del campo de concentración para avalarlo. Sin embargo, es obvio que no todos tenemos vivencias parecidas. No obstante, sugiere vivir con la actitud más digna o con el mejor esfuerzo. La presencia de la muerte se nos presenta como un límite infranqueable de nuestro futuro y como una limitación de todas nuestras posibilidades. Por estas razones nos vemos obligados a aprovechar el tiempo de vida y a no desperdiciar las ocasiones que sólo se nos brindan una vez.

El hombre normal puede eludir su responsabilidad en determinadas circunstancias, v.gr., festividades, epidemias... Pero el neurótico busca *permanentemente* un refugio que lo aisle de la vida normal de todos los días. El melancólico también quiere esto, pero lo busca a través del suicidio.

La muerte y la conciencia de la responsabilidad frente a la vida

La muerte, dice Frankl, nos debería hacer más conscientes de nuestra responsabilidad frente a la vida, ya que únicamente se vive una vez. El peso no es ligero y no es fácil admitirlo. Existe una fantasía en el neurótico, y es que nunca se va a morir y siente que cuenta con todo el tiempo del mundo. Por tanto, desperdicia mucho del tiempo que la vida le ofrece. Uno de los aspectos más importantes en la labor terapéutica de la logoterapia es "hacer consciente al paciente de su responsabilidad ante la vida en virtud de la inevitabilidad de su muerte".

La presencia ignorada de Dios

Este libro se basa en una conferencia que dictó Frankl un poco después de la segunda guerra mundial. En 1948 fue publicada como libro con el nombre de *La presencia ignorada de Dios*. En esta obra Frankl propone que ante la neurosis de las masas, que cada vez es mayor en nuestros días, la psicoterapia responsable no puede excluir a la teología en su confrontación. Esto lo entiende el autor como el estudio de la religiosidad o espiritualidad, pero no visto como una religión en específico.

En esta obra, Frankl desarrolla las conclusiones de su experiencia personal y de su investigación "científica" acerca de Dios. El autor dice que se puede hablar de una "presencia ignorada de Dios cuando comprobamos que existe en el ser humano un tipo de "fe" inconsciente (como parte del inconsciente espiritual trascendental), que revelaría una orientación inconsciente, pero intencional hacia Dios. Este concepto se debe entender de la siguiente manera: que Dios en sí y por sí mismo no es inconsciente; que Dios, en ciertas ocasiones, nos es inconsciente; que la relación ser humano y Dios puede ser inconsciente; que la relación ser humano y Dios puede ser reprimida y quedar oculta para el ser humano mismo; que la relación ser humano y Dios puede estar escondida; y que Dios, a su vez, puede estar escondido.

Frankl dice que el concepto "presencia ignorada de Dios" puede ser entendido *incorrectamente* en tres formas: a) el término no hace referencia alguna al panteísmo; b) el término no tiene ninguna relación con el sentido ocultista que vendría a indicar que el inconsciente tendría una característica o atributo divino, como pudiera ser la omnisciencia que le permitiera saber más que el Ego; y, c) el inconsciente no tiene características o atributos divinos, como podrían ser la omnisciencia y la omnipotencia.

Frankl comenta que Jung ha tenido el gran mérito de mostrar el elemento religioso como parte importante del inconsciente. Su límite está en identificar a la religiosidad inconsciente -defecto de la ubicación de la presencia ignorada de Dios-. En consecuencia, no sería el Ego el responsable de lo religioso y el que *se-decide-ante-lo-religioso*.

Ciertamente no es lo mismo decir que hay algo (Ello) religioso en mí, a decir que *yo-soy-religioso*. No es lo mismo decir que yo me sienta impulsado hacia Dios, a que *yo-me-decido-ante-Dios*. Si bien es cierto que hay decisiones personales que cuajan en el nivel inconsciente, no se puede deducir que ellas provengan sólo de la dimensión impulsiva. Lo valioso de la dimensión religiosa es su carácter *esencialmente decisivo* y *no impulsivo*. El inconsciente espiritual está ligado a la existencia espiritual y no al "psicofisicum", i.e., la facticidad de lo somático y lo psíquico. La persona humana es el *centro* de donde brota la religiosidad inconsciente.

Esta no se queda reprimida o latente en el inconsciente espiritual, aunque pueden darse casos en que se dé esta situación.

La religiosidad *no* es algo innato, ya que su carácter es existencial (decisivo) y no psicofísico (facticidad). La afirmación de fondo es que la religiosidad se mueve dentro de un contexto histórico-social, que puede corresponder a la forma concreta ya existente en la que se vierte esta religiosidad (Esta forma puede ser en algunos casos una confesión o credo religioso, que hace también referencia a otra dimensión conexas, que es la institución). Desde este punto de vista, la dimensión confesional e institucional concretas, no son de *necesidad*, pero sí son medios que ponen en contacto al ser humano con Dios. (Pareja, p. 218).

Naturaleza de las neurosis, las psicosis y los tratamientos

Aunque se pueden dar conflictos existenciales sin neurosis, toda neurosis tiene un aspecto existencial. Las neurosis están asentadas en las tres dimensiones básicas del ser humano: la física, la psíquica y la existencial o espiritual. Las neurosis que se pueden dar dependen de la preponderancia de una de las tres dimensiones sobre las demás. Es obvio que las fases fisiológicas no pueden alterarse con la psicoterapia, sino con fármacos, y en caso de que el componente fisiológico sea grande, poco podrá hacer la psicoterapia (cfr. *The doctor and the soul*, 1965).

Las neurosis

- *Neurosis noogénica*. Viene de noesis y se refiere a la dimensión espiritual. *No* se produce por conflictos entre los instintos y los impulsos, sino por conflictos entre distintos valores (conflictos morales o problemas espirituales). Uno de estos problemas, la frustración existencial, es el que suele tener mayores efectos. El trastorno no se manifiesta en la misma dimensión espiritual, sino en la psicofísica. Así, dice Frankl, (op.cit) las neurosis noogénicas son "enfermedades del espíritu" (*aus dem Geist*), pero no son enfermedades "en el espíritu" (*im Geist*).

- *Neurosis colectiva*. A nuestra era se la ha llamado la era de la angustia. Sin embargo, el hombre actual tiene ciertas características que "se parecen a las neurosis". A éstas se les puede catalogar como neurosis colectivas. Los principales síntomas son los siguientes: El primero, la vida de hoy carece de planificación, impera la actitud del "día a día". No se hacen planes a largo plazo, y esto podría ser consecuencia de la incertidumbre que ha dado a la vida las continuas amenazas de guerras nucleares. La segunda es la actitud fatalista ante la vida. Y esto puede ser un efecto más de las guerras pasadas y de las continuas amenazas de nuevas guerras. Esta actitud corresponde a la creencia de que es imposible planear la propia vida. El tercer síntoma es el pensamiento colectivo. Al hombre le gustaría sumergirse en la masa. Actualmente él solo se ha ahogado en el interior de las masas; ha renegado de su libertad y su responsabilidad. El cuarto síntoma es el fanatismo. Mientras que el colectivismo ignora su propia personalidad, el fanático ignora a los otros hombres.

La única opinión válida es la suya⁸

Tanto la neurosis noogénica como la colectiva, pueden incluirse en el sentido general del término. Sin embargo, en el sentido más restringido, las neurosis afectan principalmente a la dimensión psíquica del hombre. Por tanto, se puede decir que la neurosis: *no* es un enfermedad noética o espiritual. *No* es una enfermedad que el hombre tenga en su espiritualidad. *Sino* más bien es una enfermedad en la unidad e integridad del hombre.

No obstante lo anterior, los complejos psicológicos, los conflictos y las experiencias traumáticas son los efectos más que las causas de la neurosis, la cual es ante todo un defecto del desarrollo de la estructura de la personalidad. La angustia es un factor común, pero no la causa de la neurosis. Ahora bien, es la misma angustia la que mantiene el ciclo neurótico.

Un elemento fundamental es la ansiedad anticipatoria. Se desarrolla cuando un síntoma fugaz o un fracaso momentáneo se convierte en foco de atención y después de desaparecer surge el miedo a que este vuelva a aparecer, lo cual refuerza el síntoma, y comienza así el ciclo neurótico con la participación de la ansiedad anticipatoria.

- *La neurosis de angustia*. Lleva consigo una disfunción del sistema vasomotor o una perturbación del sistema endocrino, o cualquier otro elemento del sistema constitucional. Las experiencias traumáticas son los factores precipitantes de este tipo de neurosis. Estas experiencias son las que determinan los síntomas. Sin embargo, detrás de una neurosis de angustia, hay una angustia existencial. Esta ansiedad existencial es un miedo a la muerte y simuladamente a la vida. Es la consecuencia de una conciencia culpable ante la vida por no haber actualizado los propios valores potenciales. Este miedo se puede localizar en un determinado órgano del cuerpo: una somatización, o bien se centra en una situación simbólica concreta, formándose una *fobia*.

- *Neurosis obsesiva*. Contiene un factor constitucional y otro psicogénico. Pero también contiene un factor existencial, representado por la elección o decisión particular de llevar hasta el final el desarrollo de la neurosis obsesiva. De aquí que el paciente *no* es responsable de sus ideas obsesivas, pero sin duda es responsable de *su actitud* hacia estas ideas. El obsesivo *no* es capaz de tolerar la incertidumbre. No puede soportar la tensión entre lo que es y lo que debería ser. Percibe el mundo en "tantos por cientos", busca lo absoluto y trata de tener *una certeza absoluta en sus conocimientos y decisiones*. No obstante, como le es imposible encontrar satisfacción a todas sus demandas vitales, se termina concentrando en una sola área. Puede alcanzar en ella el éxito, pero *sólo parcialmente*... y pagando por ello el precio de su espontaneidad y de su creatividad. Por eso, todos sus esfuerzos llevan el sello de lo inhumano.

Las Psicosis

En las neurosis, tanto los síntomas como la etiología, son psicológicos. En la psicosis, la etiología es física, y los síntomas psíquicos.

- *Melancolía*. La melancolía o psicosis endógena, tiene también aspectos psicógenos y existenciales, i.e., contiene un factor patoplástico, que se refiere a la libertad de modelar el propio destino y de determinar la propia actitud mental hacia la enfermedad. Por todo lo anterior, se puede decir que las psicosis sería *la prueba cumbre* del ser humano, de la humanidad del paciente psicótico.

La libertad de formar la propia actitud mental implica la responsabilidad. Aunque es sabido que la angustia propia de la melancolía es de origen psicológico, no por eso se puede explicar la naturaleza de esa angustia o el sentimiento de culpabilidad. Estos parecen estar producidos, en principio, por el miedo a la muerte y a la conciencia, y representan un particular modo de existir y de experimentar.

La "angustia consciente" sólo se puede entender ..."como la angustia de un ser humano como tal: *como la angustia existencial*, nunca en términos fisiológicos. También los animales pueden sufrir angustia, pero en el hombre psicótico existe un elemento crucial de humanidad de existencia que es superior y va más allá de la simple condición orgánica. La base fisiológica de la melancolía o "insuficiencia psicofísica" es vivida por el hombre de manera típicamente humana, i.e., la experimenta como una *tensión entre lo que es y lo que debería ser, entre la necesidad y la posibilidad de plenitud*.

El hombre siente esta insuficiencia como "inadecuación", y se manifiesta de varias maneras, v.gr.: sintiendo miedo ante la posibilidad de ser incapaz de ganar suficiente dinero, miedo de no poder alcanzar los objetivos que se ha propuesto en la vida, miedo al día del juicio...

La persona melancólica se vuelve ciega e incapaz de ver los valores inherentes a su propio ser. Más aún, al final tampoco es capaz de distinguir ningún valor fuera de él. Se da el siguiente proceso: se siente indigno de sí mismo y a su propia vida le falta sentido; después ve al mundo de la misma manera. La culpa brota del sentimiento de insuficiencia del mismo individuo, y como consecuencia de su enorme tensión existencial, puede llegar al punto de creer que jamás podrá liberarse de su culpa, y entonces la vida adquiere proporciones colosales.

- *Esquizofrenia*. La sensación de estar influenciado, observado o perseguido es una forma de experimentarse como un puro objeto. *El esquizofrénico se vive a sí mismo como un objeto al que los demás observan o persiguen*. Se vive a sí mismo como si se hubiese transformado de sujeto en objeto. Este sentimiento de "pasividad experimental" se pone de manifiesto en el lenguaje de los esquizofrénicos por su tendencia a usar la "voz pasiva". El esquizofrénico se experimenta a sí mismo tan limitado en su completa humanidad, que no puede sentirse como "ente real". Su conciencia y su responsabilidad se altera por esta experiencia.

Logoterapia y neurosis noogénicas

La logoterapia, como ya se dijo, es la terapia específica de la "frustración existencial, del vacío existencial, o de la frustración del deseo de significación. Cuando estas condiciones se acompañan de una sintomatología neurótica se llaman *neurosis noogénicas*.

La logoterapia pretende que el hombre se haga consciente de sus responsabilidades, ya que ser responsable es el fundamento esencial de la existencia humana. La responsabilidad lleva siempre consigo una obligación, y ésta puede entenderse en términos de significado (de la vida humana). La cuestión del significado es intrínsecamente humana, y aparece siempre que tratamos a pacientes con frustración o conflictos existenciales (Frankl, 1965).

⁸*Estos cuatro síntomas juntos pueden infundir al hombre el miedo a la responsabilidad y a la libertad. La curación de la neurosis colectiva se debe poner en manos de la educación y de la higiene mental, en lugar de recurrir a la psicoterapia.*

AVANCES RECIENTES

Frankl ha seguido desarrollando su pensamiento. A pesar de su avanzada edad y una gran falta del sentido de la vista, sigue dando conferencias y publicando algunos artículos. Su último libro *Logoterapia y análisis existencial (1990)*, es una recopilación de su pensamiento. Elisabeth Lukas, una de sus alumnas más representativas, ha publicado varias obras, con algunos aspectos de su propia investigación, como el *Logotest*, que es una prueba elaborada por ellas para medir el sentido de vida. En Estados Unidos se ha desarrollado su pensamiento. Se ha validado y estandarizado el test *PIL (Purpose in life)* de Crumbaugh y Maholick, en distintas poblaciones.

En México se han trabajado algunos temas complementarios a la logoterapia, tales como el sentido de ser pareja, la tanatología, el perdón, etc. Además, en la *Universidad Iberoamericana* se han hecho investigaciones acerca del sentido de vida de los alumnos y profesores, y en la *Universidad Intercontinental* se desarrollan eventos (cursos, conferencias y talleres) donde se aborda aspectos centrales de la logoterapia.

Existen distintos Institutos y Sociedades de logoterapia en el mundo que han encontrado una gran aceptación por lo positivo del pensamiento del Dr. Frankl. Es una época en la que el mundo necesita tener una voluntad de sentido para poder vivir como humanos.

CONCLUSIONES

1. La logoterapia es un enfoque existencial que ayuda al individuo a solucionar problemas filosóficos o espirituales. Estos problemas se refieren al significado de la vida, de la muerte, del sufrimiento, del trabajo y del amor.
2. El sentido de la vida *no* descubre el propósito de la existencia. Más bien surge de las respuestas que el hombre da a la vida, a las situaciones y a las tareas con que la vida le enfrenta.
3. A pesar de los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en las respuestas del hombre, siempre hay en ellas un elemento de libertad y elección. A pesar de que el hombre no pueda controlar siempre las condiciones con las cuales tiene que enfrentarse, sí puede controlar sus propias respuestas a éstas. Por lo tanto, *el hombre es responsable de sus respuestas, elecciones y acciones.*
4. La frustración existencial puede darse sin ir acompañada necesariamente de neurosis o psicosis. Sin embargo, puede crear una neurosis; y tanto neurosis como psicosis tienen aspectos existenciales.
 - a) La logoterapia va dirigida al tratamiento de la frustración existencial, y a los aspectos existenciales de las neurosis y las psicosis.

b) No se trata, por tanto, de un sustitutivo de la psicoterapia, sino más bien un complemento. Al logoterapeuta *no* le interesan los procesos psicodinámicos ni la psicogénesis. Su principal interés está en los problemas filosóficos y espirituales de sus pacientes.

c) Su objetivo es darle al paciente las mayores posibilidades para actualizar sus valores latentes y no descubrir sus secretos más profundos.

d) La autorrealización no se acepta como un fin en sí mismo, ya que ésta sólo es posible en la medida en que el hombre encuentre el significado concreto de su existencia personal. En otras palabras, *la autorrealización es un subproducto*.

REFERENCIAS

Frankl, V. (1964). *Teoría y terapia de las neurosis*. Madrid: Gredos.

Frankl, V. (1965). *The doctor and the soul*. New York: Knopf.

Frankl, V. (1979). *Ante el vacío existencial*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1981). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1986). *La psicoterapia al alcance de todos*. Barcelona: Herder.

Frankl, V. (1987). *Psicoanálisis y existencialismo*. México: F.C.E.

Frankl, V. (1988). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.

Pareja, G. (1987). *Viktor E. Frankl: comunicación y resistencia*. México: Premia.

Yalom, I.. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.

PSICOTERAPIA BREVE SISTÉMICA

María Cristina Riveros Reyna
Universidad Intercontinental, México

INTRODUCCIÓN

Cuando supe por primera vez acerca de la *psicoterapia breve*, experimenté un gran interés por el tema puesto que siempre me había inquietado la idea de conocer una alternativa terapéutica efectiva que ofreciera, en poco tiempo, solución a los problemas con los que habitualmente la gente llega a terapia. En realidad tenía claro que la gente acude a terapia no necesariamente para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y el deseo de mejorar el futuro, lo cual implica generar cambios. Resultaba preocupante la idea de que se tuviese que hacer un análisis profundo y en tiempo tan largo para poder cambiar y que aún así, a veces, los cambios no se daban. Este hecho es representado con agudeza por los conflictivos personajes de las películas de Woody Allen que llevan muchos años de psicoanálisis y sin embargo no han solucionado sus conflictos, aun teniendo un claro entendimiento de los mismos

Sin embargo, mi interés por el tema fue mayor al saber que se trataba de un enfoque, que en el campo de la psicoterapia introdujo un cambio en la imagen del hombre, la naturaleza de sus problemas y por consiguiente, en la forma como éstos deben tratarse. Este cambio se puede conceptualizar como un cambio epistemológico en el que se hace una transición de un paradigma de conocimiento atomista, lineal, determinista, anticontextual, a otro totalista, circular, sistémico.

El foco de interés se desplaza del individuo, hacia la relación entre individuos como un fenómeno *sui generis*. En este sentido, la naturaleza de los problemas es considerada de índole interaccional y no puramente intrapsíquica; existen relaciones perturbadas, más que individuos perturbados o dicho más exactamente, los trastornos del comportamiento son una función de las relaciones humanas y no de psiques enfermas (Watzlawick, 1992). Se destaca que los problemas no están desligados del contexto en el que se desarrollan ni de las relaciones de las que el individuo forma parte. Ahora bien, entender el comportamiento humano desde esta perspectiva nos permite hacer una lectura más congruente con la naturaleza social del hombre.

Con ello no quiero decir que otros enfoques no sean igualmente válidos; de hecho, muchas teorías y enfoques diferentes producen cambios y resultados positivos. En este sentido, lo que quiero subrayar es que la *psicoterapia breve sistémica* es una alternativa terapéutica más, y no simplemente, como algunos la pueden ver, una forma de terapia corta, que se diferencia de otras que son prolongadas, y que por ello, visto desde esta óptica particular, sólo sea algo "menos de lo mismo": menos tiempo, menos profundidad, menos duración del efecto, menos eficacia. Esta falsa creencia ha llevado a considerar a la psicoterapia breve como una forma de tratamiento de segundo orden, cuyos efectos son paliativos y secundarios. No obstante, numerosos estudios han comprobado la efectividad de la terapia breve, la

permanencia del cambio y una mejoría adicional en lugar del deterioro que podría esperarse si ésta fuera un paliativo (De Shazer, 1991).

En este capítulo presentaré algunas ideas generales acerca de la psicoterapia breve sistémica, iniciando para ello una revisión histórica de la misma y de su vinculación con la terapia familiar; posteriormente, se analizan aspectos de importancia en su fundamentación epistemológica, esbozando sintéticamente los principios de la teoría general de los sistemas, la cibernética y el constructivismo, así como los aportes de la teoría de la comunicación humana y de la hipnosis ericksoniana. Finalmente conviene revisar algunas técnicas de las diferentes escuelas y modelos, que se identifican con los lineamientos de la psicoterapia breve y que desde diferentes ángulos aportan al trabajo en la solución de conflictos, ya sea en el nivel individual, de pareja, de grupo y/o familiar.

ANTECEDENTES

Si bien es cierto que la práctica de la psicoterapia es tan antigua como la humanidad misma, la aparición de la psicoterapia profesional tal como se le conoce en nuestros días, señala Kris (1984) no se sitúa antes del siglo XIX, tomando como referencia la obra freudiana -que alcanza su mayor repercusión en el siglo XX con el psicoanálisis-, hasta el punto que se ha llegado a homologar psicoterapia con psicoanálisis, fundiéndose en el lenguaje común ambas terminologías.

Sin embargo, a partir de entonces, se han desarrollado varias corrientes fundamentales en psicoterapia agrupadas en:

a) *Abordajes de la psicología profunda*: comprendiendo aquí el psicoanálisis, y otras corrientes psicoterapéuticas inspiradas en la teoría psicoanalítica pero diferenciadas por un representante específico, como son los jungnianos, los frommianos, los lacanianos y otros.

b) *Abordajes de la conducta*: conformados por los fundados en la teoría del aprendizaje, los cognitivos, la terapia racional emotiva.

c) *Abordajes Humanistas*: incluyendo aquí la terapia gestalt, la psicoterapia rogeriana, la logoterapia, el psicodrama entre otros.

d) *Abordajes sistémicos*: que incluyen a la psicoterapia familiar, la psicoterapia breve y las diferentes escuelas de Milán, de Milwaukee, de Roma, la Australiana, y los modelos estratégico y estructural entre otros.

EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA BREVE

La psicoterapia breve sistémica tiene su origen hacia 1950, época en que la postguerra abría un campo de estudio a modelos de acción rápida y eficaz en el tratamiento de urgencia en situaciones traumáticas así como de diferentes problemas psicológicos que habían quedado como secuela. Colateral a ello, existía un

clima de inconformidad entre psiquiatras y otros investigadores de la "salud mental", con relación a la formación tradicional psicoanalítica que recibían y que desde una postura crítica representaba una limitante en el proceso de cambio y solución de los problemas actuales de la persona.

Esta inconformidad básicamente estaba orientada a cuestionar el carácter individual de los síntomas, la naturaleza intrapsíquica de los problemas, la idea de causas subyacentes y la necesidad de ir al pasado, para buscar en la infancia los factores determinantes, las raíces de los síntomas actuales que eran vistos como la manifestación de una enfermedad o de algo que está oculto. Se fue generando un cambio de mentalidad, en el que la naturaleza de los problemas y el mismo proceso terapéutico comenzaron a considerarse de índole interpersonal. Haley (1991) destaca la influencia de algunos personajes que dentro de la corriente psicoanalítica estaban experimentando este proceso de transformación, como por ejemplo, la influencia que tuvo Harry Stack Sullivan sobre Don Jackson y de éste sobre Haley entre otros muchos terapeutas iniciadores de la psicoterapia Breve.

Desplazar el interés del individuo hacia la relación entre individuos requiere una sustentación epistemológica, que para entonces fue encontrada en los principios que aportan a la ciencia, la T.G.S., la cibernética y el constructivismo. No obstante, estos principios llegan a generarse a partir del cuestionamiento hecho al modelo mecanicista, imperante en el campo de la ciencia a comienzos de siglo, que para explicar los fenómenos biológicos, psicológicos y sociales, recurría a los principios de la física y de la mecánica, lo cual resultaba insuficiente e inadecuado. Este modelo es conocido principalmente en términos de la visión newtoniana del mundo, en el que las partículas materiales establecen un mundo mecánico y totalmente determinado. La única meta de la ciencia en este modelo parecía ser analítica: la división de la realidad en unidades cada vez menores, unidades aislables actuantes según esquemas de causalidad lineal.

Dicho cuestionamiento se hace en primera instancia desde la biología, postulándose el modelo organicista, que señala como necesario estudiar no sólo partes y procesos aislados, sino también resolver problemas decisivos hallados en la organización y el orden que los unifican, resultantes de la interacción dinámica de las partes y que hacen diferente el comportamiento de éstas cuando se estudian aisladas o dentro del todo. El organismo como sistema abierto que es, debe ser tomado en su conjunto, como un todo en el que existen relaciones complejas, múltiples, circulares; el énfasis es dado en este modelo a la relación y a la organización de los elementos que integran un organismo y los mecanismos propios para mantenerse en equilibrio dinámico; estos primeros enunciados datan de 1925 con la obra de White Head y la formulación hecha por Cannon en 1929 del concepto de homeostásis como un fenómeno interactivo. Coherente con esta concepción organicista, Von Bertalanffy expuso la T.G.S. en 1937 y más adelante, Wiener, en 1948 publicó sus trabajos en torno a los mecanismos de retroalimentación, en su magistral obra sobre cibernética (Bertalanffy, 1986; Lilienfeld, 1991).

Posteriormente, y ahora desde la sociología, surgió el modelo procesal sosteniendo que el modelo organicista resultaba insuficiente para explicar los mecanismos presentes en los sistemas socioculturales, donde el nivel de complejidad es mucho mayor, y donde los organismos no sólo intentan mantener un equilibrio dinámico, sino que a veces buscan romper la homeostasis y desarrollar mecanismos morfogénicos en aras de cambiar o generar una nueva estructura y desarrollarse a lo largo de su ciclo vital. Este modelo sugiere dar mucho más énfasis a estos últimos mecanismos y en esa medida, interesarnos por el cambio y los procesos que natural o deliberadamente tienen que ver con el mismo.

Las premisas planteadas por estos modelos tomaron fuerza en esa época y los conceptos derivados de las mismas fueron trasladados al entendimiento de las relaciones humanas, generando así una nueva corriente epistemológica en la que varios personajes tienen que ver. Uno de ellos es Gregory Bateson, antropólogo, quien toma contacto con estas ideas a partir de las conferencias interdisciplinarias organizadas por la Fundación Macy's, en el año de 1942, con el objetivo de encontrar una "ciencia del control" de donde emergió la cibernética. Estas conferencias, señala Shalanger y Watzlawick (manuscrito inédito), se realizaron desde 1942 hasta 1949 y en ellas participaron generalmente los mismos personajes, entre los que vale la pena destacar a Milton Erickson, quien presentó sus trabajos sobre hipnosis, y el cibernético-constructivista, Heinz Von Foerster.

El primer contacto de Bateson con la psiquiatría fue en 1948 cuando comenzó a trabajar en San Francisco, en un estudio sobre la comunicación en psicoterapia, en el que integró sus conocimientos acerca de lo sistémico. En 1952, recibió una beca para estudiar comunicación, en particular el tema de las paradojas y su relación con los distintos niveles de abstracción y clasificación. Más tarde, en 1954, el Centro de Estudios Avanzados de las Ciencias del Comportamiento -en Palo Alto, California-, decidió apoyar la investigación relacionada a la T.S.G., para lo cual el mismo Bertalanffy fue convocado. La irrupción de estos conceptos introdujo un cambio en el que, en el mundo de los sistemas abiertos, la información y la relación era lo más importante, y por tanto, el objeto de estudio.

No es difícil comprender entonces el poderoso atractivo que la investigación de la familia ejerció sobre todo aquel ávido por explorar los problemas humanos desde la perspectiva sistémica. Los pioneros en esta área fueron los del grupo de Investigaciones Mentales de Palo Alto que, en 1959, con Don Jackson como director y fundador, Gregory Bateson y un grupo de psiquiatras pioneros del enfoque interaccional, como Jay Haley, John Weakland, Lyman C. Wynne y Theodore Lidz, entre otros, iniciaron sus estudios sobre algunas pautas de interacción familiar que de manera estable se asociaban con la enfermedad mental, adscribiendo a la interacción familiar y la comunicación, un papel fundamental en el desarrollo de la esquizofrenia (Bateson, et al., 1974)

Estas primeras investigaciones dieron origen al movimiento de terapia familiar sistémica, que ha proliferado desde entonces no solamente en el grupo de Palo Alto, donde en 1967 se creó el Centro de Terapias Breves, con la presencia de Paul Watzlawick, Richard Fish y John Weakland, quienes han desarrollado el modelo estratégico; también surgieron otras escuelas como el grupo de Filadelfia, cuyo principal representante, Salvador Minuchin, desarrolló el modelo estructural; la escuela de Milán con Mara Selvini Palazzoli y su equipo; la escuela de Roma representada entre otros por Mauricio Andolfi y Claudio Angelo; la Escuela de Milwaukee dirigida por Steve de Shazer, el Instituto Ackerman de Terapia Familiar con Peggy Papp, Olga Silverstein y otros especialistas en la materia; la escuela Australiana con Michael White y David Epton, entre otros.

Ahora bien, la pauta que conecta estas diferentes escuelas es la forma de conceptualizar la problemática. Nardone (1992) lo resume como un paso en el campo de la psicoterapia de lo intrapsíquico a lo relacional, del análisis del pasado al estudio de las reglas que gobiernan la interacción en el aquí y el ahora, de la pregunta relativa al porqué del problema, al qué, cómo, cuando y dónde el problema es problema; de la extrema pasividad del terapeuta al activismo y el empleo del influjo personal en la práctica clínica para promover el cambio de la situación problemática. Este cambio presupone un cambio epistemológico fundamental.

Epistemología sistémica

Hacer la transición desde una epistemología lineal progresiva¹ que es atomista, reduccionista, anticontextual y se atiene a una lógica analítica de procesos aislados, a una recurrente, circular o sistémica, no resulta nada fácil puesto que implica para el terapeuta un cambio en su propia concepción del mundo, de la naturaleza de los problemas, de la terapia y de su participación en ella. Para ello, el clínico debe en primer lugar, reconocer las premisas que subyacen en su manera de actuar, es decir, como señala Keeney (1991), su particular "epistemología", que no es otra cosa que el estudio de la manera en que las personas o sistemas conocen cosas y de la manera que ellos piensan que conocen cosas.

Una idea básica para comprender la epistemología es que lo que cada cual percibe y conoce se deriva en gran medida de las distinciones que traza; de esta manera, el acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia, ya que sólo al distinguir una pauta de otra, somos capaces de conocer nuestro mundo. Para conocer, debemos hacer una distinción y el acto de hacer esta distinción en sí mismo sugiere una opción o preferencia de quien la hace (Bateson, 1993). Por tal razón, para comprender cualquier fenómeno, debemos empezar por apreciar cómo fue construido, o sea qué distinciones están en la base de su creación. ¿Qué construcciones de la realidad tiene el observador, que distingue esto de aquello?

Los planteamientos hechos por Maturana (1992) proporcionan una guía en cuanto que afirman que nuestra percepción más que depender de la agudeza de nuestros sentidos, descansa en la comprensión de nuestros conceptos. Las distinciones que el observador hace, surgen como producto de sus propias distinciones en la repercusión de que éstas distinguen al que distingue.

Desde esta perspectiva, el terapeuta, en la medida en que se enfoca al estudio de la totalidad y no de procesos aislados, realiza un procedimiento sistémico; en la medida en que estudia el comportamiento recíproco, la regularidad, la pauta y la organización, tiene un método cibernético.

En razón a la importancia que los conceptos de la Teoría General de Sistemas (TGS) y de la cibernética tienen para la comprensión de este cambio epistemológico, se exponen algunos de ellos, recomendando al lector recurrir a las fuentes originales para ampliar sus conocimientos acerca del mismo.

El sistema es definido por Buckley (1982) como un complejo de elementos o componentes directa o indirectamente relacionados en una red causal, de modo que cada componente está relacionado por lo menos con varios otros, de modo más o menos estable, en un lapso dado.

Un sistema no se comporta como un compuesto simple de elementos independientes, sino como un todo coherente e inseparable. Cada una de sus partes está relacionada con las demás de tal modo que un cambio en una de ellas provoca un cambio en las demás y en el sistema total. Como corolario de la noción de totalidad se desprende la premisa de la "no sumatividad", refiriéndose al sistema como mucho más que la suma de sus partes, donde el "más que" señala la organización que confiere al agregado características no solo diferentes de los componentes considerados en forma individual sino, a menudo, que no aparecen en estos últimos.

En un sistema, los elementos están interactuando y ello implica que se están afectando mutuamente; por tal hecho, resulta imposible contemplar que existen relaciones unilaterales entre elementos, del tipo A afecta a B pero no a la inversa. El concepto básico que se inserta en este principio, es el de retroalimentación, mecanismo por el cual la información retorna al punto de partida, cerrando el círculo².

Si bien en las cadenas progresivas de causalidad lineal tiene sentido hablar del comienzo y del fin, tales términos carecen de sentido en los circuitos de retroalimentación. En un círculo no hay comienzo ni fin.

Sin embargo, este tipo de puntuación es frecuentemente utilizado por los participantes de cualquier interacción, cuando tanto la persona A como la B, afirman que sólo reaccionan a la conducta del otro, sin comprender que a la vez influyen sobre él a través de su propia reacción.

En un sistema circular los resultados,- en el sentido de alteración del estado al cabo de un periodo de tiempo-, no están determinados tanto por las condiciones iniciales como por la naturaleza de las relaciones, del proceso o de los parámetros del sistema. En este sentido, el principio de la equifinalidad señala que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, mientras que la multifinalidad se refiere a que condiciones iniciales similares pueden llevar a estados finales diferentes. En ambos casos se destaca la independencia entre estados iniciales y finales, lo cual en el campo de la psicoterapia, replantea el acento dado a las causas iniciales, para ponerlo mejor en lo que sucede en el aquí y el ahora, en términos del patrón de relación que el sujeto vive con su entorno y de las atribuciones que otorga en términos de valor, sentido y significado.

A medida que los sistemas abiertos cobran complejidad, desarrollan procesos mediadores de complejidad también crecientes que posibilitan al sistema autoregularse. El primero de ellos hace referencia a aquellos procesos de los intercambios complejos entre el sistema y el ambiente que tienden a mantener o preservar una forma, una organización o un estado del sistema, en tanto que el segundo se refiere a aquellos procesos que tienden a elaborar o modificar la estructura. Este doble proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un intercambio dinámico entre dos funciones: la capacidad homeostática y la capacidad de transformación que son el resultado, entre otras, de los mecanismos de retroalimentación negativa y retroalimentación positiva, respectivamente. Cabe señalar, que en cuanto caracteres funcionales del sistema no son uno mejor que el otro sino que, estabilidad y cambio, son dos caras de la misma moneda. Caras con las que se enfrenta el terapeuta al evaluar tanto el sistema consultante, como el nuevo sistema que se forma, es decir, el sistema terapéutico, justamente, cuando su tema central es encontrar los mecanismos que bloquean el cambio y también aquellos que lo generan para entonces promoverlo.

Ahora bien, en la medida que el terapeuta presupone que las partes de un sistema están interrelacionadas, es decir, que se comunican entre sí, y se afectan mutuamente, su interés cae en el ámbito de la pragmática de la comunicación, ampliamente desarrollada por Watzlawick (1989) en la Teoría de la Comunicación Humana. En esta teoría se aplican los principios de la TGS y la cibernética al estudio de las relaciones humanas y se plantea que en una relación todo comportamiento activo o pasivo, intencionado o no, tiene carácter comunicativo y es por tanto comunicación. Puesto que es imposible no comportarse, también es imposible no comunicar.

En toda comunicación se pueden distinguir, por una parte, el aspecto referencial del mensaje que transmite básicamente información y que corresponde al nivel de contenido y por el otro, el aspecto conativo que se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es (por ejemplo, es una orden, es un chiste, es una burla) y que como información acerca de la información misma, define la relación entre los comunicantes: Este es el nivel de relación de la comunicación, que en últimas, es el que interesa principalmente al terapeuta. En las relaciones humanas, el contenido a veces sólo es el pretexto para definir la relación y en esa definición nos constituimos, desde antes de nacer, como personas. Somos en relación con un otro que nos define y se define a sí mismo en la relación. En esa definición se dan procesos continuos de aceptación, rechazo, descalificación y reafirmación, cuya importancia es fundamental para la salud y el bienestar emocional.

Por último, en la medida en que el terapeuta contempla que sus observaciones de la realidad -como las de cualquier observador, incluido el consultante-, tienen como base sus propias construcciones y que, en este sentido, la realidad no existe como un hecho objetivo, su pensamiento es constructivista.

El constructivismo es una corriente epistemológica que analiza aquellos procesos de percepción, de comportamiento y de comunicación, a través de los cuales las personas forjan sus propias realidades individuales, sociales, científicas e ideológicas. El ser humano, en el transcurso de su vida y como parte de su proceso de adaptación, intenta edificar una estructura mental que le permita ordenar su experiencia; en este proceso, construye para sí mismo y conforma con otros un mundo al cual llama realidad. Todo este bagaje es el que se pone en juego en el momento de la observación, haciendo que la mirada esté revestida de todos estos engramas individuales y socio-culturales que generan un determinado mapa o recorte de eso que llamamos realidad.

El constructivismo como corriente epistemológica fue desarrollada en su forma más radical por Ernest Von Glasersfeld quien plantea que no se necesita penetrar muy profundamente en el pensamiento constructivista para comprender que el mundo en que parecemos vivir lo debemos sólo a nosotros mismos, puesto que el hombre es el único responsable de su pensamiento, de su conocimiento y de su conducta. Es esto lo que en última instancia quiere afirmar el constructivismo y en su intento de hacerlo pone de manifiesto aspectos de la teoría del conocimiento que de otra manera pasarían inadvertidos.

La tesis fundamental es que el mundo que experimentamos lo construimos nosotros mismos, de manera que nuestro conocimiento ha de interpretarse no como imagen del mundo real, sino tan sólo como una llave que abre caminos posibles. Esta idea plantea una diferencia en la relación entre saber y realidad. La concepción tradicional de la teoría del conocimiento considera esta relación como un acuerdo o correspondencia gráfica; el constructivismo radical ve dicha relación como una adaptación o ajuste en el sentido funcional. No busca que este conocimiento corresponda con la realidad sino más bien que encaje en la misma. Una llave "encaja" en la cerradura cuando la abre. Ese "encajar" describe una capacidad de la llave, pero no de la cerradura.

En este sentido, se opone a la idea ampliamente difundida entre la ciencia de que el saber sólo es saber si permite conocer al mundo tal como éste es y de que sólo tenemos derecho a llamar "verdad" a lo que corresponde con una realidad independiente y "objetiva". Para los constructivistas toda concepción, todo saber y toda comprensión es siempre construcción e interpretación del sujeto viviente. Y aunque no podemos valorar a una como más verdadera o real que otra, estas

construcciones tienen consecuencias y producen resultados concretos de naturaleza personal y social.

Parece oportuno retomar la distinción hecha por Watzlawick (1992) entre realidad de primer orden, que se refiere a los hechos tal cual son y la realidad de segundo orden que es construida por medio de la atribución de sentido, de valor y de significado que se da a la realidad en cuestión de primer orden. La distinción hecha entre estas dos realidades se expresa en la historia acerca de la diferencia entre un optimista y un pesimista: mientras que el optimista dice que una botella está medio llena el pesimista dice que está medio vacía. La misma realidad de primer orden, pero dos realidades diametralmente opuestas de segundo orden, que tienen consecuencias concretas en el vivir de cada uno.

En el campo de la psicoterapia, asumir que una realidad se construye y no se descubre (ya que este postulado presupondrá que exista una realidad *a priori*) nos invita a reflexionar acerca de la comprensión de la situación como prerrequisito nodal del cambio, y por tanto confirmar que el "insight" no asegura la transformación de la situación conflictiva. En la psicoterapia tenemos que ver principalmente con realidades de segundo orden, orientando la intervención para que construya nuevos aspectos de la realidad que le permitan vivir más placenteramente.

La influencia de Milton Erickson

La influencia clínica de Milton Erickson puede considerarse como fundamental para la psicoterapia breve. Durante su asombrosa carrera como psicoterapeuta especialista en hipnosis, preparó una gran cantidad de estrategias y técnicas de intervención para la resolución en breve tiempo de problemas de orden emocional y conductual. Su particular modo de hacer terapia, representó para el grupo fundador de la perspectiva sistémica, un material clínico fundamental. De manera intuitiva y empírica había utilizado estrategias terapéuticas que venían a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las formulaciones teórico-prácticas que el grupo de Bateson y Jackson habían formulado como modelos.

Es oportuno señalar, que dentro del proyecto de investigación de Bateson sobre comunicación, él, junto con Haley y Weakland, estudiaron extensamente el tipo de comunicación terapéutica de Erickson, impactante por los cambios verdaderamente sorprendentes que provocaba. Con un estilo indirecto y poco convencional, asignando tareas, formulando sugerencias o contando cuentos y metáforas, Erickson se orientaba a aflojar las rigideces de la persona en la medida suficiente como para que ella descubriera otros modos de pensar y comportarse, capaces de eliminar el síntoma.

Las bases de la concepción ericksoniana constituyen en esencia, supuestos determinantes para la psicoterapia breve. Erickson, señala O'Hanlon (1989), se caracterizó por tener una orientación naturalista centrándose: en los recursos de las personas más que en sus carencias, en sus posibilidades más que en sus limitaciones, en la búsqueda de soluciones más que en los problemas. Una orientación de presente y futuro considerando que la vida se vive en el presente, para el mañana; el pasado no puede cambiarse y sólo se cambia la interpretación y el modo que tenemos de verlo. Una orientación de utilización en la que el terapeuta hace uso de todo, inclusive de las limitaciones, para promover el cambio. Erickson utilizaba todo lo que los consultantes presentaban -como síntomas, resistencias, creencias, pautas de comportamiento-, y con su ejemplo propuso la utilización cabal de todos los recursos y limitaciones del terapeuta en la promoción del cambio.

Premisas fundamentales de la psicoterapia breve

Un aspecto central en la Psicoterapia Breve Sistémica es el cambio, la forma como tiene lugar espontáneamente y la manera de promoverse. Además, comparte las siguientes premisas:

- Se enfoca en el aquí y el ahora y no en el allá y el entonces.
- No busca causas subyacentes que implican que aquello de lo que se quejan las personas al iniciar la terapia no es el verdadero problema, sino siempre la manifestación de algún problema más profundo. Se considera que los problemas en su mayoría son de naturaleza interaccional.
- Es focalizada, centrada en los problemas y la búsqueda de soluciones, intentando con ello aliviar las quejas específicas que los consultantes llevan a la terapia.
- Se considera que no es necesario para resolver los problemas hacer conciencia de su naturaleza o de su origen, por lo que no se hace ningún intento deliberado por promover el insight o entendimiento.
- Los consultantes definen los objetivos de la terapia por lo que debe formularse para satisfacer la unicidad de las necesidades del individuo; dicho de otra manera, la terapia debe ser cortada a la medida y envuelta como regalo para cada persona.
- El cambio es constante e inevitable. Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo de confianza para abordar nuevos cambios. Un cambio en una parte del sistema produce cambios en otras partes del mismo, por lo que el cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- Las personas tienen los recursos y capacidades para superar sus dificultades y resolver sus quejas; es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.
- La manera en que se etiqueta un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico. Catalogar a un niño como autista o etiquetar a un adulto como border line sólo ayuda a participar en la creación de un problema mucho más difícil de solucionar.
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igualmente válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.

¹ Siguiendo Bateson, Kenney (1991) emplea la expresión "lineal progresivo" para referirse a una secuencia de ideas o proposiciones que no vuelven, que van en una sola dirección. Lo opuesto a "lineal progresivo" es "recursivo", entendiéndose por recursividad, el retorno al punto de partida, advirtiéndose que, cada vez que se regresa, que un proceso vuelve sobre sí mismo puede indicarse una diferencia, porque en realidad no es un retorno hacia el mismo momento inicial.

² Vale destacar, que cada vez que se regresa, que un proceso vuelve sobre sí mismo, que el círculo se cierra, puede indicarse una diferencia, porque en realidad no es un retorno hacia el mismo momento inicial. En este sentido la imagen del círculo que se cierra quizás sea mejor representada por la de un espiral.

TÉCNICAS DE LA PSICOTERAPIA BREVE

A veces un sistema, sea éste un individuo, una pareja o una familia, no puede propiciar desde su interior las condiciones para su propio cambio, aún teniendo los recursos necesarios para ello. Desde este punto de vista, los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana. Una dificultad se convierte en problema, como lo señala Watzlawick (1986), en la medida en que las soluciones intentadas no logran resolverlo, y conducen a círculos viciosos, a juegos sin fin, que como su nombre lo indica, son interminables en el sentido de que no contienen en sí condiciones para su propia terminación; en estos casos, el problema ya no es el problema sino que éste viene a ser la solución intentada para resolverlo.

Se acude entonces al terapeuta quien, para contribuir a la solución del mismo, tiene que hacerse una idea clara acerca de la naturaleza del problema, la forma como se ha enfrentado y las soluciones intentadas, la postura del consultante, las expectativas respecto al cambio, los objetivos de la terapia, así como las tácticas y estrategias que ha de seguir para que ésta cumpla con su cometido.

Esto supone para el terapeuta hacer una planificación del caso, lo cual resulta imprescindible para aplicar con eficiencia su capacidad terapéutica y resolver los problemas con rapidez. Si no se le dedica a la planificación el tiempo necesario, disminuyen notablemente las posibilidades del éxito y el tratamiento se convierte a menudo en una aventura prolongada y errática, que termina porque el paciente pierde el interés y abandona el tratamiento, o bien, porque el terapeuta termina renunciando.

Planificar implica no preparar los temas de la sesión en la sesión misma, sino con anterioridad, teniendo en cuenta el objetivo final de la terapia y los pasos que deben seguirse para lograrlo. Esta no es una práctica común, no sólo porque planificar es una tarea ardua, sino también porque buena parte de la terapia tradicional induce al terapeuta a esperar la reacción del paciente, y sólo entonces responder a ella, debido en parte al hecho de considerar que cada sesión constituye una entidad separada y no un segmento dentro de un proceso que se da en el tratamiento global.

Naturaleza del problema: El terapeuta se centra en el aquí y el ahora, buscando hacerse una idea clara acerca de cuál es el problema, y de cómo éste es un problema para quien o quienes consultan. Si por ejemplo, el consultante afirma que su problema es una "mala comunicación", el terapeuta tendrá que clarificar qué entiende por "mala comunicación" y definir así un problema que sea tratable, en la medida en que se determinan ciertos comportamientos sobre los cuales se espera el cambio.

De igual manera, cabe recordar que la manera en que se etiqueta un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico. Todo empeño por descubrir una patología, contribuirá a crear esa patología, de forma que podemos terminar perpetuando lo que queremos cambiar. Por eso, al formular un problema, es de suma utilidad hacer preguntas relacionadas al qué sucede, cómo, cuándo, dónde, con quién, preguntas que nos permitan describir pautas de comportamiento así como las secuencias repetidas de interacción en las que se inserta. Se evita utilizar con ello rótulos o etiquetas que sólo contribuyen a hacer del problema algo menos solucionable. En este sentido, puesto que participamos en la co-creación de la

realidad de los consultantes, el objetivo es reducir el tamaño del problema haciéndolo parecer así mucho más manejable.

Ahora bien, así como podemos centrar la atención en las circunstancias en que aparece el problema y detallar nuestra información sobre el mismo, también podemos centrarnos en las circunstancias de "no problema"; es decir, en lo que sucede cuando éste no aparece, lo cual muchas veces nos ilumina la solución de manera asombrosa.

Para definir el problema es de gran utilidad la técnica de la externalización expuesta por White (1993, 1994), que insta a las personas a cosificar y a veces, a personificar los problemas, de manera que una vez que el problema es puesto fuera, como una entidad separada del sujeto, se puede hablar más claramente de su relación con el mismo. Para ello se hacen preguntas acerca de la influencia relativa del problema sobre sus vidas y sus relaciones, -la manera como los ha afectado-, así como también preguntas acerca de la influencia relativa que tienen él y otros con los que se relaciona sobre la persistencia del problema.

Soluciones intentadas: Una vez que una dificultad se vive como "problema," el problema es mantenido o empeorado por los intentos ineficaces de las personas para resolverlo. En otras palabras, el problema es el intento de solución que se ha dado y que en la mayoría de los casos constituye acciones de la misma clase, que pueden diferir en la forma pero que en esencia son lo mismo. Este patrón de "más de lo mismo" es entonces un objetivo de la intervención terapéutica.

El terapeuta debe examinar muy bien las soluciones intentadas, con el fin de que no proponga "más de lo mismo", y así evitar colaborar con el mantenimiento del problema. Por otra parte, esta información permite conocer la realidad construida por la persona en cuestión, en la que esos intentos de solución son los únicos posibles, significativos, lógicos o permitidos.

Ahora bien, así como se presta atención a las soluciones intentadas y que no han sido exitosas, también es de gran utilidad preguntar si alguna vez ha logrado vencer al problema o manejarlo de manera satisfactoria. Inclusive, haciendo alusión a éxitos pasados que aunque aparentemente no tengan relación alguna con el problema en cuestión, el terapeuta pueda crear un lazo de unión entre las dos situaciones y generar información muy importante acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos que tiene la persona y que puede utilizar ahora para resolver el problema.

Postura del consultante: En la psicoterapia breve sistémica se ha dado un particular énfasis al conocimiento del vivir cotidiano, los valores y las creencias, las peculiaridades y circunstancias singulares del individuo. En otras palabras, la postura del individuo en relación con su problema, con la terapia, con el terapeuta y con las demás facetas de su vida. La psicoterapia convencional concede importancia a escuchar el significado subyacente de lo que dice el paciente. Aquí la importancia radica en escuchar la exacta formulación de las frases de los consultantes, puesto que es ahí donde éstos expresan sus posturas.

El hecho de conocer la postura del consultante nos permite estimular la colaboración del paciente y eliminar resistencias al "cortar la terapia a la medida". Esta idea es desarrollada por Jeffrey Zeig quien propone la utilización de algunas categorías diagnósticas relacionadas con la forma como el individuo percibe y elabora la "realidad", encontrando las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, formular una tarea o simplemente presentar las ideas y motivar acciones concretas

que puedan posibilitar el cambio (Robles, 1991). Una de las piedras angulares del enfoque ericksoniano que ha influido en la psicoterapia breve es la aceptación y utilización del lenguaje del paciente, de sus intereses y motivaciones, de sus creencias y marcos referenciales, de su conducta, de sus síntomas y aún de su "resistencia".

Objetivo de la terapia: En términos generales se puede decir que el objetivo de la terapia es encontrar la solución del problema que aqueja al consultante ya sea porque la conducta problema haya cambiado o porque cambia su evaluación de tal problema de manera que considera que ya no lo es; para que este objetivo se cumpla es necesario evaluar las expectativas de cambio que tiene el consultante respecto de la terapia, tratando de concretar los resultados que espera obtener una vez éste haya concluido la misma. Los terapeutas dificultan su propio trabajo cuando al principio aceptan objetivos ambiguos y luego siguen adelante, asumiendo que saben lo que los clientes quisieron decir.

Para ello es necesario que el terapeuta pregunte acerca dichas expectativas y se haga una idea clara de las mismas; si por ejemplo, una persona nos expresa que quiere tener "más comunicación" o "mejor autoestima" o "sentirse más feliz", la pregunta estará orientada a determinar cuáles acciones concretas y observables le indicaran que lo ha logrado. La técnica de la bola de cristal desarrollada por Erickson es muy útil en tanto que proyecta a la persona a un futuro, visualizando la solución del problema o la forma en que actuaría una vez que la terapia haya terminado exitosamente. Preguntas acerca de cómo se daría cuenta de que el problema se ha solucionado, qué cosas serían diferentes, quién sería el primero en darse cuenta, ayudan a concretar los objetivos de la terapia pero además presuponen que ésta será exitosa, lo cual aumenta la posibilidad de que lo sea.

La intervención terapéutica: En la psicoterapia breve sistémica la idea heredada del modelo médico que diferencia entre evaluación e intervención ha sido dejada de lado puesto que desde el mismo momento en que el terapeuta toma contacto con el consultante comienza su intervención. Como terapeutas influimos desde el primer momento sobre las percepciones y la experiencia que los consultantes tienen de su situación; en esa medida, qué mejor que nuestra influencia sea optimista, positiva, alentadora, buscando que se proyecte a la solución. Como dice O'Hanlon, somos co-creadores de realidades con nuestros consultantes y en ese sentido, qué mejor que co-crear la idea de un problema solucionable.

Siempre buscamos indicadores que nos ayuden a sentir o a pensar acerca de una situación; el niño cuando se cae, mira a su alrededor para tener un indicio de cómo tratar ese incidente. Si oye gran preocupación en su entorno es bien probable que se ponga a llorar. Si lo ayudan a levantarse y lo alientan a seguir haciendo lo que está haciendo es probable que lo haga sin quejarse para nada. De la misma manera en la psicoterapia, desde el primer momento el terapeuta emite mensajes verbales y no verbales que le harán pensar al consultante de tal o cual manera. Entonces, como es inevitable que influya, mejor que lo haga propositivamente y ofrezca un marco en el que piense que dispone de todas las capacidades y recursos para resolver el problema y que con éstos va a tomar contacto en el proceso.

En la psicoterapia breve la intervención terapéutica se orienta a:

- Cambiar la "forma de actuar" en la situación percibida como problemática, buscando pautas de comportamiento nuevas o diferentes.

- Cambiar la "forma de ver" la situación percibida como problemática, ofreciendo otros marcos de referencia.

- Evocar los recursos y capacidades de la persona que se puedan aplicar a la situación percibida como problemática.

A continuación se enuncian algunos de los medios utilizados en la psicoterapia breve para promover el cambio, recalcando que como en cualquier arte, estos medios requieren de la habilidad y la creatividad del terapeuta, especialista en el uso de los mismos.

Habitualmente los consultantes reciben alguna variante de la sugerencia de dejar de intentar de resolver el problema de la forma que lo han estado haciendo, lo que a menudo se consigue utilizando su sistema de creencias, o también, ofreciendo un nuevo marco de referencia dentro de ese sistema de creencias, técnica conocida como reestructuración. Watzlawick (1986) señala como esta intervención construye un nuevo aspecto de la realidad en lugar del anterior, de manera que otorga a la situación un nuevo sentido y significado, más conveniente del que le han venido dando hasta ahora. Un ejemplo tomado de la literatura que ilustra esta técnica, es aquella escena en la que Tom Sawyer está castigado a pintar una pared la tarde del sábado, mientras que sus amigos tienen vacaciones y van a nadar; ¿cómo preservar su imagen y afrontar la burla de sus amigos? Lo hizo cambiando radicalmente el sentido de la situación, al plantear que lo que hace no es un castigo sino diversión, puesto que no todos los niños tienen oportunidad de pintar una pared todos los días. Al poco rato, un chico tras otro le habían comprado el privilegio de poder pintar una parte de la pared.

De ello se desprende que una forma valiosa de contribuir a la solución de los problemas sea ofrecer construcciones alternativas que conduzcan a una visión de la realidad más flexible y pluralista; es contemplar que no hay una sola manera de ver un hecho, de hacer una lectura de la situación, de entender una determinada actitud o comportamiento, sino que también hay otras, igualmente válidas, que pueden conducir a un mayor bienestar y desarrollo.

La prescripción del comportamiento es otra técnica utilizada para promover el cambio que como indica su nombre, se trata de la ejecución de acciones muy determinadas que el terapeuta propone a su consultante. Estas prescripciones pueden ser paradójales, en la medida en que alientan a ejecutar deliberadamente el síntoma; si la queja es que no puede dormir, la prescripción podría ser entonces que no duerma; si teme cometer errores se le pedirá que cometa uno, si teme hablar en público, se le pedirá que advierta a su público acerca de lo que esta situación le produce. A veces, todo lo que se necesita es que la persona envuelta en la situación haga algo diferente, aunque esa conducta sea aparentemente irracional, inapropiada, extravagante o humorística (De Shazer, 1991).

El terapeuta puede alentar a emprender determinadas acciones, abrir nuevos caminos, probar otras formas de interacción, verificar creencias, a través de tareas o directivas que imparte abiertamente de manera clara y precisa para que se realicen entre sesión y sesión (Haley, 1985). Se le puede pedir por ejemplo que haga una lista de los pros y de los contras de continuar con el problema, que determine cuándo no ocurre el problema, que observe lo quiere que siga ocurriendo en su vida, que ante un determinado hecho, por ejemplo la aparente indiferencia del esposo, responda de forma distinta a como habitualmente lo ha hecho.

Algunas de estas intervenciones han sido presentadas por Steve de Shazer como "tareas de fórmula" puesto que han resultado útiles en el manejo de una amplia gama de situaciones disfuncionales, iniciando cambios aún sin que medie una comprensión detallada del terapeuta respecto a lo que está sucediendo. Por ejemplo, la tarea de fórmula de la primera sesión en la que se solicita que desde ese momento hasta el próximo encuentro observe lo que quiera que siga ocurriendo en su vida en cuanto a un aspecto determinado relacionado a la queja. Parecida está la tarea de ponerse los "lentes de buscar cosas positivas" o la tarea genérica en la que se pide al consultante que, una vez ha fijado su objetivo, observe las cosas que hace en la semana y que lo acercan a esa meta. Las tres tareas se centran en lo positivo, en los recursos y en las soluciones más que en los problemas, favoreciendo de manera sorprendente el cambio. La tarea de la sorpresa introduce en las relaciones un poco de azar y por tanto rompe con rigideces preexistentes. En esta tarea se pide a la persona que haga algo que sorprenda a un otro (hijo, esposo, padre), que se comporte de manera distinta respecto del problema o queja y que no lo advierta, puesto que el otro tiene que percatarse de qué hizo. Sin duda, la tarea de "haga algo diferente" en la que se pide que desde ahora y hasta la próxima sesión haga algo diferente, es aplicable a una gran variedad de situaciones y al igual que la anterior, posibilita alterar las secuencias conductuales en las que se inserta el problema.

La creatividad del terapeuta y la comunicación que establece con su consultante le permitirá diseñar diversas tareas que no sólo le aportarán información relevante sino que también le permitirán modificar pautas existentes o establecer pautas nuevas de comportamiento.

Para modificar pautas existentes, la descripción de la secuencia repetida en la que se inserta el "síntoma" o de las circunstancias del problema, proporcionan una fórmula que indica dónde y cómo formular la tarea. Algunas modalidades ericksonianas descritas por O'Hanlon (1989) para intervenir en la pauta y modificarla son:

- Cambiar la frecuencia/velocidad del síntoma o de la pauta síntoma.
- Cambiar la duración del síntoma o de la pauta-síntoma.
- Cambiar el momento (del día, de la semana, del mes, del año).
- Cambiar la ubicación (en el cuerpo o en el mundo) del síntoma o de la pauta-síntoma.
- Cambiar la intensidad del síntoma o de la pauta-síntoma.
- Cambiar alguna otra cualidad o circunstancia del síntoma.
- Cambiar la secuencia (el orden) de los acontecimientos que rodean al síntoma.
- Crear corto circuito en la secuencia.
- Interrumpir o de alguna manera impedir que se produzca toda la secuencia o parte de ella (descarrilamiento).
- Agregar o suprimir (por lo menos) un elemento en la secuencia.
- Fragmentar algún elemento completo, en elementos más pequeños. Hacer que se presente el síntoma sin la pauta síntoma.

- Hacer que se presente la pauta síntoma, excluyendo el síntoma.
- Invertir la pauta.
- Vincular la aparición de la pauta síntoma con otra pauta, habitualmente una experiencia indeseada o meta deseable pero difícil de obtener.

La utilización de rituales terapéuticos es otra práctica común en la Psicoterapia Breve, ampliamente descrita por Imber-Black (1991). El ritual puede definirse como un acto simbólico prescrito, que debe ejecutarse de un modo determinado (lugar, tiempo, orden) y con una buena dosis de compromiso. El ritual, al utilizar un lenguaje simbólico, tiene la capacidad de acarrear múltiples significados, unir fenómenos muy dispares que no pueden unirse por la lógica formal o asociarse por su complejidad, por ejemplo, separación-uniión, vida-muerte, salida-entrada, comienzo-fin. En el proceso de cambio, muchas de estas transiciones se dan, y para ellas el ritual ofrece la posibilidad de integrar cognición, afecto y conducta en un acto simbólico.

Algunos de estos rituales pueden implicar acciones como quemar, arrojar al agua, botar, enterrar recuerdos, cartas, u otros elementos simbólicos. También pueden ser acciones de dar, recibir, exhibir o mostrar algunos objetos significativos o hacer una ceremonia para celebrar o conmemorar algo. Los rituales terapéuticos resultan especialmente eficaces para la elaboración de duelos que se dan como un proceso de aceptación ante la pérdida, no sólo la pérdida por la separación o muerte de un ser querido, sino también la pérdida ocasionada por cualquier otra situación en la que tenemos que dejar, desprendernos de algo que queremos y que forma parte de nosotros. No en vano se habla por ejemplo de la elaboración de duelo en la adolescencia, en los procesos de migración, o en el mismo proceso terapéutico en el que se van dejando recuerdos, expectativas fantasiadas, modos de actuar, integrando pasado, con presente y futuro.

Estas y otras técnicas son muchas de las que el terapeuta puede hacer uso para facilitar el proceso de cambio creativo, haciendo de la terapia un arte, como acertadamente lo señala Keeney (1992) donde el psicoterapeuta como artista que es, utiliza cabalmente sus recursos y sus limitaciones personales, con el objeto de crear un estilo único, propio, que es el retrato estético de su-ser en el contexto. Un estilo personal, en el que seguramente reflejará su propia concepción del mundo, de los problemas, de la terapia y de su participación en ella; en últimas, su particular epistemología que dentro de esta propuesta terapéutica debería acercarse cada vez más a una epistemología cibernética, y alejarse cada vez más de la epistemología lineal, lo que representa una etapa de transición nada fácil.

Sin embargo, sea cual fuere el estilo particular del terapeuta, inclusive la escuela y teoría a la que se adscriba, existe acuerdo en que hay algo en común que hace que unos terapeutas sean más efectivos que otros y tiene que ver con el desarrollo de una capacidad para la conversación profesional, la retórica estratégica, el lenguaje del cambio. Dentro de este marco, gran parte de la formación del terapeuta se centraría en el desarrollo de una capacidad artística para la comunicación, para lo cual Milton Erickson fue un maestro genial. A través de su método, la hipnosis ericksoniana, proporciona una serie de elementos para utilizar consciente y creativamente el lenguaje para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable. Por ello Jeffrey Zeig, quien fue su alumno y que ahora promueve estas ideas, afirma que la hipnosis es un modelo de comunicación más que otra cosa. Un modelo de cómo presentar ideas con un máximo valor terapéutico sin necesidad de usar un trance formal; es una forma de tomar las ideas, envolverlas como regalo y

presentarlas al paciente en forma muy atractiva para ayudarlo a hacer surgir las potencialidades y recursos necesarios para resolver los conflictos (Robles, 1991).

Para hacer de la comunicación terapéutica un arte y hacer uso deliberado de la misma para promover el cambio, podemos partir del supuesto de que no podemos conocer la realidad tal cual es, pero sí interactuamos con ella, y al entrar en contacto con esa realidad construimos adentro de nosotros dos realidades con el lenguaje propio de cada uno de nuestros dos cerebros. Vale la pena señalar que con la expresión "dos cerebros", Robles (1990) destaca que existen dos formas de registro, dos formas de aprehender el mundo dependiendo de cada hemisferio cerebral, y no el funcionamiento independiente de los mismos.

Nos enfrentamos, pues, con dos lenguajes. Uno de ellos, correspondiente al hemisferio cerebral izquierdo, que es verbal, digital, objetivo, definido, lógico, analítico; es el lenguaje de la razón, de la ciencia, de la interpretación y de la explicación, y por consiguiente el lenguaje de la mayoría de las terapias. El otro, correspondiente al hemisferio cerebral derecho, es el lenguaje no verbal, analógico, el lenguaje de la imagen, de la metáfora, del símbolo, de los aspectos emocionales y sensitivos; es el lenguaje de la totalidad y no de la descomposición analítica, y por tanto es el lenguaje preferencial de la psicoterapia breve sistémica.

Todos hemos tenido la experiencia de no poder explicar con palabras, en un determinado momento, una apreciación, un recuerdo desagradable o un sentimiento y de cómo naturalmente recurrimos a un símbolo o a una metáfora para expresarnos. Seguramente también hemos tenido la experiencia de cambiar nuestra opinión acerca de algo o de influir en la percepción de alguien a través de un cuento, una anécdota o un chiste; a lo mejor, después de salir de una conferencia no recordemos muy bien los principios teóricos expuestos pero sí las historias que usaron para ejemplificarlos.

Esta riqueza del lenguaje es aprovechada por la psicoterapia breve. Para alguien por ejemplo, puede ser difícil hablar de sus temores más profundos, pero puede simbolizarlos y puede también simbolizar los recursos internos que tiene para eliminarlos o transformarlos, reafirmando lo positivo que hay en él. Puede también ir hacia atrás y reconstruir historias, dando un nuevo valor y significado a sus vivencias; puede ir hacia adelante, futurizando, e imaginarse libre de esos temores, sintiéndose tan bien como se quiera sentir, actuando como quiere actuar, logrando sus objetivos.

Alguien puede estar renuente a aceptar que con su comportamiento está provocando determinadas reacciones, pero si escucha una historia similar es probable que vea reflejada allí su propia realidad y pueda cambiar en consecuencia; las anécdotas refiere Zeig (1985), son útiles para: ayudar a las personas a reconocerse tal cual son, formular una opinión, sugerir soluciones, sembrar ideas e intensificar motivaciones, reencuadrar o redefinir un problema, y reducir las resistencias puesto que al ser un lenguaje indirecto no implican amenaza; además, captan el interés del oyente y fomentan el sentimiento de que el cambio proviene de su decisión y no de la directiva del terapeuta.

Existen algunas cuantas cosas sencillas que se pueden hacer para que nuestra conversación favorezca el cambio; una de ellas consiste en utilizar las mismas palabras, expresiones idiomáticas o metáforas que usa el consultante; si por ejemplo nos habla del libro negro para referirse a algo que considera debe estar oculto en su vida, retomamos esta expresión para señalar esto que él quiere expresar; si habla de discusión y no de pelea utilizamos entonces el término discusión; si habla de un

"problema de actitud" nos referimos a esa conducta con sus palabras y detallamos qué entendería por actitud con preguntas como por ejemplo, ¿cómo notaría que su actitud ha cambiado?

De hecho, esta pregunta representa otra forma sencilla de promover el cambio y consiste en presuponer. En ella se da por hecho que va a ver un cambio de actitud y lo que se pregunta es cómo lo notará. La presuposición es una forma de lenguaje en el que ciertas ideas o experiencias se dan por sentadas sin que se las enuncie directamente. Así, si el terapeuta pregunta, ¿qué será diferente en tu vida cuando la terapia termine exitosamente?, no sólo está pidiendo información sino que también está introduciendo implícitamente la idea de que la terapia tendrá éxito (O'Hanlon, 1990).

Igual que es imposible no comunicar, es igualmente imposible hablar sin revelar las presuposiciones que tenemos en la vida. Expresiones como "No voy a encontrar a alguien que me quiera", "me va a ir mal", "soy un tipo de malas", son construcciones de la realidad cotidiana que presuponen que las cosas siempre van a salir mal y que terminan siendo profecías que se autocumplen. Se trata del poder creador de realidad que tienen los temores, las expectativas, las suposiciones o las convicciones sobre acontecimientos futuros, que se cumplen solo porque su cumplimiento es fuertemente creído o esperado.

En estos casos vale la pena introducir la duda sobre tales afirmaciones; al fin y al cabo todo no es blanco o negro, sino que existen muchas gamas de grises. La búsqueda de excepciones es una técnica muy apropiada para ello, que en términos sencillos se basa en la idea de que nada ocurre siempre ni nada es siempre lo mismo. Así, por ejemplo, a alguien que enuncia que "nada le sale bien", podemos orientarle para que busque hechos en los que las cosas le han salido bien y por tanto contradigan esta premisa, o ayudarle a encontrar algún éxito pasado. Si argumenta que el hijo siempre se porta mal, podemos proponerle que observe en el transcurso de la semana algunos comportamientos positivos que ocasionalmente pueda hacer o preguntar si siempre es siempre y si acaso no haya una que otra excepción, centrándonos en todo caso en atender a lo que sucede cuando existe esa excepción.

Es un tanto como buscar relatos alternativos para las historias que respaldan nuestra vida y que han sido contruidos a lo largo del tiempo, a través de la experiencia vivida, sobre la base de un relato dominante. Sin embargo, gran parte de nuestro bagaje de experiencias queda sin relatar y nunca es contado o expresado. Estos aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante, constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad, para la generación o regeneración de relatos alternativos. Son los llamados por White (1994), acontecimientos extraordinarios y que incluyen una gama de sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones etc., los que son dejados de lado y que pueden cambiar totalmente el significado y valor de un acontecimiento.

Resulta útil encausar el lenguaje, alejándolo de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas para llevarlo hacia descripciones de comportamientos que se encuentran en el lenguaje cotidiano. Es mucho más fácil tratar a una persona si sabemos qué es lo que hace a que si la rotulamos como esquizofrénica, obsesiva-compulsiva, fóbica o hiperactiva. Es más fácil manejar acciones que características fijas. De igual manera es más fácil que se propicie el cambio si en lugar de hablar de que "soy un depresivo" se hable de que "estoy pasando por un mal momento y estoy triste".

La técnica de la externalización por medio de la cual el problema es puesto fuera del individuo como entidad aparte y separada, es de gran utilidad en estos casos. Se

manejan preguntas que marcan esta idea, como por ejemplo, si plantea que es miedosa, se le puede preguntar desde cuándo se le ha metido ese miedo, manejando de paso la idea implícita de que si es algo que se le ha metido, se puede salir o si alguien dice que es un fracaso, se le puede preguntar desde cuándo ha comprado ese rótulo, y quién se lo ha vendido, buscando después acontecimientos extraordinarios que den prueba de que no ha sido siempre miedosa o un fracaso, que han habido momentos de valentía o exitosos y que por tanto contradicen esa historia que nos trae.

Aquí no sólo podemos hacer uso del lenguaje oral sino también del lenguaje escrito que tiene grandes ventajas y posibilidades terapéuticas; por ejemplo, se le puede pedir que busque y nombre testigos que den fe acerca de esos momentos en los que fue exitosa o valiente y pedirle entonces que se escriba una carta a sí misma desde esa persona destacando esos recursos que tiene, que ellos vieron y que le permitieron en ese entonces salir adelante. Alguien que está muy enojado con la madre por todo lo que siempre le ha hecho, se le puede pedir que le escriba una carta expresándole su coraje y luego podemos pedirle que se conteste a sí mismo esa carta desde el lugar de la madre. Las cartas, entre otros medios narrativos, ofrecen la posibilidad de reescribir historias y por tanto ofrecer nuevas construcciones que alienten al cambio (White, 1993).

La utilización consciente y creativa del lenguaje es la principal herramienta del terapeuta interesado en promover cambios, haciendo de la terapia un ejercicio breve, creativo, agradable y divertido.

APLICACIONES

La psicoterapia breve sistémica ha sido aplicada con gran efectividad en la resolución de problemas emocionales y de conducta tanto en individuos como en parejas y familias. Es extensa la bibliografía que señala la aplicación de esta propuesta terapéutica en el tratamiento de depresión, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos psicósomáticos, fobias, trastornos sexuales, ansiedad, agresividad, enuresis, encopresis y reacciones esquizofrénicas entre muchos otros exitosamente tratados.

Ahora bien, el trabajo realizado por Nardone (1992), evaluando los resultados obtenidos mediante intervenciones basadas en la Psicoterapia Breve, en 132 casos, presenta de forma clara y sistemática la eficacia de los mismos, tomando como criterio la valoración del resultado final de la terapia, evaluada por medio de categorías como casos resueltos, casos muy mejorados, casos poco mejorados, casos sin cambio alguno y casos empeorados, así como la permanencia de los resultados en el tiempo, en un año de seguimiento. Los resultados pueden verse en la tabla 1.

En la tabla 1 queda claramente demostrada la eficacia del tratamiento con un alto porcentaje de éxito obtenido en la completa resolución del problema al final de la terapia y la ausencia de recaídas en el espacio de un año de seguimiento, lo cual desmiente la suposición compartida por muchos terapeutas, de que las terapias breves son superficiales y sintomáticas y que, por ello, suponen inevitablemente recaídas en el problema originario o desplazamientos del síntoma a cierto tiempo de distancia.

Tabla 1. Eficacia del tratamiento y porcentajes de éxito

Eficacia del tratamiento. Seguimiento a un año						
Tipo de problema	Casos resueltos No. %	Casos muy mejorados No. %	Casos poco mejorados No. %	Casos sin modificar No. %	Casos empeorados No. %	Casos tratados No. %
Trastorno fóbico	32 78	7 17	2 5	— —	— —	41 100
Trastorno obsesivo	17 71	— —	6 25	1 4	— —	24 100
Trastorno sexual	10 67	2 13	3 20	— —	— —	15 100
Problemas de pareja	9	— —	— —	— —	— —	9 100
Problemas de identidad y relación	8 57	3 21	3 21	— —	— —	14 100
Trastorno depresivo	8 80	— —	2 20	— —	— —	10 100
Desórdenes alimentarios	4 67	— —	1 17	1 17	— —	6 100
Psicosis o presuntas psicosis	2 15	7 54	2 15	2 15	— —	13 100
Total	90 69	19 14	19 14	4 3	— —	132 100

A continuación presento dos casos que ejemplifican la aplicación de las diferentes técnicas y estrategias presentadas en este capítulo.

- Una niña con "fobia escolar"

Marina es una niña de cinco años que acude con su familia, el padre, la madre y dos hermanos a terapia, una vez que la psicóloga del colegio la remite a terapia familiar, bajo el diagnóstico de fobia escolar. A la primera sesión acude toda la familia y narran el problema de Marina, quien desde hace tres meses se niega a ir al colegio, haciendo berrinches, enfermándose, llorando desesperadamente cuando logran dejarla y permaneciendo aislada de los otros niños. Al preguntarle acerca de esto que le pasa dice que es una niña muy miedosa y no como su hermano. Se señala que ahora está pasando por un mal momento y que por eso está miedosa; se pregunta entonces a la familia que desde cuándo y cómo se le metió el miedo a Marina; respondieron que desde hace cinco meses en que asaltaron al padre y que, comenta la niña, que en la delegación a la que fueron habían muchos casos de niños robados. En esta sesión se reforzó la idea de que ese miedo se había metido desde entonces y como la hacía sufrir, había que sacarlo. Se exploró la dinámica familiar encontrándola flexible, con límites claros y funcional.

A la siguiente sesión llegó Marina cargando un osito con listón rosa, que siempre llevaba a la escuela y con una cara muy sonriente. Los padres informaron que la niña había ido tranquilamente al colegio y que esperaban que la situación continuara de la misma manera. Se afirmó la idea de que el miedo ya no estaba haciendo énfasis, en

la diferencia que había para toda la familia entre antes, cuando estaba el miedo, y ahora que no estaba. Se les pidió entonces que hablaran al mes y medio para informarnos al respecto. Para ese entonces, habló la madre para comunicar a la terapeuta que Marina continuaba asistiendo sin ningún problema al colegio y comentó al finalizar la llamada, en forma jocosa, que el listón ya se había perdido.

- Una mujer con "ideas obsesivo compulsivas"

Martha es una mujer de 26 años que acude a consulta acompañada de su madre, quien es la que toma la palabra para explicar el caso, mientras M. permanece callada, con la mirada hacia abajo. La madre señala que M. ha descuidado considerablemente su arreglo personal y que tiene unas ideas muy raras que no se explica de dónde han salido. Estas ideas son frases que acuden a la mente sin que ella quiera y que le dicen "pido sida", "quiero sida", "dame sida" "necesito sida". Al preguntar cómo la ha afectado este problema y cómo ha afectado a los demás, habla acerca de que su matrimonio se ha destruido por esto y que ahora vive en casa de los padres, que han asumido una actitud extremadamente protectora con ella. De hecho, ahora giran en torno a lo que le está pasando.

Se establece un límite con la familia pidiéndole que estimulen la idea de asistir sola a la terapia para ayudarla a sentirse más segura de sí misma. Así, ella acude sola y al preguntar desde cuándo ha sucedido, hace referencia a una infidelidad que tuvo antes de casarse y a la culpa que experimentaba por haberse casado de blanco, engañando a su familia y a su esposo. Poco tiempo después comenzaron las ideas, de las que no hablaba a nadie y que se quitaban si deshacía lo que en ese momento estaba haciendo; si por ejemplo, se estaba vistiendo, entonces tenía que desvestirse y volver a hacerlo de otra manera. Se establece entonces una atmósfera de contacto y aceptación personal, aceptando sin cuestionar sus ideas obsesivas.

Se comenzaron a revisar las construcciones que otorgaban a ese hecho tal sentido, valor y significado, ofreciendo nuevas alternativas de lectura de los hechos y pidiendo como tarea que diera libertad a esos pensamientos y que no tratara de frenarlos para que así pudiera saber cuándo sucedían, a qué horas, en qué contexto. Fue así como detecté que éstos surgían principalmente en momentos relacionados con el cuidado y el arreglo personal y que, detrás de ello, estaba la premisa de temer ser atractiva y provocar a otros hombres. Esta creencia había traído una consecuencia concreta para su vida: había dejado de ser atractiva para el hombre que amaba, para su esposo. Hablo de su deseo de ser atractiva para él y de su interés de rehacer la pareja.

Basada en la idea de que una modalidad para modificar un síntoma es cambiar la intensidad del síntoma, así como hacer que éste se presente sin la pauta-síntoma, hice una inducción hipnótica y le pedí que tomara una de las frases, la que menos le molestara, y escuchara como se oía esa voz en su cabeza; le pedí que imaginara cómo a esa voz, ella le iba subiendo el volumen haciéndose más fuerte, mucho más fuerte y más molesta. Luego le sugerí que fuera bajándole el volumen, cada vez más hasta hacerse imperceptible. Este ejercicio se hizo con las cuatro frases y fue a partir de él que pudo expresar en voz alta las frases, sin temor a que, por expresarlas, se cumplieran.

Al preguntar acerca de cómo otros contribuían a que permaneciera este problema, tomó contacto con la intromisión de la familia, que consideraba lo que estaba pasando como resultado de su mala elección. Se preguntó a sí misma cómo había

permitido que sus padres interfirieran tanto en su vida de pareja, siempre protegiéndola y condenando al esposo por el comportamiento raro de ella. Esto la llevó más tarde a poner límites con su familia, regresando a su departamento, hecho considerado por los padres como indecente, aún más cuando el esposo no había regresado. Para entonces ella comprendió que unas creencias podría compartir con su familia pero que otras no, y que esto era parte de ese proceso de individuación. Las ideas para ese momento ya habían desaparecido totalmente. Seis meses después aún persistía el cambio, reportando la paciente haber comenzado a disfrutar su relación de pareja.

PERSPECTIVAS

Si bien es cierto que el desarrollo de la Psicoterapia Breve Sistémica es reciente, también es cierto que en los últimos años ha tomado gran fuerza y se proyecta al futuro como la alternativa más viable, no solamente porque una realidad que ha obtenido reconocimiento en los últimos años es que la terapia no necesita ser prolongada para ser eficaz, sino también porque el tiempo en que vivimos exige soluciones rápidas, accesibles a un mayor número de personas, no sólo por la inversión en tiempo que representa para el consultante, sino también por la inversión económica derivada de ello.

Los tiempos han cambiado. La concepción de la naturaleza del problema ha cambiado. La postura del terapeuta ha cambiado. Las demandas de los consultantes han cambiado y en ese cambio la Psicoterapia Breve Sistémica está dando y continuará dando respuestas, una vez que la psicoterapia breve es práctica, ofrece soluciones, alienta al cambio, promueve la independencia del consultante y lo alienta a seguir en la lucha confiando en sí mismo, en sus capacidades y recursos.

CONCLUSIONES

Son muchos los casos que pudiera seguir enunciando y que se han constituido en tratamientos exitosos. También han habido casos en los que el éxito no se ha logrado por diferentes factores que aún debo comprender; sin embargo, de lo que estoy segura, es que las probabilidades de éxito han aumentado para mí, en relación directa con la utilización creativa de las diferentes técnicas que aportan las diferentes escuelas y modelos derivados de la psicoterapia breve sistémica, que parten de la idea de que la resolución de los problemas requiere la ruptura del sistema circular de retroacción que mantiene la situación problemática, la definición de la situación, y la consecuente modificación de las percepciones y de las concepciones del mundo que constriñen a la persona a respuestas disfuncionales.

El terapeuta, desde esta perspectiva, se centra en la idea del cambio como objeto terapéutico y contemplando la naturaleza interaccional de los problemas, orienta su interés y valoración en: a) lo que sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo; b) cómo funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema relacional; c) cómo el sujeto ha intentado resolver el problema; d) cuáles son los marcos de referencia en los que se inserta el problema y las soluciones

intentadas; y cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

En este sentido, la psicoterapia breve sistémica nos proporciona un método, un sistema para realizar la intervención ordenadamente y lograr con ello el objetivo terapéutico: posibilitar al que lo solicita, la solución del problema que le aqueja, lo cual redundará en su bienestar, desarrollo y crecimiento.

REFERENCIAS

- Bateson, G. (1974). *Interacción familiar*. Argentina: Tiempo Contemporáneo.
- Bateson, G. (1993). *Espíritu y naturaleza*. Argentina: Amorrortu.
- Bertalanffy, L. (1986). *Teoría general de los sistemas*. México:
- Buckley, W. (1982). *La sociología y la teoría moderna de los sistemas*. Argentina:
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- Haley, J. (1985). *Terapia para resolver problemas*. Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1991). *Las tácticas del poder de Jesucristo*. España: Paidós.
- Imber-Black, E. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Argentina: Gedisa.
- Kris, J. (1984). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. España: España.
- Keeney, B. (1992). *La improvisación en psicoterapia*. España: Paidós.
- Liliendfeld, R. (1991). *Teoría de sistemas*. México: Trillas.
- Maturana, H. (1992). *El sentido de lo humano*. Chile: Hachete.
- Nardone, G. *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. (1989). *Raíces profundas*. Argentina: Ed. Paidós.
- O'Hanlon, W. (1990). *En busca de soluciones*. España:
- Robles, T. (1990). *Concierto para cuatro cerebros*. México: Instituto Milton Erickson.
- Robles T. (1991). *Terapia cortada a la medida*. México, D.F.: Instituto Milton Erickson.
- Shalanger, K. *Historia del Mental Research Institute, Palo Alto, California*. Manuscrito inédito.

Watzlawick, P. (1986). Cambio. España: Herder.

Watzlawick, P. (1986). El lenguaje del cambio. España: Herder.

Watzlawick, P. (1989). Teoría de la comunicación humana. España: Heder.

Watzlawick, P. (1992). *La coleta del barón de Münchhausen*. España: Herder.

White, M. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.

White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa.

Zeig, J. (1985). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Argentina: Amorrortu.

LA PSICOTERAPIA GESTALT

Héctor Salama Penhos
Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt

ANTECEDENTES

El mundo actual es un mundo en crisis que cada vez tiene más retos que demandan gente con mayor preparación para poder hacer frente a la vida moderna; por ello, en este artículo se enfatizará el enfoque gestáltico como uno de los más adecuados al desarrollo del potencial humano abanderado por Maslow.

Puede verse así que el campo del conocimiento humano va conformando nuevas necesidades, y un flujo constante de un conocimiento a otro y que en ese ir y venir, es el hombre quien transforma y se transforma en relación dialéctica con el mundo y para hacerlo de manera óptima, necesita sentir, vivenciar, descubrir, explorar. Sólo después de vivir estos procesos psicológicos, cobran importancia otros como pensar, conceptualizar y comprender.

La *Escuela de la Gestalt* se centró en el estudio de la percepción visual. Los gestaltistas descubrieron que el ser humano percibía *totalidades* organizadas como *configuraciones* que aparecían en la experiencia directa del individuo. Werthamer (1880-1943), Köhler (1887-1967) y Koffka (1886-1941) fueron los precursores de esta escuela, la cual se presentaba como una reacción contra el punto de vista tradicional de la psicología antigua representada tanto por el *funcionalismo* como por el *estructuralismo*.

También la *Escuela de Austria*, que creció con la influencia del trabajo fenomenológico de la percepción en la psicología de la gestalt, se opuso al estructuralismo y a su análisis del consciente en elementos y la exclusión de valores y al *behaviorismo* por su exclusión del consciente.

Mientras que los behavioristas objetaban al estructuralismo como resultado de la subjetividad de los datos con los que trabajaban, los psicólogos de la gestalt se oponían a que pudiera estudiarse algo tan complejo como la conducta humana analizándola en forma de elementos; según la teoría de la gestalt, cuando se hace esto se destruye la unidad de los fenómenos que están siendo estudiados. El carácter atomístico de la psicología antigua fue la objeción principal de la psicología de la gestalt .

Al principio, la psicología de la gestalt centró gran parte de sus estudios en investigaciones sobre la percepción, luego se extendió a otros campos como el aprendizaje, la conducta social y el pensamiento.

El nacimiento de la psicología de la gestalt se sitúa en 1912 con los anteriormente citados Werthamer, Köhler y Koffka y sus experimentos sobre la percepción del movimiento. Werthamer y sus alumnos idearon el fenómeno *phi*, el cual consiste en presentar visualmente dos focos en serie, algo distantes entre sí y al darse un inter-estímulo los hace aparecer como si estuvieran en movimiento.

Köhler determinó que el proceso de aprendizaje es secundario a la percepción, para aprender es necesario descubrir la respuesta adecuada, la cual depende de la estructuración del campo y del surgimiento de una gestalt. Cuando nace una gestalt o figura por medio de un insight surge el *darse cuenta* de dicho momento, el cual aparece como si fuera un "flash". El verdadero insight se caracteriza por la producción de una nueva conducta, la cual podrá repetirse y aplicarse a una situación semejante a la original donde surgió el aprendizaje.

DESARROLLO

La palabra gestalt se refiere a una entidad específica concreta, existente y organizada que posee un modelo o forma definida. Gestalt significa cómo se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria. A la *psicología de la gestalt* se le conoce también como *Teoría del Campo* (Lewin), debido a que la Gestalt considera que la conducta tiene lugar en un medio ambiente que consiste en un sistema organizado de tensiones y fuerzas, análogas a las que se dan en un campo gravitacional o magnético. Las necesidades están determinadas por la naturaleza del organismo, su esencia, que se actualiza a través de los cambios en el ambiente que actúan sobre él, distinguiendo lo que para el individuo permanece en primer término (*figura*) sobre lo que estaría en último término (*fondo*).

La figura destaca del fondo, siendo más substancial y más estructurada, suele ser el foco de atención. El fondo sirve de marco donde se halla suspendida la figura, carece de detalles y puede ser ajeno a la atención. Perls (1893-1970) junto con Posner (1905-1990) en 1942 añadieron a las percepciones externas estudiadas por los psicólogos de la Gestalt las Percepciones Internas, las gestalten o necesidades que se forman en el organismo.

Fritz Perls y Laura Perls fueron cofundadores de la *Terapia Gestalt* y cada uno le imprimió su sello característico; mientras que para Laura era muy importante el *ritmo*, para Fritz era la *armonía* del cuerpo. Ellos utilizan la palabra *desestructuración* y *re-estructuración* por ser fuerzas kinestésicas con las cuales se crece evitando utilizar la palabra destrucción.

En términos generales se puede hablar de tres corrientes de la psicología que han ido conformándose históricamente. Así, el psicoanálisis freudiano y otras psicoterapias dinámicas nacieron en su época para responder y hacer frente al momento histórico de gran represión sexual. Más adelante, en los comienzos del siglo XX, la tecnología reemplazó al hombre por las máquinas, lo que generó la "edad de la ansiedad", con su respectivo surgimiento de las terapias de modificación de conducta. Finalmente, en la última parte de este siglo aparecieron los enfoques humanístico-existenciales de psicoterapia, debido a la despersonalización que sufría el ser humano en ese período de la historia, en que tanto se hablaba de la edad de la alienación o de despersonalización o aburrimiento por el ocio.

Tomando en cuenta el orden en que aparecieron, las teorías se clasifican en: a) teoría psicoanalítica freudiana (primera fuerza), b) teoría conductista-positivista (segunda fuerza), y c) teoría humanista o existencial (tercera fuerza).

Esta última fue fundada por Abraham Maslow, quien la clasifica como una *psicología del ser* y no una *psicología del tener*. A este mismo grupo pertenecen la psicología organísmica de Goldstein, el psicodrama de Moreno, la terapia racional emotiva de

Ellis, el análisis transaccional de Berne, la logoterapia de Frankl, la psicoterapia centrada en el cliente de Rogers, la bioenergética de Lowen y la psicoterapia gestalt de Perls.

La terapia gestalt es un modelo de psicoterapia que percibe los conflictos y la conducta social inadecuada como señales dolorosas creadas por polaridades. Conflicto que puede ser de naturaleza interna al individuo (intrapsíquico) o puede manifestarse en la relación inter-personal entre dos individuos (inter-psíquico). Este enfoque centra la atención en la conducta presente y exige la participación activa del terapeuta para facilitar en el paciente el proceso de *darse cuenta* de sí mismo, como un organismo total que es, aprendiendo así a confiar en él obtiene el desarrollo óptimo de todo su potencial.

Lo innovador de esta corriente es que se ocupa tanto del síntoma como de la existencia total del individuo. Es un concepto holístico que incluye también al ambiente con el que interactúa afectándolo y siendo afectado por el mismo.

La gestalt hace énfasis en la toma de consciencia de lo que ocurre en el momento inmediato, se centra en la importancia del proceso del "darse cuenta", la observación de la conducta en el *aquí y ahora* y el estudio de la *fenomenología humana*.

La terapia gestalt trasciende las técnicas psicoterapéuticas y se convierte en una filosofía de vida tomada del existencialismo donde pueden desprenderse algunos principios básicos:

- La existencia humana es considerada como una "actualidad absoluta", no es algo estático, sino que se está creando a sí misma en un constante proceso de re-creación.
- El hombre se halla esencial e íntimamente vinculado con el mundo y en especial con los demás seres humanos.
- Rechaza la distinción entre "sujeto y objeto" y los visualiza en un *todo*. De ahí que la gestalt se atribuye su carácter holístico.
- No da importancia al aspecto intelectual dentro del campo de la filosofía. Menciona que no es la inteligencia la que logra el conocimiento verdadero, sino que es necesario vivir la realidad.
- Es la experiencia *per se* del momento inmediato la que sirve para el aprendizaje.
- En el concepto de "continuo de conciencia, manejado en la terapia gestalt, se hace obvia la importancia del aquí y ahora.
- Lo importante del encuentro existencial es el yo-tú buberiano. La terapia gestalt consiste en atender a otro ser humano en tal forma que le permita *ser lo que realmente es* con fundamento en el poder que lo constituye como lo menciona Kierkegaard.
- Para la terapia gestalt es esencial la experiencia, el vivenciar para que se dé así un aprendizaje efectivo.
- Se evita, en la medida de lo posible, hablar "Acerca de".

De las filosofías orientales como el *tao* y el *budismo zen*, la terapia gestalt toma los principios que se detallan a continuación:

- Destaca la experiencia sobre la filosofía abstracta.
- Para comprender la realidad es importante verla tal como es, sin analizarla ni dividirla en fragmentos, captándola en su unidad y en nuestra totalidad con ella.
- La existencia presenta tres características principales: (a) inestabilidad, (b) *deseintegración* y (c) *insatisfacción*.
- Todo el universo está compuesto de *polaridades*, lo mismo se aplica a la existencia.
- Lo obvio. Es la atención y el darse cuenta en el aquí y ahora.
- El aquí y ahora. Se refiere a estar en el momento presente. La angustia y la ansiedad surgen cuando se pasa del ahora al futuro.
- El arse cuenta o *awariness*. Se caracteriza por el contacto, el sentir la excitación y la formación de una gestalt.
- Equilibrio. No es el punto medio estático, se trata de un ir y venir dinámico.
- Permitir el fluir natural de las cosas.

La terapia gestalt ha incluido diversos conceptos de la existencia, tanto de oriente como de occidente, en un intento de unir polaridades con el conocimiento de que en la comprensión de las mismas estriba el crecimiento del individuo en lo personal y de la sociedad en lo general.

Las relaciones entre los seres humanos se basan en satisfacer las necesidades, tanto biológicas, como psicológicas y sociales. El *contacto* es la puerta de entrada para la resolución de dichas necesidades.

Martín Buber menciona que el contacto es el encuentro existencial compartido entre dos personas. La calidad del contacto, en su forma más desarrollada corresponde a la relación *yo-tu*, incluye el reconocimiento y la aceptación de ambas personas que participan en el encuentro, sus diferencias y sus semejanzas, sin que una de ellas necesite a la otra para ser diferente a como es.

El contacto del terapeuta se obtiene con la empatía y la habilidad que el profesional tenga para imaginarse la experiencia de la otra persona, mientras conserva la propia identidad. El contacto aparece en el encuentro terapéutico cuando el terapeuta comparte empatía, interés y acepta la vivencia del paciente como ésta es, sin juzgarla.

Buber atribuye a la relación *yo-tu* todo lo que ocurre entre dos personas cuando se inter-relacionan la una con la otra y analiza incluso los silencios o cuando entre ellas se comunican en silencio.

Fritz Perls tomó de Reich el concepto de *carácter* como un mecanismo de defensa, el carácter es una gestalt compuesta o arreglada señala Laura Perls, quien habla de las *resistencias* como *fijaciones* en donde éstas sirven para algo, cualquier resistencia es originalmente adquirida como una ayuda para algo, es decir, un sistema de soporte al carácter.

Es conveniente distinguir las tensiones y trabajar con ellas, tener fijaciones que se experimentaron en el pasado y traerlas a la actividad actual involucra a todos los músculos del cuerpo

Martín Buber menciona que el contacto es el encuentro existencial compartido entre dos personas. La calidad del contacto, en su forma más desarrollada corresponde a la relación *yo-tú*, incluye el reconocimiento y la aceptación de ambas personas que participan en el encuentro, sus diferencias y sus semejanzas, sin que una de ellas necesite a la otra para ser diferente a como es.

La terapia gestalt toma al individuo como un *todo* toen relación a otros *todos* que lo engloban por lo que, es fácil suponer que el ser humano afecta y es afectado por el ambiente. Los introyectos tragados desde la infancia son los que crean la neurosis en tanto la persona cree como verdadero lo que no fue asimilado.

En gestalt se trata de poner a prueba las creencias del individuo con el objetivo de que elija lo que realmente es sintónico con su *yo* y deseche lo que le es distónico.

Para Perls no existen dos instintos básicos sino múltiples y el organismo tiende a responder en la vida en forma similar a cómo aprendió a comer.

Todos nosotros crecemos mediante el ejercicio de la capacidad de discriminar, la que en sí misma, en función del límite de contacto entre *lo propio* y *lo otro*. Se crece cuando en el proceso de tomar, digerimos y asimilamos plenamente, después de lo cual, lo que realmente hemos asimilado pasa a ser nuestro.

El libro *Ego, Hambre y Agresión* escrito entre Fritz Perls y Laura en 1942 puede ser considerado como el precedente de la psicoterapia gestalt. Sin embargo ésta nace como tal en New York hacia 1950 con los Perls, Goodman y Hefferline al crearse el primer instituto de gestalt en el mundo con formación para terapeutas..

En 1952 se funda el *Gestalt Institute of Cleveland* dirigido por Laura Perls el cual puede ser considerado como la matriz creativa de la gestalt por la difusión de maestros como Zinker, Polster, Simkin e Isadore Fromm entre otros.

Entre 1955 y la actualidad se crean decenas de institutos gestálticos en los cinco continentes siendo el *Instituto de Psicoterapia Guestalt* el primero en llevar a la gestalt a la academia al crear la primera Maestría en Psicoterapia Guestalt (1991) en el mundo y tener en trámites de validez oficial doce especializaciones y un doctorado de investigación en guestalt.

CONCEPTOS BÁSICOS

Además de los conceptos tomados de las filosofías anteriormente citadas, podemos mencionar los siguientes:

Autoregulación organísmica

Se refiere al proceso que se lleva a cabo para lograr el equilibrio homeostático. Este se da a un nivel no consciente por lo que no implica una tarea para el organismo.

Para Fritz coexistía además la *regulación debeística*, basada en la satisfacción parcial de las necesidades del y dividido de acuerdo con lo que debería o no debería ser (1976). Todo control, incluso el control externo interiorizado (Tú Debes), interfiere con el funcionamiento sano del organismo.

Capas o estratos de la neurosis

Para vivir plenamente, el neurótico tiene que romper las capas que se ha construido por encima de él mismo. Este tema abarca dos aspectos de la personalidad:

En cuanto a la manera de ser: a) El lugar común o *señales*: Se refiere al intercambio de formalidades, palabras sin contenido afectivo con el fin de no establecer un contacto real y b) Representación de un papel o un como sí, que es el conducirse de tal manera que la persona no asume lo que verdaderamente siente.

En cuanto al momento existencial: a) *Callejón sin salida o estrato fóbico*, es donde se encuentran los roles de opresor (*Top Dog*) y oprimido (*Under Dog*). También están las resistencias a ser lo que se es realmente. Es un sentimiento de pánico de estar perdido y no saber qué hacer. b) *Implosión o estrato del impasse*. Aquí se da el temor a la *nada* y a la muerte los sentimientos se encuentran contraídos y c) *Explosión*, que es cuando se resuelve el conflicto entre las fuerzas opuestas de la misma magnitud por medio de un sentimiento espontáneo. Se distinguen cuatro tipos esenciales de explosión: estallidos de ira, alegría, aflicción y orgasmo. Cuando se logra lo anterior se llega al sentimiento de confianza donde se afirma la creatividad y se es auténtico. A este estrato se le conoce como: *vida*.

Contacto

En gestalt se le toma como un arse cuenta sensorial aunado a una conducta motora. Al concepto más importante dentro de este apartado se le llama *límite ó frontera de contacto*, que es aquello que enmarca lo que ocurre entre el individuo y su ambiente.

Fritz propone que podemos entrar en contacto a través de tres zonas de relación: a) La zona externa que es todo lo que existe de la piel para afuera, b) La zona interna que es todo lo que existe de la piel para adentro y c) La zona de la fantasía que incluye los pensamientos, conceptos, imágenes, sueños, etc. .

El contacto es básicamente un darse cuenta de una conducta hacia lo nuevo y asimilable. Lo que permanece siempre igual es indiferente para el organismo con lo que se concluye que el contacto es creativo y dinámico.

Figura-fondo

Para la psicoterapia gestalt es figura todo aquello que es foco de atención y que ocupa un lugar predominante en su necesidad de resolución. El fondo es donde destaca la figura y cuanto más discriminado se halle éste más fácil será resolver la necesidad. Esto significa que cuando la figura y el fondo no conforman una gestalt clara o cuando los impulsos no pueden ser expresados aparece la patología.

Holismo

Este concepto para Perls implica ver al ser humano como un organismo unificado donde el todo es diferente a la suma de las partes y que alterada cualquier parte se altera el todo.

Self

Puede ser tomado como la frontera del organismo. Es una entidad dinámica. Se le conoce como el complejo sistema de contactos necesario a para la adaptación del organismo.

Top Dog y Under Dog

Se definen como los opuestos que sirven a innumerables papeles específicos. Los roles básicos son: "tú debes" y "no puedo".

Vacío

Surge de una oposición al darse cuenta.

TÉCNICAS

Perls adaptó, combinó, utilizó y nunca cesó de crear técnicas retomando lo mejor de otras corrientes y así convertir a la gestalt en una terapia integrativa.

De la *asociación libre freudiana* retomó la idea de apoyar el *darse cuenta*, a través de cambiar la atención del contenido a la forma; de Reich tomó lo que éste entendía sobre las *resistencias* como un suceso motriz y el reconocimiento de la importancia de la expresión; de Karen Horney extrajo la *tiranía de los debieras*, que probablemente a través del tiempo Fritz derivó en el *top dog* o *perro de arriba*; del psicodrama de Moreno, la actuación de los conflictos; de la dianética, la *revivificación* de episodios traumáticos y las técnicas de repetición de frases; del budismo zen tomó la regla de minimizar el intelecto; de Berne obtuvo los diferentes *juegos* que todos jugamos.

El sello característico de la gestalt, no obstante, es el cariz vivencial de sus técnicas, las que fueron copiadas por diversas corrientes humanistas. Lo básico en gestalt es el experimento, es decir, el proceso que enfatizado en la experiencia interna del paciente facilita el modificar la conducta de la persona en el aquí y ahora de la sesión terapéutica, de manera sistemática y nutriente.

Las técnicas aplicadas en la psicoterapia gestalt pueden dividirse en dos grandes áreas interdependientes entre sí que son: supresivas y expresivas, las cuales se definirán a continuación:

Supresivas

Sirven para dejar de hacer lo que sea necesario, para descubrir la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad y son las que se mencionan a

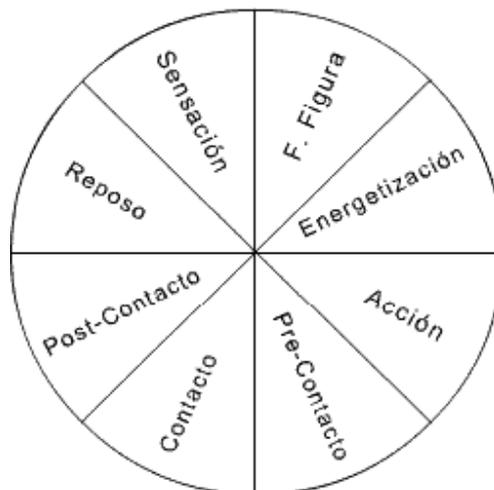
continuación: Experimentar el *vacío*, no hablar *acerca de...*, descubrir los *debeísmos*, encontrar las formas de *manipulación*, saber formular *preguntas* y *respuestas*, captar cuando se pide *aprobación*, darse cuenta de cuando se está *demandando* o *exigiendo*.

Expresivas

Reúne la energía suficiente para hacer frente al contenido del darse cuenta del paciente, ya sea intensificando la atención o exagerando la acción deliberadamente y son las que se nombran en seguida: expresar lo *no expresado*, terminar o *completar la expresión*, buscar la dirección y hacer la *expresión directa*.

METODOLOGÍA

En gestalt es indispensable trabajar con una metodología en base al *ciclo de la experiencia* como el que se describe a continuación:



En donde, mediante estrategias terapéuticas específicas, se localizan los bloqueos o resistencias gracias al *Test de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama*; su objetivo es llegar a que el individuo se libere de la energía interrumpida y fluya libremente.

Las fases del ciclo son las siguientes: reposo, sensación, formación de la figura, energetización, acción, pre-contacto, contacto y postcontacto.

-*Reposo*: Representa el equilibrio y punto de inicio de una nueva experiencia. Tiene el mismo valor la necesidad fisiológica como la psicológica, por lo que el inicio de esta fase está conectada a la necesidad emergente, sea cual fuere.

-*Sensación*: Determina la identificación en la zona interna al sentir físicamente una tensión de algo que aun no se conoce.

- *Formación de la figura*: En esta fase el organismo ha diferenciado lo que le pertenece y necesita satisfacer. Se concientiza la sensación. Se establece el contacto con la zona de la fantasía ó intermedia.

-*Energetización*: En esta Fase se reúne la energía indispensable para llevar a cabo lo que la necesidad demanda. Se potencia la energía hacia la acción.

-*Acción*: En esta etapa ocurre el paso a la parte activa movilizando la energía del organismo hacia el objeto relacional. Se actúa ya en la zona externa.

-*Pre-contacto*: Es cuando se identifica el objeto relacional para contactar. El organismo localiza la fuente de satisfacción y se dirige hacia ella.

-*Contacto*: En esta fase se establece el contacto pleno con el satisfactor y se experimenta la unión con el mismo. El organismo experimenta placer ante la necesidad que está satisfaciendo.

-*Postcontacto*: En esta etapa da comienzo la des-energetización hacia el Reposo junto con los procesos de asimilación y de alienación de la experiencia, todo esto dentro del continuo de conciencia.

Al ciclo de la experiencia gestalt se le ha dividido en dos hemiciclos:

-*Parte superior, pasiva*: Se llama así debido a que no hay acción del organismo hacia la parte externa; sólo se conecta con la zona interna.

-*Parte inferior, activa*: La energía orgánsmica se pone en acción con su campo dentro de un contexto único e irrepitible, es decir, se relaciona con la zona externa.

Zonas de Relación: Son tres y se definen de acuerdo al contacto del organismo tanto consigo mismo como con el ambiente que lo rodea. a) zona interna: Se determina de la piel hacia adentro y representa el enlace entre sentimientos y sensaciones; b) zona externa: se la define como la unión con todo lo que ocurre desde la piel hacia afuera, y c) zona intermedia o de la fantasía: se relaciona con los procesos psicológicos (ideas, pensamientos, visualizaciones, etc.).

MECANISMOS DE AUTOINTERRUPCIÓN DE LA ENERGÍA

En Gestalt se toman en cuenta ocho bloqueos que son los siguientes: desensibilización, proyección, introyección, retroflexión, deflexión, confluencia, fijación y retención.

-*Desensibilización*: Es la negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente.

-*Proyección*: Es atribuir a algo externo lo que le pertenece a sí mismo.

-*Introyección*: Implica la incorporación de actitudes, ideas o creencias que no fueron asimiladas por el organismo y son distónicas con el yo.

-*Retroflexión*: La persona se hace a sí misma lo que le gustaría hacerle a los demás.

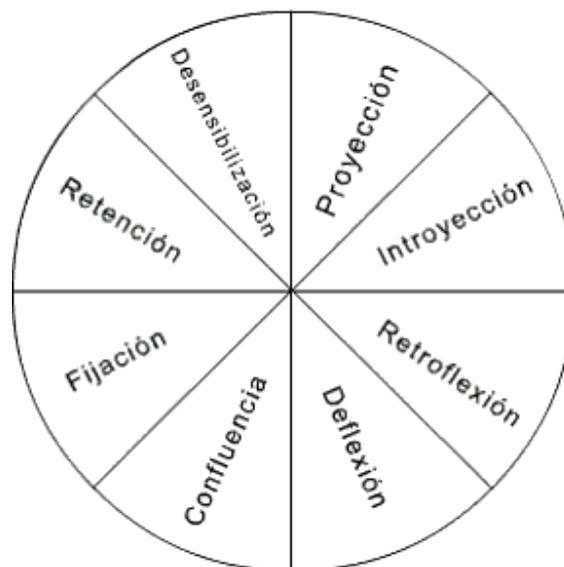
-*Deflexión*: El organismo evita enfrentar al objeto relacional dirigiendo su energía a objetos alternativos y no significativos.

-*Confluencia*: El sujeto no distingue límite alguno entre su sí mismo y el medio. Confunde sus fronteras de contacto con las del ambiente que lo rodea.

- *Fijación*: Consiste en la necesidad de no retirarse del contacto establecido, lo que lo lleva a rigidizar sus patrones de conducta.

- *Retención*: Sirve para impedir la continuidad natural de cada momento evitando el proceso de asimilación-alienación de la experiencia e impidiendo el reposo.

MECANISMOS DE AUTOINTERRUPCIÓN DE LA ENERGÍA EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA GESTALT



Estrategias

Dentro de las estrategias terapéuticas desarrolladas a través de los años, el Departamento de Investigación del *Centro Gestalt de México* va a la vanguardia en el desarrollo específico de estrategias de acuerdo a la fase del ciclo de la experiencia gestalt que está bloqueado.

Las estrategias terapéuticas sirven como apoyo a la labor del terapeuta dentro del proceso de relación persona a persona. Se deben tomar en cuenta diferentes

variables como por ejemplo: Número de sesiones, edad, cultura, sexo, conocimiento de los bloqueos de acuerdo a las cifras obtenidas en el Test de Psicodiagnóstico Gestalt, tipos de pacientes, etc.

Estas son algunas de las estrategias: la silla vacía, manejo de polaridades, fantasías guiadas, sensibilización, descarga en objetos neutros, cambio de roles, confrontación, anclaje, manejo de refranes y metáforas, cuentos de proyección, psicodrama fenomenológico, manejo de introyectos, manejo de sueños, duelos y fantasías, proverbios, trabajo con ciclos interactivos, etc. Cabe mencionar que para el manejo de estas estrategias se requiere un entrenamiento profesional previo.

APLICACIONES

La psicoterapia gestalt es tan amplia que es utilizada en diferentes campos de las relaciones humanas como por ejemplo en: educación, deporte, familia, pareja, empresa, reclusorios, enfermedades terminales, enfermedades psicosomáticas, adicciones, abuso sexual, violaciones, niñez, adolescencia, adultez, senectud, etc.

Todo ello debido a que se inserta en una filosofía de vida humanista existencial y sus técnicas son eminentemente vivenciales.

AVANCES RECIENTES

En los últimos congresos de terapia gestalt se ha vislumbrado un aumento creciente en unir la parte científica con la creativa dando como resultado un interesante balance en el aterrizaje de los conceptos teóricos aplicados a la vida diaria. La gestalt actual ha dejado de ser una terapia únicamente de confrontación para ir convirtiéndose paulatinamente en una filosofía de vida al pasar de un trabajo con el yo a una tarea de integración holística desde el *sí mismo*.

En el Centro Gestalt de México se ha desarrollado un instrumento de medición con validez y confiabilidad elevada al que se denominó Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG) que sirve para detectar los bloqueos que pueden existir en cada fase del ciclo. Este instrumento fue aprobado por la Secretaría de Educación Pública de México para ser aplicado en trabajos de investigación y Tesis de Maestría en Psicoterapia Gestalt que ofrece el Instituto de Psicoterapia Gestalt el cual tiene el privilegio de ser el primer Instituto en el mundo que presenta dicho grado académico con validez oficial de estudios.

El TPG ha sido traducido y aplicado en varios países como Australia, Estados Unidos, España, Italia, Alemania y México.

Harm Siemens, de Holanda ha desarrollado investigaciones con pacientes seropositivos aplicando técnicas gestálticas con singular éxito (Gestalt Journal Spring 1993).

Leticia Peña Sánchez del Centro Gestalt de México junto con el autor del presente artículo han diseñado el Psicodrama Fenomenológico Gestalt tomando como base el

psicodrama de Moreno, la fenomenología de Husserl y las técnicas vivenciales de gestalt.

Yolanda Coggiola Suárez también del Centro Gestalt de México ha investigado sobre los conflictos de pareja aplicando el TPG (pre y postest) en el proceso terapéutico obteniendo excelentes resultados al trabajar directamente sobre los bloqueos en las fases del ciclo gestalt con un manejo de ciclos interactivos.

Cabe mencionar que son innumerables los avances que se obtienen alrededor del mundo al aplicar técnicas gestálticas que, al ser vivenciales, ofrecen alternativas dinámicas y palpables en corto tiempo ya que, como decía Laura Perls, la gestalt va del apoyo al auto-apoyo con lo que se fortalece la teoría de que el enfoque gestalt también puede ser considerado como una terapia de aprendizaje.

CONCLUSIONES

La terapia gestalt, practicada hace 45 años únicamente por un pequeño grupo de terapeutas, es hoy un importante enfoque de psicoterapia reconocido por su estilo existencial, que tiene como meta el crecimiento personal del ser humano. El desarrollo de la terapia gestalt ha sido tan progresivo que en Estados Unidos existen unos 800 terapeutas y 40 centros de formación; también hay en Australia, Canadá, Japón, Europa, Israel y América Latina. En México, existe el IMPG desde el año de 1983. (The Gestalt Directory, Highland, N.Y.: The Gestalt Journal, Joe Wysong, Editor, 1985).

Sin embargo la terapia gestalt no se enarbola como la única ni siquiera como la más eficiente de las terapias, en la inteligencia de que todas las disciplinas que tienen que ver con la salud mental tienen como fin común el bien del ser humano, como diría el Dr. Juan Lafarga, un eminente humanista mexicano.

Creemos firmemente en el desarrollo del potencial humano y al mismo tiempo estamos abiertos a incluir en el armamentarium del terapeuta más técnicas vivenciales y creativas que favorezcan el crecimiento personal de los profesionales de la salud.

Hoy no es dable cerrarse a la vorágine que engloba los nuevos descubrimientos de miles de colegas en el mundo que desean contribuir al bienestar de la sociedad humana, por lo que es indispensable incluirnos en una red internacional de colaboración científica, mediante congresos multidisciplinarios y artículos afines en la creencia de que el desarrollo del individuo está vinculado estrechamente al crecimiento y mejoramiento de la sociedad total de nuestro planeta.

REFERENCIAS

Atienza, M. (1987). *Estrategias en psicoterapia gestalt*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Baumgardner, P. (1982). *Terapia gestalt*. México: Concepto.

- Berne, E. (1966). *¿Qué dice ud. después de decir hola?* Barcelona: Grijalbo.
- Berne, E. (1964). *Juegos en que participamos*. México: Diana.
- Fagan, J. y Shepherd, L.I. (1980). *Teoría y técnica de la psicoterapia gestalt*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fontan, J.P. (1985). *Los existencialismos. Claves para su comprensión*. Madrid: Cincel.
- Haley, J. (1979). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Heidegger, M. (1972). *Carta sobre el humanismo*. Buenos Aires: Huascar.
- Gaines, J. (1989). *Fritz Perls: aquí y ahora*. Chile: Cuatro Vientos.
- Ginger, S y Ginger, A. (1989). *La gestalt: Una terapia de contacto*. México: Manual Moderno.
- Kapleau, R.P. (1981). *Zen, amanecer en occidente*. Mexico: Arbol.
- Kepner, L.M. (1992). *Proceso corporal: Un enfoque gestalt para el trabajo corporal*. México: Manual Moderno.
- Latner, J. (1974). *El libro de la terapia gestalt*. México: Diana.
- Latner, J. (1994). *Fundamentos de la gestalt*. Chile; Cuatro Vientos.
- Latner, J. (1973). *The gestalt therapy books*. Nueva York: Julian Press.
- Miguenz, M. (1993). *Gestalt transpersonal: Un viaje hacia la unidad*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Mexico: Gedisa.
- Moccio, F. (1980). *El taller de terapias expresivas*. Buenos Aires: Paidós.
- Naranjo, C. (1990). *La vieja y novísima gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F.S. (1995). *Yo, hambre y agresión*. México: FCE.
- Perls, F.S. (1974). *Sueños y existencia*. Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, F.S. (1976). *El enfoque ggestáltico: Testimonios de pareja*. Chile: Cuatro Vientos.
- Perls, L. (1979). *El enfoque de una terapeuta ggestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Polster, E. y Polster, M. (1974). *Terapia ggestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Polster, E. (1987). *Every persons's life is worth a novel*. New York: W.W. Norton & Co.

- Ramírez, T.J.A. (1987). *Psicodrama, teoría y práctica*. México: Diana.
- Rogers, C. (1980). *El poder de la persona*. México: ManualModerno.
- Rogers, C. (1983). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Salama, H. y Villareal, R. (1989). *El enfoque gestalt, Una filosofía humanista*. México: Manual Moderno.
- Salama, H. y cols. (1991). *Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas*. México: Manual Moderno.
- Salama, H. (1985). *Gestalt para todos*. México: Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt.
- Salama, H. (1995). *Manual del test de psicodiagnóstico gestalt*. México: Instituto Mexicano de Psicoterapia Gestalt..
- Shepard, M. (1977). *La terapia gestáltica*. Buenos Aires: Paidós.
- Simkin, J. y Yonteff, M.G. (1983). *Gestalt therapy*. Nueva York: M. Evans y Co, Inc.
- Smith, E.W.L. (1991). *Gestalt voices*. New Jersey: Abix Publishing Corporation Norwood.
- Stevens, B. (1979). *No empujes el río porque fluye solo*. Chile: Cuatro Vientos.
- Stevens, J. (1978). *Esto es gestalt*. Chile: Cuatro Vientos.
- Stevens, J. (1986). *El darse cuenta*. Chile: Cuatro Vientos.
- Suzuki, D.T. (1981). *El ámbito del zen*. Barcelona: Kairós.
- Zinker, J. (1979). *El proceso creativo en la psicoterapia gestalt*. Buenos Aires: Paidós.
- Zinker, J. y Nevis, S. (1993). *How gestalt therapy view couples families and the process of their psychoterapy*. Ohio: Gestalt Institute of Cleveland.
- Van Dusen, W. (1977). *La profundidad natural del hombre*. Chile: Cuatro Vientos.

C U A R T A P A R T E

ENFOQUES DE VANGUARDIA

LA PSICOTERAPIA CORPORAL Y LA CLÍNICA POSTREICHIANA

Xavier Serrano Hortelano
Escuela Española de Terapia Reichiana, España

Desarrollo histórico de la psicoterapia corporal

La psicoterapia corporal se desarrolla en los años 30 dentro del movimiento psicoanalítico con aportaciones de Groddeck, Ferenczi y Reich, quien, a partir de su práctica analítica, observó que junto a lo que decía la persona en el proceso terapéutico (sueños, recuerdos históricos, etc.), era muy significativo el cómo lo decía; los gestos, la mirada, la expresión afectiva que acompañaba al discurso verbal, entrando así en el análisis de la forma. Posteriormente fue observando que la expresión emocional y la emergencia de recuerdos, es decir la catarsis (que era uno de los objetivos del psicoanálisis), era mayor si se analizaba tanto la forma como las conductas corporales específicas de cada persona, observando que el disturbo neurótico iba siempre acompañado de una respiración inhibida, de tensiones musculares cronificadas y de trastornos neurovegetativos, consecuencia de un disturbo libidinal-afectivo-emocional, entrando así, poco a poco, en una praxis terapéutica psicocorporal que iba enriqueciendo una teoría, la cual daría paso a un nuevo paradigma científico en la psicología, y en la salud en general.

La base de la enfermedad estaba en el disturbo de la expresión y de la satisfacción de los afectos y del desarrollo sexual-libidinal (fases sexuales) del niño, que generaba un éxtasis energético y un monto de angustia -inhibiendo las pulsiones y los recuerdos, relegándolos al inconsciente-, y una respuesta visceral, neurovegetativa, de contracción, de miedo, que se plasmaba en tensiones musculares crónicas que producían a la larga trastornos funcionales (cefaleas, lordosis, disneas, úlceras gástricas, impotencia o eyaculación precoz). Cuando se rompía el equilibrio de esta coraza muscular y caracterial, aparecían los síntomas clínicos (depresiones, fobias, etc.). Se ponían así las bases teórico-prácticas para una psicoterapia corporal específica, introduciendo conceptos revolucionarios en el terreno de la salud, que cuestionaban no sólo la visión y aplicación mecanicista de la medicina y la psiquiatría de la época, sino también la forma de las relaciones personales dentro de la familia, que es un reflejo de la dinámica del sistema social, cada vez más separada de la natura. Muchos de estos principios se aplicarían después en el campo de la medicina psicosomática, la psicología humanista, la psicología social, y daría paso al movimiento y a la especialidad de la psicoterapia corporal.

El cuerpo aparece pues, en la psicoterapia corporal, como mucho más que un simple portavoz o un simple portador de signos; es el archivo vivo de la biografía de la

persona. Cualquier persona habla a través de su cuerpo y de sus palabras. El verbo articulado es el mediador entre el cuerpo (la experiencia vivida) y el código (el campo simbólico y social del lenguaje). Hablar es una expresión corporal, un acto expresivo. El verbo se origina en el cuerpo. El organismo se expresa globalmente en forma verbal y no verbal. La palabra da sentido a lo experimentado, a los pensamientos, a las emociones. El análisis verbal de las experiencias es capital para la comprensión e integración y su procesamiento a la luz de la conciencia. Las terapias psicocorporales consideran que cuerpo y mente son dos vías de acceso a lo reprimido, a lo escondido, a lo estancado; y que, a partir de la expresión de los afectos es como se recupera en gran medida la unidad psicósomática y el equilibrio. Y los afectos se expresan a través de las emociones, del lenguaje corporal expresivo, y se integran en lo cortical, por los procesos cognitivos (Guasch, 1987).

Que el "cuerpo somático y energético" se convierta en objeto de diagnóstico y en medio terapéutico, junto al "cuerpo verbo" y a la elaboración de la relación terapéutica, es la base principal para el desarrollo de la psicoterapia corporal, junto al hecho histórico del surgimiento del movimiento *beat* que facilitó la funcionalidad del cuerpo desnudo, la desinhibición sexual, el retomar las pulsiones reprimidas y cambios educativos y comunicativos en la vida cotidiana. Reich, que fue silenciado por coincidir sus ideas revolucionarias y progresistas en un momento histórico represor (la caza de brujas de MacCarthy), es resucitado en 1968 y con él una cantidad de técnicas y psicoterapias corporales, muchas de ellas sin bases científicas y utilizadas por terapeutas oportunistas y con poco rigor profesional.

Definición de la psicoterapia corporal

Cuando hablamos de psicoterapias hablamos de algo diferente a técnicas como el yoga, el aeróbic o la reeducación corporal, pues estamos hablando de proceso psicósomático de cambio, de transformación consciente y activa por parte del/la paciente; donde existe un diagnóstico específico y una sistemática clínica en la que lo neuromuscular y lo somático forman parte del proceso analítico, dentro de unas coordenadas espaciales donde la función del psicoterapeuta está muy determinada. Una característica diferencial de las técnicas corporales es el manejo adecuado de todo lo que tiene que ver con la relación terapéutica. Y si bien, las bases teóricas de la psicoterapia corporal provienen fundamentalmente de Reich, confirmadas algunas de ellas en la actualidad por neurofisiólogos como Laborit y Selye, se han visto enriquecidas por autores más actuales, lo cual ha generado también diversos modelos de psicoterapia corporal que se definen como postreichianos o neoreichianos; según se aproxime más o menos a la ortodoxia histórica.

Modelos de la psicoterapia corporal

Actualmente, los principales modelos de psicoterapia corporal son : a) Dentro de la línea postreichiana: La vegetoterapia caracteroanalítica, metodología clínica de la orgonoterapia (Reich, Raknes y Navarro); la vegetoterapia en grupo (sistemática de Serrano, dentro de la vegetoterapia individual); la psicoterapia breve caracteroanalítica (aplicación que hace Serrano de la vegetoterapia en el campo de las psicoterapias breves); y la psicoterapia funcional (Rispoli). b) En una línea neoreichiana: El análisis bioenergético (Lowen y Keleman); la biosíntesis (Boadella); la biodinámica (Boyesen); la integración psicocorporal (Costa); el somatoanálisis (Meyer); la integración postural (Painter); y la coreenergética (Pierrakos).

Aspectos comunes con otras psicoterapias

La psicoterapia corporal tiene puntos en común con otras especialidades o paradigmas: Con el psicoanálisis y la psicodinámica: Al provenir de esta teoría, mantiene muchas de sus bases fundamentales; el estudio de las relaciones objetales hasta los seis años, período donde se asienta la base del carácter y la personalidad adulta; la existencia de una sexualidad infantil y de unas fases sexuales que modulan la vida afectiva y el psiquismo; la existencia de una energía sexual que es expresión de la energía vital; la existencia del inconsciente que condiciona nuestra percepción y nuestros procesos cognitivos-conductuales-corticales; la transferencia, el análisis de las resistencias, la catarsis y la libre asociación como elementos técnicos principales en el proceso de psicoterapia.

Con la fenomenología y el existencialismo: la importancia del análisis del narcisismo, que permite el contacto con la temporalidad humana, con el "dasein"; las percepción como fenómeno subjetivo; la idea de que no hay Yo sino hay Otro. La incorporación de técnicas específicas de este modelo como la intención paradójica (Frank) con el modelo sistémico. La tesis de que la parte forma parte de un todo, por tanto, cualquier proceso humano está repercutiendo en la globalidad del sistema de salud de esa persona, y asimismo el abordaje de la enfermedad debe ser global, contando con el ecosistema más próximo (familia, estructura social y ecosistema natural). También se incorporan técnicas propias del modelo basadas en la teoría de la comunicación, diferenciando la comunicación analógica de la digital, el doble mensaje.

Con la gestaltterapia, la necesidad de integrar la experiencia emocional en el "aquí y ahora". Con el modelo cognitivo-conductual y el constructivismo, la necesidad de una elaboración cortical y cognitiva de la experiencia emocional y del darse cuenta existencial, y la modificación cognitiva y consciente de aquellos elementos que impiden el equilibrio de la persona y que forman parte de su propia forma de ser, influyendo en las construcciones del psiquismo condicionada por la cultura o el medio familiar.

Con la medicina holística, la premisa de que el la etiología patológica funcional se debe a un disturbio basal en la regulación energética del biosistema , que repercute en el funcionamiento estructural del organismo: sistema neurohormonal, sistema neurovegetativo, sistema cortical. Por ello cualquier síntoma debe ser curado desde dentro y con procesos activos y globales, y no mecanicistamente y de forma parcial y pasiva.

Wilhelm Reich, pionero de la psicoterapia corporal

Wilhelm Reich (1897-1957), ex-psicoanalista didacta, pionero de la sexología, de la psiquiatría social y de la medicina psicosomática, desarrolló a lo largo de su vida una labor clínica específica que, sin separarse de algunas de sus bases principales, le distancia progresivamente de la ortodoxia freudiana.

Definiéndola en principio como "economía sexual" (1927), posteriormente "vegetoterapia caracteroanalítica" (1936), para denominarla finalmente "orgonterapia"(1945). La metodología de la vegetoterapia se inicia, pues, partiendo del psicoanálisis, y -en la acepción freudiana- se construye desde una práctica clínica. Reich no partió de un paradigma, sino que lo fue creando a partir de lo que escuchaba y observaba en sus pacientes, es decir, creó los presupuestos de la nueva disciplina mientras la estaba desarrollando, para dar posibles respuestas a los problemas técnicos que dificultaban el proceso terapéutico y para que los límites de la propia técnica no impidieran que se beneficiasen del proceso personas que, con base en su diagnóstico, se excluían del psicoanálisis. Con esta posición, a partir de la

lógica de la investigación misma efectuada con un rigor científico admirable, se abre una posibilidad de acceso metodológico a la dimensión de la subjetividad de la persona, dimensión oculta por el empirismo-experimentalismo de las ciencias positivas que se centran exclusivamente en la dimensión objetiva de la misma.

Reich, desde su posición de responsable didacta en Viena, contribuyó a la construcción del corpus técnico psicoanalítico, aportando especialmente el "análisis del carácter" como elaboración técnica del análisis de las resistencias y de la resistencia transferencial que puede dar lugar a la denominación "reacción terapéutica negativa", al no tenerse en cuenta la "transferencia negativa latente". Introdujo el trabajo con el "cuerpo real" de la persona como vía de acceso al inconsciente, a diferencia de los psicoanalistas que contemplaban el cuerpo como representación o contenido ideacional (cuerpo imaginario). Encontró en el sistema nervioso neurovegetativo el substrato somático del "ello" psicoanalítico. La articulación del inconsciente no se debería al efecto de la represión de la representación sino al de la represión de los afectos (García, 1990).

Así, junto a sus aportaciones a la teoría analítica y su introducción del concepto "capacidad orgástica", en 1927, que modificó las bases de la reciente sexología, fue introduciendo paulatinamente variables neurovegetativas y del cuerpo somático y energético en la elaboración analítica del psiquismo. Siendo en unos experimentos, realizados en 1936 en Noruega, sobre *el potencial bioeléctrico de la piel en los fenómenos del placer y de la angustia* (Reich, 1936), junto a la observación del movimiento interno de la sustancia viva con un equipo de biólogos y fisiólogos de Oslo en contacto con Roger Du Teil de París, como descubrió una nueva radiación que definió como "orgón" (Reich, 1938). A partir del descubrimiento de algunas de sus leyes básicas, la identificó como la energía vital, diferenciándola de la energía metabólica, siendo la energía sexual su máxima expresión y medio regulador de la misma en el organismo vivo (Raknes, 1970). Esta evolución profesional supuso un cambio estructural en su forma de abordaje clínico al observar cómo la persona enferma sufre un desequilibrio energético, fruto de su incapacidad de adecuada pulsación y regulación energética, producido por la coraza caracteromuscular por sus tensiones crónicas musculares, por la tendencia a la inspiración crónica y la incapacidad de abandono orgástico (Reich, 1942). Todo esto origina una estructura de carácter que busca mecanismos de regulación secundarios para mantener un equilibrio dentro del desequilibrio. De ahí que Reich distinguiera entre la neurosis caracterial, en la cual el síntoma es el propio carácter y la neurosis clínica, donde los síntomas patológicos son señales de un desbordamiento del equilibrio caracterial. Dándose en ambas una limitación en la capacidad de placer y en la regulación energética del animal humano. Puso los cimientos para el desarrollo de la psicoterapia corporal con una sistemática clínica que definió como vegetoterapia caracterioanalítica y que, junto a algunas técnicas médicas energéticas formaron un modelo terapéutico que definió como orgonterapia.

La vegetoterapia caracterioanalítica

La vegetoterapia caracterioanalítica, psicoterapia profunda psicocorporal creada por Reich en 1936, parte de una concepción biopsicosocial de la enfermedad y la salud, teniendo en su punto de mira tres factores en constante interrelación: predisposición constitucional genético bioenergética, relaciones objetales (historia infantil) y factores socioeconómicos (historia actual). La salud como objetivo a alcanzar, contando con los límites sociales, se dará cuando se produzca la adecuada integración de las funciones corporales en un sistema unitario y, en cuanto que es la pulsación bioenergética (contracción-expansión) protoplasmática lo que facilita la vida, va a existir un funcionamiento metabólico específico de energía vital

(orgónica), con un intercambio continuo con el exterior. Este facilita, desde el momento de la concepción, el proceso y estructuración de funciones orgánicas en continua relación con el ecosistema más próximo. Si no hay disturbio, desarrolla su estructuración de forma unitaria, de las funciones menos complejas a las más especializadas (de la motricidad al lenguaje); bajo una dinámica evolutiva cefalocaudal de las funciones del primer segmento (telorreceptores) a las funciones del séptimo y último segmento (bipedestación y sexualidad genital) a través de la maduración de la función sexual (fases sexuales), utilizando diversos medios (relaciones objetales) hasta alcanzar la capacidad orgástica genital (Serrano, 1984). Siendo mediador de esta pulsación el sistema nervioso vegetativo y el sistema diencefálico-hipofisario -puente entre éste y el sistema nervioso central- con las correlaciones neurohormonales consiguientes.

Conocedores también de que el sistema hipotalámico-hipofisario-pineal es quien modula el mundo afectivo y emocional, podemos evidenciar la siguiente secuencia: El disturbio aparece con la alteración en el metabolismo de orgón que se produce cuando el biosistema en proceso de estructuración y desarrollo siente miedo (angustia visceral) que es la emoción primaria -que está en el origen de todos los trastornos- porque su ecosistema (útero materno-organismo materno núcleo familiar-núcleo social), o bien por falta de respuesta emocional bioenergética o por represión de la expansión -consecuencia de la búsqueda de la satisfacción libidinal emocional- no satisface las demandas afectivas-sexuales necesarias, teniendo, según el momento histórico en que se produce, unas consecuencias diferentes. Esto ocasiona la creación de una coraza defensiva caracteromuscular que se manifiesta, tanto por las tensiones musculares crónicas mantenidas por la influencia del sistema nervioso simpático para contener la angustia y las emociones reprimidas -con la consiguiente pérdida de contacto con los propios deseos y necesidades-, como por rasgos caracteriales que facilitan la imposición del rol sobre la función. La coraza se va formando -siguiendo la lógica histórica- del segmento ocular (ojos, oídos, nariz) hacia el segmento pélvico (genitales, piernas), de lo preedípico a lo edípico. Esta coraza caracteromuscular ocasiona, con el tiempo, o por determinadas circunstancias -según la estructura de carácter de la persona- enfermedades, síntomas, dolencias que se manifiestan tanto a niveles psíquicos como en manifestaciones somáticas. No puede darse un estado de salud completo en una sociedad antisexual, represora y desconocedora de las necesidades reales del embrión, del feto, del neonato, del niño-a o del-la adolescente. Por tanto, la enfermedad -que es el estado crónico de las personas que vivimos en esa sociedad- será lo habitual, si bien, en momentos, no se manifiesta en forma de síntoma, aunque sí en forma de sensación de vacío existencial, de insatisfacción e incapacidad de placer. Una eficaz labor para evitar este estado de cosas es la dedicación a la profilaxis infantil y a la información y la toma de contacto de la persona adulta con la realidad y con el funcionamiento de los procesos libres de la natura.

En nuestra labor clínica, al trabajar con funciones psicosomáticas tanto nucleares como periféricas, tenemos que seguir una metodología adecuada que potencie las posibilidades vitales del individuo sin perturbar su precario equilibrio. Porque, en el fondo, todo organismo enfermo intenta la evitación de un desequilibrio todavía mayor. Por eso, la visión mecanicista de anular focalmente el síntoma es en ocasiones nociva. Porque, al no partir de una concepción holística, en ocasiones la evitación de una fobia puede conducir a un estado depresivo o la curación de un eczema puede provocar un asma, por citar algún ejemplo. Tampoco somos partidarios de atacar directamente la coraza caracteromuscular o de provocar violencia corporal en el sujeto forzando su ritmo biológico con hiperventilaciones fortuitas en pro de no sabemos qué experiencias vivenciales, siendo de nuevo el

sujeto agredido por algo externo que viene de fuera, como observamos en alguna terapia corporal.

La vegetoterapia-orgonterapia busca el cambio desde el núcleo, recuperando el ritmo biológico; por ello se parte de dos premisas básicas: a) Al trabajar con el cuerpo como vibración energética con funciones psicosomáticas, si la capacidad perceptiva del terapeuta está limitada por su propia coraza caracteromuscular, no podrá contactar suficientemente con los movimientos expresivos, con el significado real de lo que muestra ese cuerpo, esos gestos, esos sonidos, esas emociones, etc. Por eso, durante su formación, el candidato debe realizar un análisis (vegetoterapia) personal que le permite recuperar suficientemente su capacidad perceptiva y la posibilidad de receptividad y de empatía. Esta necesidad es cada vez más evidente en la práctica clínica. En el fondo supone el cuestionamiento de la importancia que tiene el experimentador para el resultado del experimento, que desde hace años maneja la física cuántica. b) Abordar la enfermedad desde una óptica pluridisciplinaria que se concreta en equipos funcionales interdisciplinarios, donde diversos especialistas con una base teórica y una metodología común, unifican los distintos abordajes terapéuticos para que favorezcan, y no alteren, el encuadre clínico analítico de la vegetoterapia caracteroanalítica, al emplear las herramientas convergentes ya descritas como: la homeopatía; la dieta, en ocasiones; focalmente, el psicofármaco; la acupuntura; la audiopsicofonología, y realizando una aplicación específica con cada paciente.

Teniendo en cuenta estas premisas, los objetivos terapéuticos que se tienen, como referencia clínica, serán: la recuperación del equilibrio neurovegetativo y de la capacidad orgástica; la libre pulsación y circulación bioenergética; el reblandecimiento de la coraza caracteromuscular; la maduración del yo con un carácter flexible que Reich denominó carácter genital (personalidad madura) y la integración unitaria de las funciones psicosomáticas a través de una adecuada interacción entre las funciones neocorticales, las emocionales o límbicas y las viscerales (pulsionales).

Siendo profesionales de la salud, nos definimos como orgonterapeutas, reconociendo así el intento de Reich de desarrollar una metodología pluridisciplinaria holística que facilitara la salud, recuperando el adecuado funcionamiento bioenergético. Sin olvidar los límites sociales y culturales que marcan el estigma y la impronta caracterial que limita la potencialidad individual de su capacidad de placer, de expansión, de creatividad, de crecimiento. Es por ello que en nuestro trabajo clínico, comprometido con el momento actual, somos sujetos de cambio al facilitar unos medios que ponen a la persona en contacto con su realidad y con la realidad que le circunda siendo más consciente de aquello que le ha llevado a enfermar, de lo que limita su alegría de vivir, lo aboca al vacío existencial y de los elementos sociales, educativos, culturales, económicos que limitan nuestra existencia y llevan a la resignación y a la depresión enmascarada. Pero tengamos en cuenta que la responsabilidad de nuestro trabajo es tal, que pensamos debe de ir acompañada de una continua revisión personal, de un permanente reciclaje didáctico, de una labor de crítica en equipo, constructiva y reflexiva, y de la aceptación y cumplimiento del Código Deontológico. Elementos todos ellos que facilitan una tranquilidad a la persona que se abandona en nuestro diván porque le dan una mínima garantía de que buscamos su bienestar, no la satisfacción de interés o necesidades individuales no conscientes o camufladas bajo discursos ideológicos. Acompañado todo esto de una labor preventiva de la patología emocional que comienza en la vida intrauterina.

TÉCNICAS DE LA VEGETOTERAPIA CARACTEROANALÍTICA

Espacio y relación terapéutica

El lugar donde se realiza el proceso terapéutico pasa a tener un significado, inconsciente para el paciente, es donde se reactiva su historia infantil a través del desplazamiento de afectos hacia el terapeuta. Es a partir de la posibilidad progresiva de la creación de una relación terapéutica -dicotómica y funcional- que el paciente va a estar activamente receptivo a los medios técnicos que el terapeuta le posibilite. Siendo la propia relación, un medio transformador, teniendo presente el terapeuta la estructura del paciente a partir de un diagnóstico adecuado, realizando a partir de éste el contrato terapéutico; favoreciendo el asentamiento y mantenimiento de la alianza terapéutica (Greenson, 1967), y elaborando analíticamente la neurosis de transferencia (Freud, 1912), el vínculo transferencial y la contratransferencia (Freud, 1912, Reich, 1934).

Es a través de la relación terapéutica-analítica en sesiones individuales, donde el paciente permanece tumbado en un diván a la vista del terapeuta, como el orgonoterapeuta -respetando en todo momento el ritmo biológico del paciente-, asumiendo su función profesional, deontológicamente empleará los medios adecuados para cada caso en particular. El encuadre clínico suele ser de una a dos sesiones semanales, con una media de 350 sesiones individuales, acompañadas a partir de un momento del análisis de una sesión mensual de 4 horas de vegetoterapia en grupo durante dos años.

Los segmentos de la coraza corporal

Reich analiza en su obra cómo a partir de los problemas y de la dinámica relacional objetual disfuncional en la que se desarrolla el recién nacido en sus etapas psicoafectivas de maduración humana, se va estructurando una coraza muscular defensiva que reduce la percepción de la angustia creada por la disfunción e intenta evitar el sufrimiento, y como consecuencia se va perdiendo progresivamente contacto con nuestras necesidades, nuestro ritmo vital y nuestras potencialidades.

Reich afirmó la existencia de siete segmentos en el cuerpo. Estos son, a saber:

El primer segmento (Reich, 1942, 1949) muscular comprende los telerreceptores, es decir, los ojos, oídos, nariz -que hace de puente con el segmento oral- y la piel en general, siendo por tanto donde se producen los mecanismos perceptivos en vinculación con el diafragma, el núcleo existencial y la correlación entre los tres encéfalos, a saber: cerebro cortical, límbico y visceral. Es el más primitivo junto con el diafragma, y empieza a hacerse notar a partir de posibles fenómenos traumáticos producidos durante la vida intrauterina, fetal, el parto y los primeros días de vida. En continua interrelación con el primero, está el segundo segmento (boca, labios, lengua, órganos de fonación, base occipital), vinculado a la fase oral, con una fuerte conexión con la pelvis, en cuanto segmento sexual por antonomasia. Se tensiona y estructura fundamentalmente durante los dos primeros años de vida. El tercer segmento, el cuello, con su musculatura, puente entre la boca y el tórax es el bloqueo clásico en esta sociedad, base del factor narcisista y de control, de primer censor o autocontrol, cuna de la ambivalencia, por lo que está tan vinculado al tórax. Tiene su origen durante la etapa anal, como reactividad a la insatisfacción y

frustración de la fase oral, desde el primero al tercer año de vida. El cuarto segmento es el torácico, que agrupa toda la musculatura vinculada al pecho anterior y posterior, puente entre el cervical y el diafragmático y base de la ambivalencia en conexión con el masoquismo. Se inhibe la respiración torácica como forma de autocontrol y por tanto de evitación del castigo ante el abandono de los impulsos. Tiene su origen alrededor del segundo año y se va estructurando del tercero en adelante. Está vinculado a los fenómenos de contacto con el propio cuerpo, con el mundo y con el *Otro*. El quinto segmento o diafragmático, es el núcleo vital más importante, pues es el canalizador de la pulsación vital de la circulación energética, al regular los fenómenos principales neurovegetativos y estar vinculado a los principales órganos vitales, así como ser regulador de la respiración. Si el bloqueo es hiperorgónico (exceso de carga energética) se remonta al momento edípico, y a toda la angustia de castración, alrededor de los tres a cinco años y se estructura en la adolescencia. El sexto segmento o abdominal, constituye el puente entre el diafragma y la pelvis, siendo fundamentalmente su función la de reductor de las sensaciones pélvicas-genitales. El séptimo segmento o pélvico, aglutina toda la musculatura de la pelvis, así como las piernas y los pies, con todo el problema de asentamiento y contacto al suelo, vinculado al tema de la propia identidad sexual y a la capacidad de definición o seguridad ontológica. Impide la descarga energética y por tanto el desarrollo del ciclo vital, que vendría favorecida por la función del orgasmo. La tensión y el bloqueo hacen su aparición en el momento edípico (masturbación, juegos sexuales) y se estructura en la adolescencia si está impedida dicha capacidad de placer, para evitar la angustia consiguiente.

Para facilitar el desbloqueo de estos segmentos y facilitar la maduración humana Reich trabajaba con el masaje y con el uso de los actings o ejercicios neuromusculares.

El masaje

Toda excitación mecánica de la piel provoca una reacción protoplasmática local que pone en libertad el ácido carbónico y los deshechos celulares, y es capaz asimismo de provocar la vasodilatación. La sustancia activa liberada bajo al influencia del masaje es muy semejante a la colina, que estimularía muy particularmente el parasimpático. Estos dos fenómenos nos hablan de la expansión, del favorecimiento de la luminación y ampliación de la carga energética del sujeto. Por otra parte, citando a Reich: *Cada rigidez muscular contiene la historia y el significado de su origen*; hay que afirmar que este autor nunca sistematizó una forma de masaje, ni hizo de él una técnica con objetivo concreto. Reich empleaba el masaje como forma de entrar en contacto con las tensiones del cuerpo, con los haces y nódulos musculares, sirviéndole de referencia en el momento del diagnóstico, al mismo tiempo que lo utilizó como factor terapéutico al conocer las respuestas vegetativas que se producen cuando se favorece el acercamiento y la interrelación de campos energéticos; actuando en momentos puntuales para facilitar la abreacción neuromuscular y teniendo muy en cuenta lo delicado de la actuación sobre el cuerpo de la persona. En este sentido la vegetoterapia se distingue de las técnicas neoreichianas por el respeto en no invadir el cuerpo del paciente. Más que trabajar sobre el cuerpo, trabajamos con el cuerpo.

Por ejemplo, si observamos un nódulo como una bolita de garbanzo, que se da mucho en la zona cervical y en la base del cráneo, esto responde a una problemática de interrelación del primer y segundo segmento. Ya sabéis que usamos la palpación al principio como medio de diagnóstico. Palpamos determinados puntos, el tono muscular del sujeto y determinadas zonas que permiten que la persona tenga una

respuesta a esa palpación. Al palpar la zona cervical encontramos estos nódulos que nos indican que existe una zona de tensión. Si esto tiene correlación con la tensión de la mandíbula o con la forma de gesticular o de hablar; si además vemos que en su historia personal hay una base oral más o menos importante con carencia materna; si observamos en su forma estereotipada de comportarse una tendencia a la bulimia o a la anorexia, etc., diremos que en el segmento oral hay tensiones o un bloqueo hiperorgonótico. Desde el momento en que establecemos este diagnóstico podemos tener unas conclusiones a la hora de trabajar con esta persona.

Y en el resto de los segmentos corporales también podemos obtener nuevos datos con este uso del masaje y la palpación.

Al cabo de un número de sesiones el terapeuta puede volver a hacer un masaje general o parcial de estas características, que sirve para observar si esos nódulos están ahí todavía. Llegamos un momento en que no tienen que estar y eso es indicativo de que la tensión en la zona ha disminuido. O nos encontramos con que de repente, trabajando la pelvis, tocamos el cuello y reaparecen esos nódulos. Si después de varias sesiones trabajando los primeros segmentos esos nódulos desaparecen se trataba de una hipertensión superficial fruto de una tensión reactiva en los primeros segmentos al trabajar en la pelvis. Entonces en este caso el masaje nos ha servido de ayuda para saber que esa persona estaba reactivando una zona defensiva para no abordar la situación edípica.

El acting neuromuscular

Reich escribía: "La disposición segmentada en el acorazado, es la manifestación de la rigidez de partes concretas en el espacio de la onda Se debe disolver la coraza, siempre partiendo de la extremidad de la punta o cabeza, continuando hacia la extremidad de la cola o pelvis, desarrollándose en el propio sentido bioenergético" (Reich, 1945). Siguiendo esta máxima clínica, empleamos la sistemática realizada por Navarro (1992), que continúa el trabajo de Reich, utilizando la ejecución de actings o movimientos neuromusculares, que tienen una funcionalidad neurovegetativa e histórica en los siete segmentos descritos de la coraza caracteromuscular. La memoria muscular retiene el impacto emocional. Según el momento histórico de dicho impacto se fijará en el segmento cuya funcionalidad histórica prevalezca (así, la frustración o carencia oral-segundo oral). Al activar la memoria muscular emergerán efectos reprimidos y recuerdos olvidados favoreciendo la abreacción.

Con estos movimientos que favorecen la emergencia del material y la libre asociación, respetamos el ritmo biológico del paciente al seguir una lógica neurofisiológica que permite la aparición ordenada de los afectos desde la vida intrauterina hasta la fase genital, contando siempre con las particularidades de cada individuo y con el aquí y ahora del mismo. Así, la manipulación corporal sobre el cuerpo del sujeto es mínima y se realiza sólo en ciertos momentos como forma de contacto o de ayuda a la expresión de una emoción ya manifiesta. A nosotros nos interesa facilitar el libre movimiento plasmático y a partir de la reproducción de los actings, el trabajar con el sujeto y no sobre el sujeto, obtendremos la siguiente secuencia: movimiento muscular emocional - estimulación del campo energético - córtex - formación reticular - tálamo - hipotálamo - centros vegetativos - movimiento expresivo vagotónico - hiperrespiración espontánea - aparición del recuerdo olvidado acompañado, en ocasiones, a la vivencia del recuerdo conocido o abreacción emocional espontánea consciente, conectando la experiencia histórica con el aquí y ahora del espacio terapéutico.

Es esta abreacción terapéutica emocional y ordenada (Serrano, 1984b) la que va permitiendo la movilización energética, cambiando la lógica que mantiene la tensión muscular con las consiguientes repercusiones positivas neurovegetativas y neurohormonales. Facilitando la recuperación de la respiración completa, base fisiológica de la pulsación celular.

Así, por ejemplo, en el primer segmento indicamos al paciente que siga atenta y activamente el movimiento de una linternita de bolsillo que el terapeuta sitúa detrás, a 20 cm de la altura de los ojos del paciente. Mirar la luz fija y seguirla, en un movimiento que termina a la altura de la punta de la nariz, permite la reproducción de una acción que en el período posnatal fue decisiva: la exploración focalizada del objeto en el proceso de diferenciación del objeto parcial al total, y el pasaje del yo al no-yo. Además, estamos estimulando directamente la glándula pineal, ayudando a la regulación del ritmo biológico, junto a los efectos fotónicos propios de la estimulación luminosa. Por otra parte, hacemos un trabajo neuromuscular al

participar activamente el paciente en la focalización (músculos oculares). A este acting -que es el más simple- y a lo largo del proceso, sigue una secuencia que continúa hasta la reproducción del acting más complejo, tal como ocurre en la formación y estructuración de funciones orgánicas. Así, el más complejo es el acting de la Medusa donde participa todo el cuerpo, y que reproduce la expresión de abandono al placer sexual con un movimiento respiratorio acompañado de vocalización. En el segmento oral indicaremos al paciente, entre otros actings, la reproducción del gesto de succión que en la fase oral tuvo una función afectivo-sexual básica. En el segmento torácico le indicaremos al paciente que verbalice la palabra YO acompañada del gesto de bajar los brazos rectos contra el diván, reproduciendo una función autoafirmativa. Y así sucesivamente. Estos movimientos se desarrollan a lo largo de los siete segmentos. Pero denotando una fuerte interrelación entre los anillos de la coraza, pues en el fondo quien se retrae, quien se contrae, es la función plasmática, es decir, el núcleo del biosistema y por tanto todas las funciones se ven más o menos alteradas.

El acting es, por tanto, un tiempo que se ofrece al paciente para encontrarse con su ritmo biológico, para redescubrirlo en base a tener su propio espacio-tiempo en un lugar concreto. No hay una indicación de cómo se debe hacer ese movimiento. Por tanto estamos en el marco de la espontaneidad; pues la respuesta, el cómo lo hace entra dentro de la propia identidad de la persona, de su estructura de carácter; ya que a medida que se va analizando el acting analizamos la resistencia muscular. El ritmo del acting y el ritmo biológico son lo mismo, al estar trabajando con lo vegetativo. Por ejemplo, podemos indicar al paciente que haga el movimiento del pez y en un determinado momento el terapeuta puede marcar sin darse cuenta el ritmo que ha de llevar dicho paciente. Si esto sucede, automáticamente estamos produciendo en el paciente un fenómeno de desplazamiento de ciertos elementos contratransferenciales porque le estamos marcando el modelo de referencia de nuestro ritmo. Esto último no es lo mismo que analizar el acting, es decir, ¿qué significado tiene para el paciente hacerlo de esa forma?, ¿con qué se asocia ese movimiento? El terapeuta puede exagerarlo con la imitación o reproducir la forma en la que lo hace el paciente. De esta manera la persona va entrando en una dinámica perceptiva de su propia acción vegetativa, lo que nos lleva al tema de la asociación de ideas y de la relación terapéutica.

¿Cómo profundiza el paciente en el acting? Tomando el mismo ejemplo del acting del pez, en un ansioso puede haber una forma; en otro puede haber otra forma reactiva, defensiva, y en el caso de que le preguntemos puede contestar: "lo hago así porque como tú lo has hecho así..." Pero no hay un modelo. Bueno, cuando el paciente

empieza a realizar el acting, primero entramos en el reflejo de su estructura estamos en una situación resistencial inicial. ¿Por qué? Porque incluso trabajando el acting del cuello fuera puede suceder que el paciente diga "esto es padrísimo...", pero a la quinta vez que lo tiene que hacer ya le empieza a doler.... y a la octava ya dice "ime ahogo, por favor ayúdeme!" Si el acting fuera algo gimnástico, cuanto más se hiciera la postura más se acostumbrará el cuerpo y se tendría que estar más cómodo. Cuando empieza a entrar el ahogo, la asfixia, todas esas cosas que nosotros suponíamos por la estructura que era lo que había ahí, entramos en contacto con el propio ritmo alterado, con su estrato secundario; y lógicamente aparecerán impulsos secundarios, aparecerá la rabia, el sadismo, la destructividad, las emociones vinculadas a los impulsos secundarios. A partir de ahí se producirá la abreacción. Conforme se vaya ahondando en el acting llegará un momento en que aparecerán impulsos primarios parciales vinculados al momento psicoevolutivo al que corresponde ese acting. En el caso de la succión aparecerá un aumento de la respiración, cosquilleo en la boca, sensación erótica e incluso sensaciones genitales.

La forma del acting viene influida muchas veces por los objetivos que el terapeuta quiere conseguir o que el paciente cree que tiene que conseguir. Por ejemplo, en un intento de seducción del terapeuta, o de intento de alianza o de acting out con el terapeuta se puede producir una situación de catarsis, es decir, de aparente expresión de emociones en la que más bien se da una descarga de afectos que anula la energía necesaria para que la emoción logre estructurarse y surja. Para que aparezca la emoción tiene que haber una respuesta vegetativa que lleve implícita un movimiento central diencefálico-hipotalámico que vuelve a repercutir en la formación reticular; y ésta en la respiración que a su vez favorece el disparador neuromuscular y entonces aparece una situación vagotónica, acompañada de un movimiento expansivo neuromuscular que provoca la emoción en la persona con la consiguiente invasión de recuerdos y de emociones ante ese hecho. Pero si en vez de dejar que eso sea así nos adelantamos y forzamos el ritmo sin darnos cuenta, entonces aparece la respuesta catártica forzada y de esta forma estamos evitando, impidiendo, ese proceso energético en cuanto que esa energía la gastamos en gritar, en moverse, en patear sin funcionalidad. Después, como el cuerpo del paciente ya está agotado, pues ya no hay recursos ni respuestas neurovegetativas. Estas son las implicaciones y la complejidad del trabajo con los actings.

Hay ocasiones en que la gente se inventa sensaciones porque piensa que es lo que quiere el terapeuta. Por eso hay que contar con el tema de la transferencia. Por ejemplo: si el paciente piensa que el terapeuta quiere que sienta rabia haciendo el NO con los puños, y el terapeuta habla del padre del paciente con cara enojada, entonces... Y, si además, si luego el terapeuta aplaude y le dice: "muy bien oye, muy bien...", pues la ha fastidiado, porque ahí se produce una transferencia-contratransferencia que hace que parezca que todo está muy bien pero realmente no haya nada bien. Por lo tanto, suponiendo que en ese momento estemos con una expresión de enfado en la cara y hayamos podido influir en el acting del paciente, entonces canalizaremos la resistencia y le preguntaremos: ¿por qué has hecho esto?, ¿qué estabas asociando a esta manera de hacer el acting?, ¿qué te indica el hecho de que te ahogaras? Y de esta forma vamos cuestionando la contradicción entre la aparente catarsis y la falta de ritmo patente en el acting.

Existen unos tiempos de duración del acting que dependen del segmento trabajado, pero generalmente son entre 10 y 15 minutos de media por acting. El tiempo siempre está vinculado al ritmo biológico porque eso va a marcar una impronta vegetativa en la persona. El paciente tiene un tiempo suyo, siempre el mismo, que le facilitamos al cuerpo para tomar conciencia de cuál es la dimensión en la cual puede permitirse ese encuentro con su dinámica interna. Dentro de esta dinámica se le da

el tiempo suficiente como para que puede haber dicho encuentro sin caer en el hastío o en el aturdimiento de lo neuromuscular y sin cortar tampoco el proceso. Hay actings que son de más tiempo, otros de menos. Así el acting del gato (respiración por la nariz y mostrar los dientes al sacar el aire) es un acting diafragmático que no se debe usar más de 5 minutos porque provoca una reacción alcalina importante, por tanto vagotónica, por la propia oxigenación; y puede repercutir mucho en el proceso de catarsis del que hemos hablado antes. Por eso los trabajos respiratorios son tan traicioneros, porque lo más fácil del mundo es provocar emociones mediante la hiperventilación y ciertas posturas musculares; lo que en el fondo representa un estrés para el organismo. Cuando hay hiperoxigenación se produce automáticamente una alcalinización y cambio del *pH* importante; eso repercute automáticamente en la situación vagotónica y entonces aparece un cierto freno de la actividad cortical mientras se da un aumento de la permisividad de la actividad límbica, lo que hace que las emociones surjan más fácilmente. Pero estas emociones están fuera del ritmo biológico y de la dinámica de abreacción neuromuscular ordenada. Cuando la persona está capacitada para vivir esa emoción de forma espontánea, sin que haya necesidad de meter oxígeno al organismo, aparece la abreacción ligada al momento evolutivo y transferencial de la persona. Los peligros de esas resistencias se subsanan con el buen análisis de la forma del acting y con la sutileza en el empleo del mismo. Por lo tanto hacemos un análisis del acting como resistencia, ya que en el análisis de las resistencias de la vegetoterapia es imposible separar lo verbal de lo corporal.

En un principio el paciente va a realizar el acting con la impronta histórica: porque para lo inconsciente y lo vegetativo, como dice Reich, el espacio y el tiempo no tienen lugar. Lo que vincula esa dimensión espacio-temporal es el movimiento y nos encontramos con la misma situación, con la misma experiencia de entonces. Pero la persona no lo sabe, no se va a acordar de aquello. Para eso está el terapeuta, para decirsele: "oye, mira, ahora estás como cuando tenías 4 meses".

Esto puede ser un riesgo, una tentación del terapeuta, el situar temporalmente a la persona. No se trata de eso en vegetoterapia porque, precisamente, se supone que la persona, a partir del acting, debe ir haciendo la asociación de ideas y a partir de esto la elaboración. Así, progresivamente, observamos en esa persona que, además de vivir una situación de estancamiento en el cuello, que vive la angustia y vive el miedo ante la expresión de ese "NO", poco a poco van apareciendo los impulsos secundarios de ese "NO"; va sacando la rabia, va sacando la angustia, vomita un poquito, escupe otro poquito... En ese momento se está recuperando una parte del ritmo biológico de esa persona que es un paso para conquistar la capacidad de encontrar el propio ritmo a medida que vaya habiendo una mayor funcionalidad del resto de los segmentos en dirección céfalo-caudal.

Al principio, el ritmo que surge está vinculado a la estructura de la persona. Por ejemplo, con el reflejo de succión el ansioso necesita airearse continuamente porque tiene una oralidad insatisfecha importante. Mientras que el depresivo se olvida de respirar. El ritmo, lógicamente, al principio será un ritmo distresante neurótico. Progresivamente el sujeto va encontrando el ritmo vinculado a los impulsos primarios, es decir, el ritmo real, nuclear propio, con capacidad de contacto. A partir de ahí ya se rompe la lógica de la estructura. Pero cada persona debe encontrar su ritmo, su individualidad, no hay modelos. Hay un modelo individual que está basado en que realmente se consiga esa capacidad de placer y se recuperen ciertas pulsiones de tipo primario.

Integración verbal y elaboración analítica

Paralelamente al empleo de los actings, el analista va elaborando la dinámica transferencial y reblandeciendo resistencias a través del análisis del carácter (Reich, 1933). Así mismo, en cuanto que todas las variables corporales se pueden utilizar como elementos que faciliten dicha elaboración y análisis, a partir del uso del acting, es importante desarrollar la libre asociación de lo vivido, de lo experimentado o incluso de las producciones síquicas obtenidas durante la realización del mismo.

Siendo también una herramienta muy útil -al no haber un modelo específico de realización, como hemos ya visto, la forma que cada persona utiliza en la ejecución del acting, que indica a su vez posibles resistencias o inhibición del contacto con situaciones inconscientes. Todos estos elementos se utilizan a través de la palabra y del análisis y elaboración de la relación terapéutica, teniendo también muy presentes las circunstancias de la vida actual de la persona a todos los niveles, incluido el onírico. Permitiendo, con la integración y elaboración de todos estos factores a través de la palabra, de lo cortical, la evolución del proceso psicoterapéutico.

Herramientas energéticas convergentes

En momentos concretos del proceso psicoterapéutico, el analista puede creer conveniente insertar alguna técnica específica, proveniente generalmente del terreno más médico, aunque también se pueden usar técnicas psicológicas de otros modelos psicoterapéuticos (como técnicas de la logoterapia, cuando se abordan problemáticas ligadas a la muerte; sistémicas, en ciertas situaciones psicóticas; o gestálticas, para elaborar el "aquí y ahora"). Así, con las personas con una estructura psicótica, en cuanto existe un terreno biológico débil, será importante combinar la vegetoterapia (utilizada contando con las particularidades de esta estructura) con los psicofármacos, en períodos puntuales de crisis aplicados de forma funcional para que ayuden a mantener un mínimo contacto con la realidad y se reduzca el sufrimiento, pero sin evitar el contacto con su sustrato emocional ni con la pulsionalidad que acompaña a la crisis, que es sobre la que se va a trabajar. Cuando se haya establecido ya el vínculo transferencial que le permite introyectar lo que el terapeuta le sugiere, como una continuidad de la relación terapéutica, y por tanto interiorizarlo como "objeto bueno", el proceso psicoterapéutico se combinará con las herramientas orgnómicas médicas, la audiopsicofonología, la homeopatía, el cobre-oro-plata en oligoelementos, el selenio y una dieta acompañada de vitaminas antioxidantes. Siempre que sea posible es conveniente que sea el propio terapeuta quien lleva la responsabilidad global del tratamiento, por una mayor eficacia y para no debilitar el vínculo transferencial.

Con las personas con una estructura borderline, que también desarrollan trastornos psicosomáticos, combinaremos la vegetoterapia con las herramientas convergentes antes descritas, según la cobertura caracterial y la fase de la terapéutica. También dependerá de estos factores el que sea el propio terapeuta quien lleva las distintas técnicas o que las realice con diversos profesionales del equipo y que éstas sean utilizadas para cargar el núcleo energético del biosistema o para rebajar el nivel de la energía estancada periférica de algunas zonas neuromusculares.

Por último con las personas con una estructura de carácter neurótica, sólo en casos de somatizaciones o crisis psicopatológicas muy intensas se puede combinar la vegetoterapia caracteroanalítica con el psicofármaco, o herramientas convergentes que faciliten la reducción del éxtasis energético de ciertos segmentos, movilizándolo el nivel de la energía estancada superficial. Y siempre delegando en otros profesionales del equipo estas tareas. Separando claramente la labor del profesional con quien está realizando la vegetoterapia y el resto, con el fin de que el orgonoterapeuta se mantenga en un plano histórico que facilite la regresión y por tanto el asentamiento

de la neurosis transferencial, al no implicarse directamente en aspectos actuales de su enfermedad, manteniendo un nivel de comunicación en un plano más lineal y donde el paciente tiene una función activa. Evitando así el nivel de comunicación médica, que es más jerárquico, por la función que cumple, y donde, por tanto, el paciente está más pasivo

Esta praxis clínica implica una constante interrelación entre los profesionales que llevan un mismo caso, siendo fundamental la referencia del orgonoterapeuta que está realizando la vegetoterapia con el paciente, pues a partir de ésta se utilizarán los otros medios. Aunque también será muy importante que se tengan en cuenta los puntos de vista del resto de miembros del equipo, porque es lo que puede evitar que el proceso psicoterapéutico esté condicionado por algún punto ciego del

terapeuta, y que sólo desde fuera, en muchas ocasiones, se puede descubrir. Asimismo, por las características del trabajo, será muy importante que los profesionales mantengan un nivel de regulación energética adecuado, utilizando para ello técnicas que le permitan metabolizar con mayor rapidez el nivel de energía acumulado durante las sesiones, a partir del intercambio con los pacientes (Serrano, 1992), y llevando una vida sexoafectiva suficientemente satisfactoria. Por todo lo anterior es, para nosotros fundamental las reuniones clínicas y los seminarios de casos permanentes, así como las sesiones de vegetoterapia periódicas de los terapeutas. Todo ello estando en contacto con la actualidad clínica, científica y social que puede permitirnos el crecimiento permanente de nuestra labor y de su difusión a la comunidad social y científica. La experiencia adquirida con esta forma de trabajo profundo ha permitido, junto al asentamiento y la constatación de las hipótesis clínicas reichianas, el desarrollo de un diagnóstico estructural y la aplicación de la vegetoterapia al trabajo en grupo y la creación de un encuadre breve. Veremos esto con más detalle.

AVANCES RECIENTES EN LA CLÍNICA POSTREICHIANA

El diagnóstico inicial diferencial estructural (DIDE)

En la práctica clínica desde nuestra perspectiva postreichiana (Serrano, 1989), es fundamental el diagnóstico inicial-diferencial, pues nos permitirá planificar la terapéutica de forma adecuada. Si bien esto es común a otros procesos terapéuticos, los particulares objetivos de la orgonoterapia, "la movilización de las corrientes plasmáticas del paciente recuperando la capacidad de pulsación biológica y la potencia orgástica" (Reich, 1948), han hecho necesario desarrollar una sistemática de diagnóstico diferente a las realizadas en las terapias psicológicas, psiquiátricas o médicas. Reich en el estudio de la psicopatología dio un paso decisivo, con su descripción de la estructura de carácter, de la neurosis caracterial, rompiendo el esquema freudiano entre neurosis actuales y psiconeurosis, a partir de tomar como referencia fundamental del desequilibrio el punto de vista económico, esto es, la perturbación libidinal que se produce a lo largo del proceso de maduración sexual dentro del sistema familiar y por tanto en base al modelo de ideología social imperante. Modelo que, en la sociedad actual desarrolla fuertes disturbios libidinales a lo largo de toda la infancia y la adolescencia. Esta definición de estructura de carácter, "cristalización del proceso sociológico de una determinada época" (Reich, 1933) incluía a todos los miembros de esta sociedad. Pues esos disturbios libidinales ponen en funcionamiento mecanismos narcisistas defensivos que facilitan una adaptación, una normalidad psicosocial en la mayoría de los casos, pero a costa de

una impotencia orgástica, es decir, una imposibilidad de vivir la genitalidad sana, debido a los límites y las constricciones libidinales a las que se ha visto sometido el aparato psíquico.

Todo ello cuestionaba seriamente el concepto de salud y enfermedad (ver Raknes, 1971) y el de normalidad, y vinculaba la capacidad de goce con los modelos sociales imperantes, diferenciando Reich el carácter genital del neurótico. Era la época en que Reich empleaba una terminología psicoanalítica presentando una descripción psicológica de las neurosis (Reich, 1945). Posteriormente su práctica clínica le mostró, cómo en realidad esta coraza del yo -así definía Reich al carácter- estaba condicionada por las características biofísicas del individuo. Los disturbios libidinales, es decir, bioenergéticos, provocaban tal o cual modo de percibir el mundo y por tanto de "estar" en él. Esto suponía que el psiquismo estaba totalmente vinculado a los procesos orgánicos somáticos, pasando a tener un sentido más amplio y globalizante el término de estructura caracterológica, presentándose a la luz de la biofísica orgonómica como "la sumatoria de las relaciones entre el sistema energético-orgonómico y el sistema sensorio motor que debe percibir las descargas de energía y coordinar todas las funciones energéticas en un sistema ordenado, total, unitario y funcional, el sistema orgonómico" (Reich, 1950).

Así la coraza narcisística pasaba a ser caracteromuscular, con una clara vinculación entre disturbio libidinal y el disturbio emocional neurovegetativo-neuromuscular, desarrollándose una estructura particular en cada individuo y por tanto con una atención clínica diferenciada. De ahí que no nos sirvan los síntomas como referencia aislada, sino al interior de la comprensión de la lógica que juegan en tal o cual estructura de carácter, teniendo en cuenta que Reich fundamentalmente hacía referencia en sus escritos a la estructura de carácter neurótica.

Cada nuevo modelo necesita de nuevas herramientas. Por ello he presentado las correlaciones existentes entre las dispares conductas humanas y los síntomas psicopatológicos con las estructuras de carácter, en base a que, si bien cada organismo tiene una ordenación diferente, la impronta de la estructura marca la forma de estar, actuar y percibir, siendo por tanto condicionante de los rasgos caracteriológicos, pero siempre en relación dialéctica con la realidad concreta y actual de la persona (Serrano, 1987, 1988, 1989); intentando desarrollar una sistemática que permite vincular de manera funcional una batería de pruebas interdisciplinarias para acercarnos desde una perspectiva epistemológica a la comprensión del funcionamiento global y estructural de la persona, de la conexión entre sus constructos psíquicos, sus procesos cognitivos, perceptivos, somáticos, neurofisiológicos, neurovegetativos y neurohormonales, con sus procesos afectivos sexuales y la forma caracterial que adopta para desarrollar una conducta propia, a sabiendas de que nunca se puede desligar el análisis individual, de la realidad social y cultural, del ecosistema, del que participa esa persona. A dicha sistemática la he denominado Diagnóstico Inicial Diferencial Estructural (DIDE). Sus resultados clínicos se han ido contrastando permanentemente desde 1980 en las reuniones clínicas de los equipos de salud de la Escuela Española de Terapia Reichiana (Es.Te.R.), perfilando y perfeccionando el manejo del mismo en base a los resultados de evaluación obtenidos, permitiéndonos en la actualidad la confirmación de la validez del DIDE dentro del marco clínico como en otras áreas humanas y sociales.

Al hablar de estructura de carácter nos situamos en una concepción energética donde la identidad funcional psicosomática está determinada por la capacidad de pulsación bioenergética, mediatizada a su vez por el sistema social dominante.

Esta realidad social-familiar normalmente obliga al organismo a acorazarse, a limitar

su capacidad expansiva, constreñido por el miedo (Navarro, 1988) que día a día, desde su concepción -influido ya por el componente constitucional- configura una estructura organísmica que tendrá que abandonar progresivamente su funcionalidad global, dando paso al desarrollo de la especialidad parcial de ciertas funciones de forma separada (separación entre discurso intelectual y emotividad; entre acción y sentimiento), utilizando mecanismos compensatorios entre las distintas funciones del organismo (así se compensa la imposibilidad de abandono al otro con la constante conquista sexual, el sentimiento de soledad con la bulimia). Así, el yo biológico se ve envestido de una estructura caracterológica que es expresión de ese yo, teniendo presente que existe la posibilidad de que ni tan siquiera se pueda formar un carácter, donde el yo biológico no encuentra medios para expresarse, con la consiguiente imposibilidad de identificación y ausencia de identidad, desarrollando mecanismos miméticos dependientes del objeto externo. Es este el caso de la estructura psicótica, que no del psicótico o del síntoma psicótico, porque con esta terminología parcializamos al sujeto y describimos cosas distintas. Así una estructura neurótica puede tener un episodio psicótico, pero eso no significa que sea un episodio degenerativo vinculado a una carencia caracterial, defensiva, reflejo de un sistema hipoorgonótico, como sería el caso de la estructura psicótica. Con lo cual los motivos, la finalidad y el significado y la actuación terapéutica serán distintos teniendo en cuenta este punto de vista.

Por ello sólo hablamos de estructura, sin el término carácter, en lo psicótico, donde el disturbo rompe la unidad somatopsíquica (Navarro, 1988), impidiendo, por lo primitivo de la defensa estructurante neuromuscular y psíquica, siendo una estructura débil, maleable y mimética. En el resto de los casos hablaremos de estructura borderline (cobertura caracterial) y estructura de carácter neurotica. Son estas tres estructuras las que nos interesa diagnosticar desde el inicio del análisis, pues nos permite situarnos, sistemática y funcionalmente ante la persona que nos solicita ayuda. Para ello utilizamos los siguientes referentes:

La predisposición constitucional: Hace referencia a la mayor o menor influencia que tienen los antecedentes biológicos y familiares directos, así como a la impronta biológica, epigenética, en términos de Carballo, en el biosistema humano fetal, durante el proceso de íntima interacción con el biosistema materno. Tiene una similitud con el concepto de *terreno* tal y como se utiliza en la teoría homeopática.

Mayor o menor capacidad de pulsación nuclear bioenergética: Este concepto nos habla tanto de la distribución energética superficial como del campo energético áurico de la persona que son consecuencia del grado de pulsación nuclear del biosistema en constante interacción con el campo energético externo creándose lo que Reich describía como fenómeno de *luminación* (Reich, 1948).

Relaciones objetales y rasgos de carácter: Con estos conceptos se hace referencia al tipo de vinculación, comunicación e interrelación afectiva que se ha dado entre la persona y el resto de los miembros de la estructura familiar o personas sustitutas, durante el período de desarrollo ontogénico.

Bloqueos y tensiones musculares: Como consecuencia de lo anterior se describe los mecanismos de defensa neuromusculares que la persona ha desarrollado para reducir el contacto con sus impulsos, con su sufrimiento y angustia y para tener una base somática donde apoyar un constructo psíquico adaptativo al medio social.

Funcionamiento neurovegetativo y somático: La interacción entre el metabolismo orgonótico y la configuración neuromuscular dan como consecuencia un funcionamiento basal que intenta mantener un equilibrio dentro del desequilibrio

existente y donde a veces los cuadros patológicos son la consecuencia del intento de evitar un mal mayor al organismo.

Realidad actual, familiar, laboral, afectivo-sexual, sintomatología, insight, motivación: Suma de variables que hay que saber interpretar insertándolas dentro del resto de referentes de evaluación ya descritos.

Tipos de estructuras

a) *Estructura psicótica*. Pueden ser personas con una normalidad social de funcionamiento, pero con un yo débil que no ha podido estructurar un sistema defensivo y se vincula a elementos parentales o familiares de forma mimética, sustituyendo el vacío primitivo por un objeto actual (estructura psicótica compensada). En su vertiente clínica desarrollarían las psicosis o las biopatías primarias (psicosis somática) (Navarro, 1988) y el estado depresivo psicótico (Serrano, 1987).

- Predisposición constitucional: Las variables que se pueden dar, con mayor o menor influencia e interrelacionándose de distintas formas, son: Madres con una estructura psicótica. Organismo materno hipoorgonótico (Serrano, 1988), con un útero con carga pulsátil bioenergética débil, donde el embrión vive el miedo a la muerte (Navarro, 1986) repercutiendo ese miedo en la misma célula, produciéndose así una perturbación en la cadena de ADN cuyos iones metálicos rompen las estructuras evolutivas embrionarias con la contracción irreversible y crónica de la actina y miosina de las células, impidiendo la función normal del tejido conjuntivo (Navarro, 1986), produciéndose en su biosistema un funcionamiento metabólico basal ínfimo. Madres con procesos degenerativos, como el cáncer, que predispone a que por vía sanguínea infecte la sangre del organismo intrauterino (Serrano, 1988) de bacilos T, con una clara predisposición a la degeneración tisular (Reich, 1948). Padres, abuelos y abuelas con procesos biopáticos. Situaciones familiares estresantes durante la época intrauterina de la persona con fuerte impacto en el organismo materno, produciendo un miedo fetal y creando una condición simpaticotónica muy intensa que ocasiona una contracción del sistema nervioso autónomo, con tendencia a la cronicidad (Navarro, 1988). Así como la influencia de radiaciones nocivas en la etapa intrauterina (influencia ordenadores, fluorescentes) y de tóxicos en abundancia (alcohol, tabaco, cocaína, heroína, tratamientos. etc.).

- Metabolismo orgonótico (Bioenergía). Nivel bajo de absorción energética y de capacidad de pulsación, con una baja densidad energética y una "hiporgonía" (miedo embrionario), o si el impacto fue fetal, una "hiporgonía disorgonótica" (mala distribución de la poca energía presente) (Navarro, 1988). Esto supone que el biosistema necesita para mantener un cierto equilibrio un desgaste emocional y energético mínimo. Con una gran predisposición a perder dicho equilibrio y producirse el caos (perceptivo-delirante, psicósomático...).

- Relaciones objetales. Al vivir una escisión intrauterina preobjetal con un impacto suficiente para fijar al biosistema en una posición que impida la adecuada coordinación de funciones básicas orgánicas (Reich, 1945), los procesos psíquicos están escindidos del núcleo afectivo emocional, desarrollándose en base al mimetismo y a la adaptación simbiótica. Serán conductas de otros, hechas propias, sin una identidad caracterial, con una tendencia a ciertos mecanismos de defensa puntuales como la identificación primaria oral, la proyección primaria, el aislamiento, el desdoblamiento del yo, la idealización, la omnipotencia, la fragmentación (utilizando la terminología de Millon). Manteniendo una compensación caracterial con

rasgos variopintos (histéricos, compulsivos, masoquistas y fállicos), pero sin ligazón y sin reconocimiento identificativo de los mismos, pues son puntuales y miméticos. Perdiendo, en momentos, los límites yoicos-caracteriales (falta de identidad y de imagen corporal estructurada). Relación carencial oral con madre autoritaria, padre presente-ausente.

- Bloqueos y tensiones musculares. Existe un bloqueo primitivo diafragmático hipoorgonótico (Ferri, 1985), un bloqueo principal ocular hipoorgonótico y un bloqueo secundario hipoorgonótico con tensiones musculares (que no bloqueo) en la zona cérvico-torácica. Por lo tanto, sus puntos de bloqueo y tensión se van a localizar precisamente en dos niveles, dos zonas corporales que tienen que ver precisamente con ese estrés primario. Por una parte la base del cerebro encefálica, en cuanto conexión con los fenómenos perceptivos primarios de tipo audiovisual que van a repercutir constantemente en la desconexión de exceso de carga en toda la base hipotálamo-hipofisaria produciendo una irritación en esa zona a niveles reales, con lo que todo el problema de percepción que tiene el sujeto en grado extremo está correlacionado en gran medida con ese factor. No hay lesión anatómica, pero sí una influencia de irritación muscular, a nivel del polígono de Willis de toda la zona de la base encefálica. Esta situación de bloqueo de la base del cerebro, va ligada también a un fuerte bloqueo diafragmático, fruto del impacto que se produce a niveles primarios e incluso intrauterinos, la conexión de la angustia de la madre con el feto, se mantiene por vía no solo fisiológica sino a nivel emocional por vía del cordón umbilical, dándose el impacto directamente a nivel del plexo solar y diafragma del feto. En este sentido la incapacidad de desarrollar una posición diafragmática adecuada, viene marcada por ese impacto, que supone el comienzo (en el sentido de que no es lo único) de la futura estructura del psicótico.

- Funcionamiento neurovegetativo y somático. Nivel metabólico basal reducido (Hoskins, 1946, Konia, 1971) respiración ínfima con una clara tendencia simpaticotónica o parasimpaticotónica reactiva. Debido al bloqueo de los telorreceptores (primer segmento) se impide generalmente la percepción del placer sexual, pero en ocasiones puede haber episodios y experiencias sexuales apoteósicas fruto del disturbio hipotalámico-hipofisario que repercute en la alteración de la melatonina segregada por la pineal con episodios de satiriasis y ninfomanía con la base dinámica de la sustitución compulsiva de la relación pene-vagina con la boca-pepón o incluso, siguiendo a Ferenczi, con el anhelo del útero materno (Serrano, 1989). Debido a esta disfunción también se observan episodios particulares respecto al sueño, comida, etc., con una prevalencia funcional del R-cortex sobre el límbico y el neocortex (Ferri, 1986). Asimismo se observan cambios marcados de temperatura en la piel, sudoración ácida, piel seca, y deshidratada. Tendencia a las biopatías primarias y trastornos psicosomáticos. El cuerpo, adquiere un aspecto mórbido frío, de piel fría, blanquecina, sudorosa. Tiene el reflejo vulgar de un cuerpo sin formación energética, ni una estructuración muscular. Aparentemente no existen tensiones, pero lo que no existe es una carga o una pulsación bioenergética en su organismo, que le permita desarrollar una circulación energética adecuada, y como consecuencia de esto, el tener un contacto suficiente consigo mismo y con su núcleo energético. De ahí que constantemente están confundiendo la realidad con el sí mismo.

- Realidad actual. Campo orgonótico-energético (aura) extenso y difuso, que provoca el hecho de no sentirse con los límites de la piel, produciéndose en ocasiones fenómenos de percepción extrasensorial en relación con el proceso glándula pineal-melatonina-percepción, a través de la excitación del campo orgonótico difuso, así como fenómenos místicos y de alta acción de la conciencia (recordemos el paralelismo entre los procesos neuroquímicos de la psicosis y el triptófano). Fuerte mimetismo con los hermanos-madre-padre o con su pareja. En ocasiones viven con

una figura parental hasta la muerte de ésta, o si tienen familia la relación con la esposa es de útero materno, en el caso del hombre. Trabajo estandar con hobbies paralelos o trabajos de entrega y alternativos donde proyectan sus propias carencias. Estos factores facilitan el mantenimiento de la crisis. Cuando se desestabilizan o caen los puntos de referencia actuales miméticos, nos encontramos con cuadros clínicos de mayor o menor gravedad, pudiendo desencadenarse un melanoma maligno en pocas semanas o una crisis psicótica delirante en un momento imprevisto, producida por el proceso degenerativo progresivo al que se ven afectadas estas estructuras, repercutiendo en primer lugar en el bloqueo principal, con un debilitamiento tisular. La sensación que nos transmitirá en el espacio terapéutico, es de necesidad de involucramiento, de acogimiento, de debilidad, de protección a pesar de su posible cobertura distante o de sus posibles episodios violentos en situaciones de crisis. Al mismo tiempo, al abrir el campo del analista nos encontramos cansados y más agotados de lo normal (Serrano, 1988). Posibilidad de desarrollo de una psicosis transferencial o vínculo transferencial si hay disponibilidad energética emocional por parte del analista

b) Estructura borderline. Hace referencia a las personas que han vivido una situación disruptiva durante el período neonatal, concretamente en la fase oral primaria (Serrano, 1989), que abarca desde las tres primeras semanas hasta los 10-12 meses, proceso de sensorialidad, de auténtico nacimiento del feto humano y de estructuración orgánica fundamental "caracterizado por el paso de la prevalencia neurovegetativa a la neuromuscular y donde comienza la adquisición de la identidad biológica..." (Navarro, 1987). Esta situación de miedo neonatal provoca enfermedades somatopsíquicas o biopatías secundarias, teniendo en cuenta que durante dicho período el patrimonio inmunitario está en curso de constitución. El estar "entre dos patrias" que caracteriza esta estructura como indica su semántica, provoca diferencias sustanciales entre distintas personas con esta misma estructura, aunque hay unos parámetros fijos. Así coexisten desde personas con un miedo neonatal primitivo (primeros días, 2 ó 3 primeros meses), donde aún no hay una distinción del *yo-no yo*, y por tanto una mínima consciencia, pero que han podido compensar esta alteración con un maternaje posterior, o una permisividad importante en el pasaje a lo muscular, existiendo una cobertura caracterial con un núcleo psicótico; hasta personas cuyo miedo neonatal está producido en meses posteriores con mecanismos psíquicos primitivos y con posibilidad de investirse progresivamente de rasgos caracteriales y musculares, pero con una clara situación de ambivalencia oral manteniendo un núcleo depresivo del que se defienden continuamente con la cobertura caracterial.

Las variaciones también dependen de las relaciones objetales durante la etapa anal y el conflicto edípico, pues aunque permanece el núcleo psicótico o depresivo que es el que marca todo su funcionamiento esencial, la apariencia social viene determinada por la combinación caracterial: Copertura masoquista-narcisista; histero-masoquista; narcisista-histérica; masoquista-compulsiva; paranoide-narcisista; histero-narcisista... En la cobertura lo que cambia principalmente es la forma de instrumentalizar el carácter para ocultar y tener paralizada la percepción de su núcleo depresivo o psicótico. Así unos utilizan la hiperactividad, otros la seducción, otros la distancia, la postura de víctima, pero estas actitudes en vez de ser fruto de una catexis edípica, tienen que ver con una catexis oral.

- Predisposición constitucional. Existirán casos con antecedentes biopáticos en padres, abuelos. Vida intrauterina con cierta predisposición al estrés y por tanto a la simpaticotonía.

- Metabolismo orgonótico (bionergía) ("Hiperorgonía disorgonótica" (Navarro, 1988). Mala distribución energética que se encuentra en exceso en ciertas zonas musculares creando una fuerte situación de *Deadly Orgone Energy (DOR)*, o energía estancada. Su capacidad de pulsación es mayor que la estructura psicótica, pero su circulación energética se ve alterada por los bloqueos superiores, por lo que necesita de toda su energía para mantener la crisis psicótica (primer segmento) o depresiva (segundo segmento). Por ello el desgaste bioenergético constante pone al sujeto en los estados definidos por Selye como síndrome de estrés y por Laborit como inhibición de la acción, con todas las repercusiones neurovegetativas y neurohormonales consiguientes. Es un estrés no consciente, siendo esa la trampa de la estructura borderline, pues para no caer en la percepción de su núcleo primitivo -buscando sobrevivir- van muriendo lentamente, siendo típicas las enfermedades agudas (infartos, hipertensión, diabetes...). En ese estado de cosas influye determinadamente el DOR superficial. Hay un agujero energético que necesita ser cubierto continuamente haciendo uso de la acción social (caracterial) para conseguirlo.

- Relación objetal y rasgos de carácter. La ambivalencia durante la relación objetal oral, o la posesividad que impide la separación-individuación provoca una fijación en ese estadio que impide en muchos casos el acceso a la dinámica libidinal edípica, desarrollando una base caracterial reactiva anal para salvar su depresión y su núcleo oral. De ahí que los distintos rasgos de carácter sean cobertura y están en función del miedo neonatal al que se han visto sometidos en relación con la figura del padre y su acción estructurante. Fundamentalmente el carácter es instrumentalizado por el núcleo psicótico o depresivo, desarrollando personajes, papeles, pues no hay una identificación caracterial. Así nos encontramos con personas con un fuerte miedo al porvenir, una fuerte falta de contacto con sus necesidades reales; siendo mentirosos consigo mismos para ocultar su falta de definición y de identidad, justificando esta ausencia con el discurso ideológico-dogmático; pobre yo y pobre superyo con fuerte carga de destructividad, dispersión; buscan estar bien por encima de todo; envidia y difamación normalizada o sumisión idealizada. Siendo típico el uso de ciertos mecanismos de defensa, según el carácter imperante, a saber: intelectualización, identificación proyectiva, supresión, introyección-internalización, denegación, negación, evitación, reinversión, desdoblamiento de los imagos, omnipotencia e idealización.

- Bloqueos y tensiones musculares. Bloqueo primitivo ocular, hiperorgonótico. Son típico los trastornos oculares, fruto de la hipertensión superficial a diferencia generalmente del psicótico, que por su bloqueo hiporgonótico no tiene suficiente carga como para la tensión ocular superficial, observándose la mirada lejana, estática, pero sin trastorno mecánico. Un bloqueo principal oral (generalmente hiperorgonótico) pero en ocasiones puede ser hipo (casos primitivos). El bloqueo secundario dependiendo de la cobertura caracterial, normalmente se da en el tercer segmento (cervical) y en el quinto (diafragmático) siempre hiperorgonóticos. Aparentemente su estructura corporal es de rigidez y de tono muscular, pero observamos más en detalle las compensaciones de los bloqueos y la disarmonía consiguiente, siendo en determinadas zonas, como el tórax, una tensión superficial compensatoria.

- Funcionamiento neurovegetativo y somático. "Simpaticotonía aguda o parasimpaticotonía reactiva con posibles biopatías secundarias y trastornos somatopsicológicos" (Navarro, 1988). Sudoración ácida y olorosa con cambios térmicos bruscos en la sesiones. Prevalencia del cerebro límbico sobre el neocórtex, aunque éste ejercita, de nuevo, la función compensatoria y aparentemente predominante.

- Realidad actual. Si no hay crisis suelen mantener una relación afectiva vinculante fruto del desplazamiento del objeto primitivo materno a esta figura actual; o, en el otro extremo se encuentran los que llevan una promiscua vida afectiva y sexual para no vincularse a nadie. Estos contrastes extremos son típicos en esta estructura, pero el hilo rojo, en términos de Reich, es decir la funcionalidad común de ambos comportamientos es el mismo: el vincularse a personas que no les causen conflicto o hasta que les pueden hacer entrar en crisis. Suelen estar bien integrados socialmente con puestos de responsabilidad, o por el contrario nos encontramos con fuertes situaciones marginales, fruto de momentos puntuales reactivos (drogadicción, delincuencia, criminalidad, etc.). En la mayoría de los casos que acuden a la consulta o vienen en situación de crisis con una búsqueda de ayuda puntual o intentarán a toda costa desimplicarse y buscar factores externos más o menos justificables para su dolencia o enfermedad. Es difícil de favorecer una alianza terapéutica. Existe la impotencia orgástica, y la dinámica sexual estará de nuevo vinculada a la cobertura, aunque siempre con base oral. La sensación del analista durante el tiempo de las sesiones con personas de esta estructura, se vinculan a la confusión, dispersión, irritación, señales que están al interior de la contratransferencia con una estructura de carácter borderline, la cual, debido a su campo orgonótico limitado, al metabolizar el DOR, en el encuentro de los dos campos energéticos, altera el metabolismo orgonótico del terapeuta. Por supuesto, esto es siempre involuntario en el paciente, siendo del orden de la respuesta inconsciente, desde una óptica reichiana.

c) *Estructura de carácter neurótica*. En las personas con esta estructura -que cada vez es menor en nuestra sociedad aumentando las otras dos estructuras anteriores- impera la organización caracterial, en cuanto que el yo se expresa a través del carácter de una forma acorazada, limitada y con filtros, según el modelo imperante de familia y el orden social establecido. Por eso para Reich, si bien el carácter protege al yo, no lo deja crecer, siendo su trampa la estructura caracterial (Reich, 1954). Se observa una normalidad y una adaptación al medio, perturbada por somatizaciones o episodios psicopatológicos diversos, no sólo neuróticos según la descripción clínica. Siendo el propio carácter un síntoma más, aunque sintónico, no reconocido, que mantiene una perturbación libidinal genital con prevalencias de períodos pregenitales según cada tipo de carácter. El término neurosis caracterial de Reich estaría implícito a esta estructura.

- Predisposición constitucional. No existen antecedentes biopáticos en la madre, pueden darse en el padre o abuelos/as. No existe disturbio estresante en la vida intrauterina.

- Metabolismo orgonótico (Bioenergía). Al verse limitada su capacidad de pulsación por la falta de circulación energética cefalo-caudal por la coraza muscular, se ve impedida la descarga del excedente bioenergético, con lo cual hay un éxtasis que va vinculado a una disorgonía en el metabolismo orgonótico que favorecen la catexis caracterial y las somatizaciones o trastornos psicopatológicos puntuales. Dicho éxtasis energético provoca un estado de ansiedad diafragmática que impulsa al pseudocontacto y a las estereotipias sociales, mantenido por la impotencia orgástica (Reich, 1927).

- Relaciones objetales y rasgos de carácter. "El factor patológico en la estructura de carácter neurótica no es el conflicto sexual infantil y el complejo de edipo como tal, sino la manera en que se resolvieron" (Reich, 1933). Esa necesidad de adaptación y resolución a los límites del desarrollo libidinal, de forma constante y estratificada desde la fase oral secundaria (10-12 meses) hasta los 5-6 años, va formando los rasgos de carácter, estructurándose con la resolución edípica. Favorecido por la

defensa de la racionalización psíquica y sin dañar de forma vital el biosistema, va estratificando la coraza compensando ciertos momentos disfuncionales primarios con la relación objetal posterior. Su capacidad de contacto y de reconocer sus necesidades biológicas-energéticas se ve limitado, y pasan a dominar las necesidades sociales. Existe una identificación caracterial, con los rasgos de carácter, que de forma combinada se dan en las personas de esta estructura: "el compulsivo, el masoquista, el pasivo-femenino, el histérico, el fálico narcisista" (Reich, 1934). Los mecanismos de defensa que imperan serán: la formación reactiva, la represión, la condenación, la proyección secundaria, el narcisismo secundario, el desplazamiento, la sublimación y la racionalización.

- Bloqueos y tensiones musculares. Tensión muscular generalizada con bloqueos - según los casos- en la zona cervical, torácica, diafragmática y pélvica hiperorgonóticos, que reflejan la imposibilidad de abandonarse al conflicto amor-odio objetal edípico y a las sensaciones orgásticas. Con un fuerte conflicto subyacente con la autoridad y con pseudocontacto relacional.

- Funcionamiento neurovegetativo y somático: Disonía neurovegetativa con más o menos síntomas. Respiración inhibida y superficial, para favorecer el pseudocontacto y su limitación perceptiva: "no sufrir mucho, pero tampoco gozar mucho". Prevalencia del neocórtex, sin integración con el límbico y el R-complex. Su funcionamiento sexual se basa en la potencia erectiva y funcionamiento mecánico genital, pero con capacidad de placer limitada y con impotencia orgástica. También puede haber disfunciones sexuales puntuales de tipo reactivo. Tendencia a mantener los roles sexuales, vigentes de acuerdo a la ideología imperante. Somatizaciones

- Realidad actual. Tenderá a una estabilidad laboral, afectiva y relacional, a no ser que se esté pasando por un período reactivo puntual que hay que saber situar. Pueden venir a la consulta por problemas relacionales, laborales, de comunicación, sexuales. por sintomatología somática neurovegetativa, insomnio, acidez, taquicardia, ansiedad; o por síntomas psíquicos: obsesión, fobia, incluso por episodios psicóticos o depresivos. Pero el hilo rojo, lo esencial, será su capacidad biofísica de contención de los conflictos, que junto a los datos anteriores nos hará pronunciarnos por un diagnóstico diferencial en esta estructura. En cuanto que aparentes síntomas neuróticos pueden ser manifiestos en personas con una estructura de carácter borderline o psicótica, con lo cual el abordaje es muy distinto. Se dará la neurosis de transferencia y la alianza terapéutica (Greenson, 1976) que facilita el trabajo sistemático con la vegetoterapia caracteroanalítica. El analista puede sentir la distancia que mantiene el paciente con el "otro", producida por la continuada pulsación del campo orgonótico, pero de escasa expansión, a no ser en momentos de brecha de la coraza (Reich, 1954).

HERRAMIENTAS TÉCNICAS

De las técnicas que expongo a continuación para acercarnos a localizar los datos que necesitamos, no necesariamente tendrán que realizarse todas. Sólo las necesarias para que cada terapeuta llegue a una hipótesis inicial de trabajo con base firme, aunque con el proceso analítico pueda ir limándose el diagnóstico y profundizando en el mismo. Es conveniente empezar por el contacto verbal, excepto, repito, en situaciones de crisis o de estados emocionales particulares del paciente.

- *Anamnesis*. Entablamos una charla con el paciente, sin estructurar, pero con un hilo conductor. Dejamos hablar, indicamos momentos de silencio espontáneo o por sugerencia nuestra y vamos recopilando datos que nos acercan a la realidad constitucional, relaciones objetales, trastornos o disfunciones psíquicas, somáticas, afectivas, desarrollo sexual, traumas físicos, amistades, relaciones familiares, relaciones laborales, vida amorosa, vida cotidiana, frustraciones, sueños que se repiten, forma de dormir, forma de comer, dietas, deportes, manías, motivaciones para empezar la terapéutica. Todo ello buscando cubrir los objetivos previos, pero sobre todo fijándonos en el cómo, en su expresividad, en sus temores, en su emotividad. Asimismo recopilaremos datos de otros miembros de la familia si se cree oportuno, acompañado de análisis clínicos si los hay o los datos de otros especialistas.

Ficha de referencia para la entrevista. Datos personales : nombre y apellidos, edad, género, profesión, dirección y teléfono, estado civil, nacionalidad, idioma que habla y trabajo que realiza. Motivo de la consulta: posible derivación, especificando terapeuta y observando el grado de implicación. Evaluación actual: laboral, familiar, afectiva, sexual, social. Existencia de tratamientos químicos en la actualidad y los que se han tomado anteriormente. Familia: padres y abuelos enfermedades (biopatías). Número de hermanos y el orden de nacimiento, edades y géneros. Evaluación Somática: repaso de disfunciones en los siete segmentos. Valoración de posible estructura biopática, en vistas a aconsejar el Test. T. de Reich. Evaluación psíquica y caracterial: capacidad y particularidades oníricas, variables perceptivas, sensitivas, corticales y límbicas. Evaluación afectivo sexual: relaciones objetales y forma de vincularse. Forma de vivir la sexualidad; nivel de implicación afectiva; vinculación entre ciertas drogas, si las tomara y su vida sexual; potencia sexual, posibles disfunciones sexuales.

Desde la entrevista se tiene ya que favorecer la relación terapéutica y si hay relación eso implica que es más de uno. No cosificamos al paciente exprimiéndole datos, sino que estamos con él y con su historia. Junto a la anamnesis podemos pasar alguna prueba o test proyectivo o solicitarlo de algún especialista, como el test de frustraciones de Rosenberg, el de relaciones objetales de Philipson, el T.A.T., el Roscharch, o el test de orientación del diagnóstico de la estructura caracterial de Navarro, 1989, así como el test de escucha de audiopsicofonología. Pruebas diferenciales biopáticas a través de analítica química, de proteínas y de oligoelementos, el test hemático de Vicennes y el test hemático T de Reich (1948). Dentro de las variables neurovegetativas observaremos los cambios de temperatura corporal; en las pulsaciones; y en las sensaciones subjetivas de sofoco, irritación, calor, frío... con el uso del Or.Ac. o acumulador de energía orgónica. Así como los cambios térmicos de la piel al tacto nuestro, la presión arterial, las pulsaciones, la sudoración, la salivación, la respuesta de la pupila a los cambios luminosos con la lamparita y la respuesta al reflejo óculo-motor donde a través del pulso radial y oprimiendo los globos oculares cerrados podemos probar el predominio simpático o parasimpático, usado en acupuntura.

El uso del masaje reichiano, técnica desarrollada por Reich, donde en estado de decúbito supino y prono, se localizan las tensiones musculares crónicas y defensivas que estructuran la coraza muscular. A sabiendas de que hay que distinguir de forma adecuada tensión muscular de bloqueo del segmento, y saber diferenciar la tensión actual de la tensión crónica. Así por ejemplo, en la cabeza, comprimimos la frente e indicamos hacer muecas al sujeto para observar la movilidad de la misma; comprimimos en las sienas el hueso o grasa de Bichat, en los músculos que mueven la inserción de la mandíbula inferior, la base occipital. Siempre manteniendo la presión uniforme en relación al tono muscular general de cada paciente y a la masa

en particular. Palpamos las apófisis mastoides, la musculatura posterior del cuello; en ocasiones pueden aparecer al contacto nódulos fibrosos fruto de la propia tensión del haz muscular, que observamos va desapareciendo conforme se va realizando el proceso analítico. Palpamos los esternocleidomastoideos desde la inserción mastoidea hacia la clavícula y el hombro, los trapecios; los músculos pectorales, observamos la movilidad respiratoria, superficial y profunda forzando el tórax, comprimiendo el diafragma y abdomen; compresión de las fosas ilíacas, presión en muslos internos, gemelos, nivel inguinal, musculatura posterolateral de la columna vertebral, sintiendo la resistencia que hay para acceder a la musculatura paravertebral; la tensión diafragmática, los glúteos... Realización de ciertos actings - movimientos neuromusculares con funciones estructurantes históricamente hablando- con el fin de profundizar en la capacidad de ejecución de la función o el grado de alteración de la misma, según la respuesta neuromuscular. Esto también nos sirve para observar las compensaciones musculares y por tanto características, pues "cada segmento de los siete de la coraza tiene correlación con un tiempo histórico y con una situación psicodinámica básica" (Navarro, 1987).

Los actings más significativos son: Para el primer segmento u ocular, seguir el movimiento de la parte luminosa de una linterna subiéndola, siguiendo la línea frontal y aproximándola al descender hacia la punta de la nariz. Se pueden observar problemas de convergencia ocular y de predominio de un ojo sobre otro, así como la diferencia entre ver y mirar, elementos todos ellos vinculados al período pre y neonatal primitivo. Para el segundo, el oral, indicamos al sujeto que muestre los dientes teniendo éstos cerrados, con los labios abiertos focalizando un punto. También podemos combinarlo realizando el giro de 360 grados con los ojos, donde se denota la función de la agresividad retención de la rabia oral y el conflicto social. Para el tercer segmento, cervical, indico al sujeto que deje caer la cabeza fuera del diván, sacando todo el cuello. Para el cuarto segmento, torácico, indicamos al sujeto que al mismo tiempo que golpea el diván con los puños cerrados teniendo los brazos rectos y estirados, diga la palabra ¡YO! con el tono de voz y la fuerza con que se identifique. En el quinto segmento o diafragmático invitamos a espirar sacando la vocal A, abriendo la garganta y al mismo tiempo adelantando los hombros. Con este movimiento involucramos desde el primer al sexto segmento, pues cada segmento posterior se apoya en las funciones de los segmentos anteriores. Por eso en la metodología de la vegetoterapia, siguiendo la enseñanza de Reich y de Navarro, realizamos la sistemática desde la zona cefálica a la caudal. Para el séptimo segmento, el pélvico, indicamos que levantando la zona pélvica y apoyándose en las piernas dobladas en contacto los pies con el colchón, muevan la pelvis de derecha-izquierda.

El tiempo para cada acting es de 5 a 10 minutos, pero nos interesa ver, repito, los mecanismos superficiales, la impronta masoquista o narcisista de cada persona, la forma de ocultación de sus límites su necesidad de quedar bien, su «no puedo» y tantas otras cosas que se observan estando con el cuerpo del paciente o de la paciente, teniendo en cuenta que tanto los actings de diagnóstico como la vegetoterapia individual se realiza estando el paciente en postura de decúbito en el diván reichiano.

Por último, todas estas pruebas deben ir unidas, como decía anteriormente, a la observación de la propia respuesta energética emocional y neurovegetativa del orgonoterapeuta, conduciendo la empatía y la contratransferencia al terreno del contacto orgonómico. No hay una prueba definitoria de una estructura, es la respuesta multifactorial coherente y sistemática lo que permite el diagnóstico diferencial adecuado. Teniendo presente que en dicho diagnóstico sólo hay un objetivo: el de la búsqueda de la eficacia del proceso analítico, y no va unido ni a

cuestiones morales o valorativas, ni de juicio, solo a "la funcionalidad analítica para preparar el viaje", reconociendo la particularidad de cada uno y donde el propio terapeuta también está inmerso. A sabiendas, para finalizar, de que sólo con una adecuada supervisión individual y en grupo, conscientes de la capacidad que da al analista reichiano su propia orgonoterapia personal, se puede llegar a tener un control cada vez más amplio y seguro del diagnóstico diferencial y de su función terapéutica.

El trabajo en grupo dentro de la vegetoterapia caracterooanalítica

Reich en su trabajo clínico no utilizó el grupo. Tampoco hizo mención de esta modalidad terapéutica en sus escritos, si bien es cierto que la terapia de grupo comienza a conocerse y extenderse en EE.UU. por los años 50, década en la que Reich estaba centrado fundamentalmente en su trabajo de profilaxis y de investigación orgonómica. Teniendo en cuenta el recorrido de las terapias neoreichianas, y con la influencia también de la terapia grupoanalítica de Foulkes y de Grotjhan, he desarrollado una sistemática de trabajo grupal que sea coherente con los objetivos y con la sistemática de la vegetoterapia individual, siéndome de gran ayuda laboral Maite S. Pinuaga y la del resto de colegas de la Es.TE.r. que han ido integrando este trabajo en su praxis clínica y que ha sido la conclusión de años de evaluaciones y seguimientos clínicos grupales.

- **Objetivos:** Sin poder separar el trabajo de la vegetoterapia de grupo con el de la vegetoterapia individual, podemos con su praxis, alcanzar mayor eficacia y mejores resultados en ciertos aspectos desarrollados durante el proceso analítico, así: Reactiva la experiencia histórica reprimida vinculada al grupo social, como entidad (institución familiar, escuela, pandillas...). Siguiendo a Borrelli, «facilita el afianzamiento del individuo en el encuentro con el círculo social más amplio, resolviendo los episodios de sociosis (Borrelli, 1979). También, según Borrelli, facilita "la disponibilidad al contacto, a la humanización del sujeto, reinsertándose en el mundo que rechazaba y del cual se sentía rechazado" (Borrelli, 1979). Sin que esto suponga una adaptación neurótica y sumisa al medio social, sino que al tener una identidad propia y poder estar con el otro, puede contactar y comprender aquello que impide la funcionalidad en el sistema grupal o social. Así, facilita un encuentro con el Otro, distinto al terapeuta, pero dentro del espacio terapéutico: éste se amplía al grupo con todas sus consecuencias, evidenciando situaciones clave en un determinado momento con la interiorización de que «hay otras formas de vivir la terapia distinta a la mía». Dinamiza conflictos internos vinculados sobre todo al superyo social. Permite elaborar con mayor fluidez conflictos de identidad sexual e intersexual. Permite una mayor elaboración de la comunicación receptor-emisor; yo-otro, en su vertiente existencial, fenomenológica y se abre el posible círculo cerrado del paciente-terapeuta. Sobre todo cuando se trabaja con dos terapeutas. Al terapeuta le sirve como otra referencia de diagnóstico y de evolución del paciente. Se dinamiza el trabajo neuromuscular, emocional y de motilidad energética con el trabajo ordenado en los siete segmentos, combinados con técnicas de otras terapias de grupo (psicodrama, análisis sistémico, gestalterapia, bioenergética), pero con una dinámica integradora propia.

- **Enquadre clínico:** Pensamos que es preferible el trabajo de coterapeutas mixtos. Se puede realizar en sesiones de 2 horas semanales o una sesión mensual de 4-5 horas según las posibilidades infraestructurales. Preferiblemente los participantes del grupo deben ser pacientes en vegetoterapia individual de los terapeutas de grupo. En caso de que haya pacientes de otros terapeutas debe existir una gran sincronía entre los terapeutas individual y de grupo para evitar dispersiones y acting-out que se escapen al análisis y siempre con pacientes que han realizado ya un trabajo individual importante. La participación en el grupo se produce cuando en su terapia

individual se ha elaborado favorablemente el material analítico surgido durante el trabajo con los dos o tres primeros segmentos, excepto casos excepcionales controlados por el terapeuta individual. Su participación es voluntaria y por indicación del terapeuta individual, favoreciendo la alianza terapéutica con los terapeutas de grupo y con los participantes del mismo.

El número ideal de participantes para dos coterapeutas es de un mínimo de 8 y un máximo de 14, de ambos sexos. Existiendo la posibilidad de que participe eventualmente alguna persona en una, dos o varias sesiones del grupo, pero conociendo previamente los participantes, que dicha persona no tiene un compromiso grupal. No existe la regla de abstinencia entre los pacientes respecto a posibles encuentros fuera del grupo. Pero sí debe ser un material analítico sobre todo en relación a posibles acting-out. Es preferible que en el contrato grupal, la duración del mismo, tenga un comienzo y un final marcado. Tiempo durante el cual se trabaja para conseguir unos objetivos grupales, según el ritmo de cada cual. Pues la elaboración individual, con objetivos individuales se realiza en el eje central y básico de su proceso analítico, la vegetoterapia individual. La medida indicada como ideal es de dos años. Posteriormente si el análisis continúa se puede integrar en otro grupo de terapia. El alargar mucho o indefinidamente la vegetoterapia de grupo supone un encuadre que lo separa de sus objetivos. Existe un compromiso de cada participante con el grupo, tanto de secreto profesional como en la asistencia, en respetar el tiempo de duración del grupo.

- Fases terapéuticas: Un primer período donde impera un sistema con subsistemas cerrados, con poca circulación energética intersistémica, siendo la base emocional el miedo al otro y la respuesta individualista narcisista paranoide. Así el objetivo terapéutico durante este primer período, que ocupa 6-7 meses, se centrará en poner medios que faciliten el acceso y la receptividad al otro, con la ruptura narcisista cuestionando al fantasma. Es lo que Borrelli describe como «los encuentros iniciales con estructuras cerradas, dentro de las cuales está un individuo frustrado, incapaz de transmitir y recibir, inmovilizado en el miedo de ver el propio cuerpo y el de los otros, cerrado en el propio egoísmo y en la propia incapacidad de contactar (Borrelli, 1979). Por eso, siguiendo a Borrelli los primeros movimientos que se indican al grupo son «con los ojos y las manos, enseñando al sujeto a mirar a los otros seres humanos que le rodean, dándose cuenta de que existen otras entidades humanas que viven y sufren como él» (Borrelli, 79). En esta etapa existe la tendencia defensiva a buscar la alianza individual con el terapeuta (regresión a la madre) o la alianza del grupo contra el terapeuta (reactividad contra la autoridad persecutoria). Coincide con el trabajo con los dos primeros segmentos de la coraza caracteromuscular.

Una segunda etapa con una mayor motilidad energética y una mayor situación expansiva y de abandono emocional, con un aumento de la interrelación grupal, produciéndose desplazamientos de afectos, proyecciones, actuaciones narcisistas, sadomasoquistas, remarcando los roles, entre los miembros del grupo. Coincide con el trabajo neuromuscular del tercer y cuarto segmento. Se debe hacer hincapié en la elaboración diferencial entre rol y función; el respeto al ritmo individual; la diferencia entre crítica y censura o juicio y la posibilidad de reconocer al otro sin dejar de sentirme, teniendo presentes las reacciones transferenciales. Coincide con los momentos de expresar con la voz-mirando al otro y con las palabras ¡no! y ¡yo!, como luego veremos. Fase de autonomía grupal, con movilidad energética intergrupala, capacidad de contacto y expresión de sentimientos en una atmósfera de respeto y colaboración constructiva. Hay un aumento del deseo de relacionarse con el exterior, de ampliar amistades. Se vive la participación en el grupo con placer. Coincidiendo todo ello con el trabajo neuromuscular del segmento diafragmático-

abdomen-pelvis (quinto a séptimo). Durante este período surge la elaboración de la censura y la culpa y la integración de funciones. Aparecen frecuentes actings-out como medio de resistencia para vivir fuera del grupo lo que no se atreve a realizar en el deseo sexual, situaciones agresivas.

Facilitando la posibilidad de proceder primero al interior del espacio terapéutico y a partir de ahí potenciar la acción fuera del grupo y "llevar fuera de éste tales conquistas, para unificar los momentos de crecimiento en el grupo y en la vida cotidiana. Sólo entonces estaremos seguros de que se ha iniciado la fase final de la terapia: cuando él sepa mirar y ser mirado, acariciar y ser capaz de abandonarse a la caricia... (Borrelli, 1979). Todo ello se resume en el reconocimiento del otro sin dejar de sentirse y sin perder la realidad del sistema grupal, que es lo que facilita una circulación energética sistémica: así, por ejemplo, puedo desear al otro y sentir que el otro también me desea, pero al mismo tiempo, siento y tomo conciencia del lugar donde estoy para proceder de la mejor forma esa situación. Por último tiene que darse un reconocimiento de los propios límites y de los límites de los otros. La consecución de estos objetivos y el proceso de estas tres fases no se produce en todos los miembros del grupo, lógicamente, pues ello está en función del ritmo individual en base al proceso individual. Pero la experiencia grupal enriquece el crecimiento de cada sistema individual y quien no haya concluido su trabajo puede integrarse o comenzar otro compromiso grupal, siendo siempre esta segunda experiencia distinta y entre otras cosas un comprobante tanto para el terapeuta como para el sujeto de la evolución.

- Actings y elaboración analítica: A partir de la reproducción de los actings que se indican, la mayoría de ellos similares a los realizados en la vegetoterapia caracterioanalítica individual (Navarro, 1990), realizándose, individualmente en el grupo: en pareja en el grupo; o entre todo el grupo, se facilita el sentir el «aquí y ahora», y la elaboración con la palabra permite integrar la vivencia con los elementos del entonces (carácter-resistencias), pero teniendo presente que, más que en ningún otro sitio en el grupo, puede ser una resistencia a la emoción, al contacto del aquí y ahora grupal. Debemos dar el paso a lo vivido (influencia histórica de Reich), pero sin banalizar la vivencia y con la adecuada integración analítica posterior. Tanto en el grupo como en el análisis individual. Teniendo clara la diferencia entre catarsis histeriforme y la abreacción neuromuscular (Serrano, 1986). La reproducción de los actings se realiza estando tumbados, sentados y en ocasiones de pie. El estar de pie nos puede recordar a la postura de *grounding* de Lowen, pero hay dos diferencias considerables: La persona se sitúa de pie frente al otro, en el grupo solamente, siguiendo la lógica funcional de adoptar una actitud corporal-social, sin buscar el stress postural, estando simplemente de pie y no en *grounding*. Se sitúa dentro de un encuadre clínico distinto al emplear una sistemática cefalo-caudal y situar el tiempo grupal al interior de la vegetoterapia individual en el diván reichiano.

El acting supone un medio indicativo para el o la paciente, pero la forma de realizarlo es subjetiva y estará condicionado por su carácter, sus tensiones y la fluctuación del movimiento en base a lo que la realización del mismo le sugiera a niveles efectivos. Todo esto es material analítico. Generalmente, se combina, un primer tiempo de trabajo individual en el grupo, donde todos hacen el mismo acting, pero permaneciendo en sus sensaciones, posteriormente hay un pasaje a lo grupal, a continuación un tiempo de estar en pareja, vuelve el pasaje a lo grupal, a continuación un tiempo individual en el grupo, combinando un tiempo dedicado a los actings con un tiempo para verbalizar e integrar lo vivido. También se realizan trabajos con técnicas psicodramáticas. Todo ello llevando una dinámica cefalocaudal del segmento ocular al pélvico e integrando la experiencia con la elaboración analítica en el grupo intentando que sea el propio grupo quien va asumiendo una

función activa y relegando la función de los terapeutas, e integrando todo ello en la propia vegetoterapia individual.

Para finalizar, insisto en que la vegetoterapia de grupo es una herramienta muy útil situándola al interior del proceso terapéutico de la vegetoterapia individual y con esa relación terapéutica como eje central de todo posible cambio. Estando de acuerdo con Borrelli en que una forma de finalizar una persona su vegetoterapia es permaneciendo en un grupo de vegetoterapia hasta su término, habiendo realizado previamente su última sesión individual. A sabiendas de que para trabajar como orgonterapeuta con la vegetoterapia de grupo, junto a las condiciones a las que he hecho referencia en el artículo, será necesario nuestra propia experiencia personal como paciente grupal y una adecuada supervisión posterior, junto al proceso de formación del orgonterapeuta.

La psicoterapia breve caracteroolítica

Freud en el año 1937 -tal vez influido por Ferenczi, Rank y la experiencia de la policlínica psicoanalítica de Viena-, señala la necesidad de abreviar el análisis, aunque también es cierto que un año después, en una de sus obras clave, escribe que el psicoanálisis debe ser prolongado y que los intentos por abreviarlo constituirían la desnaturalización de sus principios fundamentales (Freud, 1938). Hay psicoanalistas que continúan investigando y trabajando con tratamientos breves. En 1946 Alexander y French -intentando mantener los esquemas teóricos psicoanalíticos clásicos y retomando, entre otras (aunque sin reconocerlo en su obra) algunas aportaciones de Reich (principio de identidad psicósomática y la importancia de la expresión emocional de las experiencias traumáticas en el espacio terapéutico)- publican su obra *Psychoanalytic Therapy* donde se refleja la experiencia de varios años de práctica de terapia breve en el Instituto de Chicago. También en Estados Unidos junto con Lindemann, Kardiner y Wolberg (1965), destaca la labor de Bellak y Small (1970), que en la década de los 50 investigan aspectos básicos en terapia breve como son: el foco, la forma de interpretación para favorecer el insight y el encuadre específico para esta forma de trabajo clínico y para el abordaje de las crisis.

Es en la Tavistock clinic de Londres donde en 1950 se ponen los cimientos sólidos para la práctica clínica de la psicoterapia breve, a través de las investigaciones y seguimientos clínicos realizados por Balint (1957) y Malan (1963). La inclusión del diagnóstico y selección de pacientes, la identificación del focus terapéutico y la interacción emotiva que se produce en la relación terapéutica son algunas de sus aportaciones fundamentales. Gillieron (1983) ha profundizado en esta línea, en el Policlínico Universitario de Lausana (Suiza). En Argentina, destaca la obra de Kesselman (1970) y de Braier (1984). Ya más actual es la obra de Sifneos (1992), y la de Davanloo (1992), que organiza en 1975 el I Simposium Internacional de Psicoterapia Breve en Montreal. Sin poder olvidar las importantes aportaciones que desde una óptica sistémica-relacional, realiza la escuela de Palo Alto a través de la obra de Bateson, Weakland y Watzlawick. En España, Coderch (1987), sin utilizar el término "breve" mantiene la diferencia técnica entre la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis propiamente dicho, existiendo otros profesionales que continúan la labor de los llamados "grupos Balint", sobre todo en su aplicación hospitalaria.

Es importante señalar que algunos de los autores antes reseñados resaltan la importancia que tiene la experiencia emocional en el transcurso del análisis, manteniendo la idea de Freud (1905) cuando escribía: "En numerosos estados

ánimicos que se denominan afectos, la participación del cuerpo es tan notable y espectacular, que muchos psicólogos han llegado a aceptar que la esencia de los afectos residiría únicamente en esas extraordinarias manifestaciones corporales. Son de todos conocidas las alteraciones de la expresión facial, de la circulación sanguínea, de las secreciones, del estado excitativo, de la musculatura voluntaria, que pueden producirse bajo la influencia del miedo, de la ira, del dolor anímico, del éxtasis sexual y de otras emociones.

Los afectos, en sentido estricto, se caracterizan por una muy particular vinculación con los procesos corporales; pero en realidad, todos los estados anímicos, incluso aquellos que solemos considerar como procesos intelectivos, también son, en cierto modo, afectivos y a ninguno le falta la expresión somática y la capacidad de alterar procesos corporales". Así, por ejemplo Malan escribe: "¡Cuántos enfermos se presentan en clínicas o consultorios psiquiátricos y se les diagnostica depresión (con tratamiento de antidepresivos) o ansiedad (con tranquilizantes), cuando el verdadero diagnóstico sería el de sentimiento penoso no exteriorizado, para lo cual el tratamiento indicado es expresarlo y que no reclama más capacidad que la poseída por cualquier ser humano reflexivo!" (Malan, 1979). Sin duda encontraremos alguna similitud con esta frase de Reich (1942): "La psicología analítica prestaba sólo atención a aquello que los niños suprimían y a las razones que tenían para hacerlo, sin preocuparse por la forma en la que luchaban contra sus emociones". Sin embargo, es justamente ese aspecto fisiológico del proceso de represión el que merece nuestra mayor atención.

Es sorprendente encontrar, una y otra vez, cómo la disolución de la rigidez muscular, no sólo libera la energía vegetativa, sino que vuelve a traer a la memoria el recuerdo de la misma situación infantil en que se había efectuado la represión.

Cabe afirmar que cada rigidez muscular contiene la historia y el significado de su origen. La neurosis no es en modo alguno, únicamente, la expresión de un equilibrio psíquico perturbado: es mucho más correcto y significativo considerarla como la expresión de una perturbación crónica del equilibrio vegetativo y de la motilidad natural.

También Davanloo (1992), utiliza el análisis de las resistencias con el intento de desbloquear el inconsciente, facilitando la emergencia de las pulsiones destructivas a través de la elaboración de la transferencia negativa, continuando, en este sentido los pasos de Reich. Si bien Reich lo utilizaba dentro de un contexto psicoanalítico, y desde mi punto de vista, utilizarlo en un encuadre breve como hace Davanloo solo beneficia a algunas personas con una estructura de carácter neurótica, siendo incluso perjudicial y peligroso para las otras. Sifneos (1992), también habla de resistencias caracteriales y de facilitar la emergencia de las pulsiones y de las emociones. En su exposición, ni Davanloo ni Sifneos reconocen la similitud con los planteamientos caracterioanalíticos de Reich, pero es evidente la semejanza de algunos de sus aspectos teóricos y técnicos.

Dentro de la línea postreichiana, Raknes (1950) intenta aplicar el modelo de la orgonoterapia en algunos tratamientos que por necesidades coyunturales tuvieron que ser breves y con buenos resultados: "Este año he hecho algunos intentos con la orgonoterapia cuando por circunstancias particulares un tratamiento completo no podía ser planteado y en los que yo pensaba se podría obtener una mejoría en el poco tiempo disponible. Estos tratamientos breves han durado de 3 a 4 meses (12 a 15 h.), hasta 3 horas". Personalmente mi práctica clínica como orgonoterapeuta postreichiano, especializado en vegetoterapia caracterioanalítica de adultos, me ha permitido profundizar en el inconsciente, en los procesos emocionales y en la

comprensión de algunas de las claves profundas de la estructura humana, pero es una realidad que los objetivos de la vegetoterapia, dentro de las denominadas terapias profundas, son amplios y por tanto, costosos en tiempo, en compromiso y en economía. Y en muchas ocasiones estos factores coyunturales limitan los procesos terapéuticos.

Concedor de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica y de los autores contemporáneos antes señalados, de las aportaciones que Raknes realizó en este campo e identificado con el pensamiento social de Reich, no he dudado nunca en atender desde 1980, empezando a trabajar como especialista, casos con encuadres clínicos breves o a personas en crisis, buscando otras alternativas al psicofármaco, y aplicando el marco clínico de la vegetoterapia -orgonterapia teniéndolo que adaptarla este nuevo encuadre. Desarrollando, con el tiempo, -y a través del intercambio profesional con otros colegas de la Es.Te.R. y retomando las enseñanzas y conclusiones de varios años supervisando seminarios de casos a profesionales que empezaron a practicar este modelo terapéutico-, una sistemática con identidad propia dentro de las psicoterapias breves dinámicas y dentro de la psicoterapia corporal. A esta sistemática la he definido como Psicoterapia Breve Caracteroanalítica (PBC), en cuanto que el foco terapéutico está íntimamente ligado al concepto de carácter desde la perspectiva reichiana. Si en el caso de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica el referente es el psicoanálisis, en el caso de la PBC el referente ha sido y es la vegetoterapia caracteroanalítica,, teniendo presente las importantes aportaciones clínicas de Navarro en la elaboración de una sistemática de trabajo clínico con la vegetoterapia caracteroanalítica (Navarro 1990) y su aplicación, partiendo de un diagnóstico y una concepción epistemológica estructural (Serrano, 1990, 1991). Teniendo en cuenta que al hablar de carácter ya estamos hablando, siguiendo a Reich, de su función de defensa psíquica y somática.

- Objetivos: La PBC se puede aplicar en medios tan diversos como los centros de salud, hospitales, ambulatorios y en clínicas privadas, para que con un coste menor para el paciente, puedan obtener los beneficios que dicho abordaje supone. Fundamentalmente, reducir el estado de alienación a que se ve sometida la persona en este sistema social, y fomentar el nivel de conciencia de la realidad que le rodea y de sus procesos intrapsíquicos y corporales, es decir, de su propia realidad caracteral estructural y de sus potencialidades yoicas, permitiendo así que la persona sea más dueña de su vida y como consecuencia tenga una mayor capacidad de compromiso con lo social como elemento causante -a través de la estructura familiar-, del disturbo de la enfermedad. Se trata de facilitar a nivel social, una medida de cambio y de profilaxis indirecta a través de un abordaje psicoterapéutico y del empleo de unas herramientas por unos profesionales de la salud que sienten que el combate con la enfermedad implica un claro compromiso social y de cambio (Serrano, 1991). Esta reducción del sufrimiento, siguiendo la concepción de la salud y de la enfermedad, de Reich y del paradigma reichiano, facilita, asimismo, un cambio en la percepción y autopercepción de su imagen corporal y un conocimiento de sus funciones vegetativas emocionales y psíquicas, que le hacen ser más consciente de la lógica funcional que acompaña su sintomatología, reduciendo así su nivel de resistencias caracteromusculares, grado de contracción vegetativo y miedo nuclear. Favoreciendo en general, la emotividad y la expresión de sus afectos en una atmósfera de integración analítica de la experiencia emocional y del insight, utilizando dentro del setting terapéutico tanto herramientas verbales como corporales, aplicadas en función de las estructuras de carácter (Serrano, 1990), la fase de la terapéutica y los objetivos individuales a alcanzar.

Como consecuencia de lo anterior, habrá un reblandecimiento del carácter, el cual, a partir de que el paciente vaya viviéndolo como un factor sintomático y nocivo (Reich,

1936), se facilitará la comprensión de la diferencia entre su yo como potencialidad y su carácter como comportamiento defensivo. Es por tanto, importante la idea de retomar el síntoma y buscar su lógica a partir del principal rasgo de carácter, en cuanto que dicho rasgo caracterial facilita su asentamiento. Así, por ejemplo, una situación de estrés laboral no será abordada directamente con el consejo de: "tienes que dejar alguno de los trabajos", sino analizando sistemáticamente el beneficio secundario, las consecuencias de ese estrés -favorecido por una impronta caracterial, generalmente de tipo fálico-narcisista o compulsivo-masoquista-, que le lleva a vivir con una determinada concepción del poder y/o del deber, manteniéndose latente su situación depresiva de base. Es importante señalar que los objetivos generales que he descrito estarán siempre vinculados a la lógica que subyace en cada estructura de carácter (Serrano, 1990). Con importantes diferencias, en cuanto que lo descrito anteriormente respecto al análisis del carácter será muy útil en la estructura del carácter neurótico y en ocasiones en la estructura borderline, pero nunca en una persona con una estructura psicótica, pues ésta al caracterizarse por una ausencia de defensas (rasgos de carácter) estructuradas, nuestro abordaje clínico se basará en facilitar elementos que le permitan desarrollar un carácter flexible (Federn hablaba de "reforzamiento yoico"), pero necesario para hacer frente a la fuerza de los impulsos desbordantes de sus pulsiones y necesidades en una realidad rígida y normalizada. Es por ello característico de la PBC, y elemento fundamental, asumir las diferencias estructurales para un buen abordaje clínico.

- El diagnóstico: Siguiendo el esquema clínico de la vegetoterapia en cuanto sistemática profunda y siendo coherentes con la base social del encuadre de la PBC nuestros criterios de análisis son muy amplios desde el punto de vista clínico, pues, según la Evaluación Estructural del Diagnóstico empleado (DIDE) aplicaremos la sistemática diferencialmente, intentando obtener los beneficios terapéuticos que la sistemática se plantea con cada estructura de carácter. Lo que nos hará plantear al paciente la posibilidad de elegir entre la vegetoterapia-orgonterapia (sistemática profunda) o la PBC (sistemática breve), dentro de nuestro marco clínico, -una vez descartada la posibilidad de realizar la derivación a algún profesional de otro modelo terapéutico-, será fundamentalmente el mayor o menor nivel de implicación personal, de motivación, de la posición existencial y la mayor o menor posibilidad de afrontar el compromiso económico. En cuanto que es importante que la terapéutica se interiorice como algo positivo al principio -precisamente para que si va ocurriendo lo contrario pueda deberse a dinámicas inconscientes y transferenciales, las condiciones coyunturales deben ser cómodas y favorables para el paciente-, esta última variable será básica para asumir un encuadre u otro. Por esto, como inicio de la relación terapéutica y antes del encuadre y del contrato terapéutico realizamos el DIDE (Serrano, 1990), que permite tanto conocer la estructura de carácter antes descrita como la forma de realizar el contrato en base a esta estructura y por tanto el encuadre clínico a desarrollar.

Una vez realizado el DIDE, efectuaremos el contrato terapéutico, creando un compromiso con el paciente en base al número de sesiones, generalmente una a la semana de 50 minutos, durante un tiempo que no excederá de 9 meses y con los honorarios que se acuerden, que por pequeña que sea la cantidad es conveniente la abone el paciente directamente. Todos estos elementos facilitan la alianza terapéutica (Greenson, 1967), que se debe favorecer ya desde el inicio del contrato. Actualmente, dentro de la Es.Te.R estamos validando experimentalmente la figura del evaluador (Sifneos, 1992), separando el diagnóstico de la terapéutica. Es evidente que en los casos con una estructura psicótica esto no es factible pues el vínculo se crea, o no, desde el principio y en función de esto el caso lo deberá asumir

el terapeuta que hace el diagnóstico o derivarlo Este aspecto, como otros tiene que ver con la mayor o menor analizabilidad del paciente y de los criterios de selección. En este sentido tanto Sifneos como Davanloo siguen criterios muy exigentes y por tanto, elitistas, diferentes a los usados en PBC, tal como hemos descrito anteriormente.

- El foco: El foco terapéutico que sería para Malan (1963) "la interpretación esencial sobre la cual se funda toda la terapia", habría que diferenciarlo siempre del objetivo terapéutico y sería el pilar fundamental sobre el que desarrollar el proceso terapéutico junto con la elaboración de la relación terapéutica y la confirmación de la "hipótesis psicodinámica mínima" (Malan, 1963). Esta última para Braier (1984) sería inicial y la define como: "Un esbozo reconstructivo de la historia dinámica del paciente, un intento de comprensión global de su psicopatología que tiende a incluir todas las perturbaciones de aquél que nos sean conocidas (entre las que se encuentran las correspondientes al foco) y que se constituye a partir de los datos que aportan las primeras entrevistas y el psicodiagnóstico". Estoy de acuerdo con este autor en presentar la paciente, como elemento de encuadre y favorecedor del asentamiento de la alianza de trabajo, los objetivos del tratamiento junto a la hipótesis psicodinámica inicial. Pero diferenciándolo del foco pues éste estaría vinculado desde mi punto de vista, al "hilo rojo caracterial" (Reich, 1936), es decir, aquel rasgo que caracteriza la estructura. Es, por tanto, un concepto diferente al utilizado por Malan y por el resto de autores de la psicoterapia breve.

Al ser el foco el rasgo de carácter predominante, es por tanto aquello que el paciente percibe como su YO, con lo que más se identifica y lo que precisamente más le está separando de su YO, su mayor defensa, su mayor coraza, y por regla general, aquello que, o por excesiva debilidad de ese rasgo caracterial o por excesiva hegemonía respecto al resto de las variables estructurales, provoca la disfunción y la sintomatología. Siendo por tanto aquello que debe de ser el punto de mira permanente del terapeuta, y por tanto, no será comunicado al paciente sino que será elaborado desde la referencia técnica del análisis del carácter, según el modelo postreichiano estructural (Serrano, 1994). Otra variable fundamental, como veíamos antes, es el manejo de la relación terapéutica. Existiendo tres aspectos básicos y característicos de la psicoterapia breve, en general, y que contemplamos con alguna particularidad en la PBC, a saber: La alianza de trabajo o terapéutica, la elaboración permanente de las reacciones transferenciales, y el manejo de la contratransferencia.

Siguiendo a Wolberg, serán muy importantes -a diferencia de las terapias profundas-, las expresiones terapéuticas del analista, comunicando en ocasiones nuestro sentir para facilitar el desmembramiento de una resistencia o como facilitador de la alianza de trabajo, pero no como herramienta de elaboración ni como insight. Es fundamental el que la alianza de trabajo o terapéutica (Greenson, 1967) se mantenga, porque, por una parte la implicación y la postura activa del paciente es permanente, y por otra al estar manteniendo la presencia de lo real y de lo actual en la relación terapéutica, es más simple la elaboración de las reacciones transferenciales, es decir de los emergentes históricos afectivos que se desplazan hacia el terapeuta reproduciendo actitudes similares a la de los objetos parentales en el espacio terapéutico, sin dejar que se asiente la neurosis transferencial. Así en las estructuras borderline y neurótica, analizaremos las reacciones transferenciales negativas latentes que se reflejan a través de los discursos oníricos verbales o corporales. Esto implica que el análisis inmediato de la reacción transferencial impide el asentamiento de la neurosis transferencial y por tanto de la regresión. En el caso de la estructura psicótica, la alianza terapéutica favorecerá el vínculo que permite la referencia mimética de la que antes hablábamos, pero sin utilizar una función de

objeto primitivo, y por tanto, tampoco el "maternage". En general, facilitaremos la proximidad afectiva, pero respetando una distancia y un espacio que, simbólicamente, está marcado por la "mesa", siendo un elemento más para alcanzar los objetivos que nos marcamos.

Tomando como punto de partida la reacción transferencial (Coderch, 1987), durante la interpretación y el análisis de resistencias, encontraremos algunas actitudes que debemos tener en cuenta: no sentir ganas de hablar, el expresar las cosas sin afecto (no hay una emoción vinculada a dicho discurso), las posturas del paciente, la repetición de un tema que está indicando que está ocultando otros más importantes ocupando un tiempo de éstos, la hostilidad encubierta (retraso a las sesiones, el olvido de pagar, etc); todos estos hechos se analizarán puntualmente in-situ, en tanto que lo que buscamos es el análisis de dichas reacciones transferenciales. Buscando siempre la conexión caracterial, y por lo tanto el sentido histórico que subyace a ese comportamiento actual que se repite en el análisis. Creando como consecuencia un reblandecimiento del carácter y una mayor flexibilidad en la coraza. En la estructura psicótica se mantiene un vínculo que permite ir comprendiendo, su sensación de desconfianza visceral, de pánico al abandono la lógica histórica que subyace a esa forma irracional de sentir la relación con el terapeuta, utilizando, en estos casos, más un abordaje pedagógico que analítico y con un lenguaje simbólico-arquetípico que sintonice con el discurso psicótico.

Veamos, por ejemplo, qué hacemos cuando hay una negación de la interpretación. Esta sería una forma de respuesta transferencial que Reich llama de transferencia narcisista que se da en las estructuras borderline. Por eso, la forma de resolución de esta situación terapéutica va a permitir o impedir que estas personas se abandonen al proceso terapéutico, ya que en el momento en que el terapeuta le cuestiona, el paciente se sitúa por encima del terapeuta y le cuestiona. Diríamos dinámicamente, que se sitúa por encima de la madre, entrando dentro de una dinámica paranoica. Hay que analizar rápida pero delicada y sutilmente esta acción, su mecanismo de defensa, el elemento caracterial que conlleva su mecanismo de desprecio y de rechazo, y el fondo de necesidad que existe aunque, con una aparente autosuficiencia. Al mismo tiempo, es importante abordar este punto sin crear una herida narcisista básica situando un punto de realidad e intentando que la persona comprenda el porqué de su actuación, para cubrir el objetivo de dinamizar el proceso.

Algunas de las resistencias están claramente vinculadas a rasgos de carácter específicos. Así en el rasgo de carácter histérico, encontraremos una fuerte emocionalidad o dramatización que tenderemos también a analizar *in-situ*, siguiendo el sistema ya mencionado, siempre buscando situar en el punto de realidad a la persona, haciéndole ver, de nuevo, que "esa forma de actuación tuya no te favorece y que, en el fondo, no la necesitas y que, como terapeuta, tampoco te la requiero ni te la pido". En el carácter compulsivo y también en algunos rasgos de la estructura borderline, aparece la intelectualización constante, que se interpretaría en el siguiente sentido: "con tus procesos de pensamiento intentas ocupar el lugar de todos, sin permitir el acceso directo "al otro", por el propio conflicto que te produce la relación real". En el fondo se trataría, siempre, de dinamizar elementos existenciales vinculados al carácter que le impiden aproximarse al principio de placer. Es evidente que al ser un encuadre breve, la actuación del terapeuta es más activa y esto ocasiona que su actuación provoque una experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1946). Al llevar un comportamiento diferente al que sus padres llevaron con él de pequeño, o bien reforzar los rasgos caracteriales del paciente al reproducir, inconscientemente el terapeuta, la misma actuación que llevaron sus padres con el paciente. Si bien esta estrategia no será consciente ni

provocada, precisamente para que puedan darse las reacciones transferenciales al no tener el terapeuta una posición prefijada. La experiencia emocional correctiva se dará precisamente porque se tiene la posibilidad de vivir lo no vivido (y en esto entra también el aspecto destructivo consecuencia de la frustración y de la insatisfacción) en un espacio permisivo (el terapéutico), descondicionándolo de esa influencia emocional histórica. Y en este sentido, al trabajar con lo somático, con lo neuromuscular, la PBC puede ser más efectiva que utilizando sólo un contexto verbal.

Por último, el manejo de la contratransferencia, en el sentido reichiano, sigue siendo un elemento fundamental también en la PBC. Porque en momentos, como veíamos antes lo que sentimos del paciente puede sernos útil como resblandecimiento de una resistencia como porque la empatía o sentido orgonótico nos dan la posibilidad de utilizar la técnica del yo auxiliar certeramente. Pues realmente verbalizaremos o nos expresaremos en base a lo que el paciente realmente sienten o piensen. Desbloqueando situaciones muy duras, sobre todo en la estructura borderline (herramienta usada también por Kernberg en estos casos).

En la estructura psicótica hablar de nuestro sentir respecto a lo que ocurre facilita el sentimiento de ser reconocido en el paciente, mejorando la estructuración de su imagen corporal. Asimismo, tal como ocurre en la sistemática profunda, al tener en cuenta esta variable como un factor que actúa en la resultante final del trabajo terapéutico, cuando éste vaya mal, podremos ver solos o con la ayuda del supervisor si se debe a que ciertos límites o problemas personales se han puesto en funcionamiento inconscientemente a través del contacto con ese paciente creando un punto ciego que perturba el proceso terapéutico. Un peligro que existe en la psicoterapia breve en relación a este punto es que sin darnos cuenta, podemos tender hacia una relación amical con el paciente al existir un mayor grado de verbalización, de comentarios sobre temas y hechos actuales. Esto es un riesgo que se debe subsanar, no confundiendo lo que es proximidad con lo que es relación coloquial. El terapeuta debe mantener siempre una diferencia de plano, por la propia función que cumple.

- La circulación triangular analítica: Siguiendo a Reich (1927), para no facilitar la catexis libidinal en la relación terapéutica, y por tanto, canalizar este aspecto hacia aspectos actuales, ya que no podemos asentar la regresión ni la neurosis transferencial, es fundamental el que la vida cotidiana de la persona, su mundo presente y actual se convierta en un objetivo terapéutico. Cerrando así el triángulo básico sobre el que gira el proceso terapéutico de la PBC. A saber: el análisis de lo actual nos habla del foco, y por lo tanto de las constantes caracteriales, que a su vez nos hablan de la historia del paciente que es donde se fue formando y estructurando el carácter, y conociendo su historia conocemos y entendemos su actuación en el espacio terapéutico y su forma de percibirnos y de interiorizar nuestras actuaciones, permitiéndonos esto, a su vez, la elaboración de la reacción transferencial, la cual al vincularla a su rasgo de carácter, la estamos vinculando a su historia y a su cotidianidad, al mismo tiempo, dinamizando activamente el proceso y por tanto el insight terapéutico que nos permite seguir estirando el hilo del proceso, hasta su finalización. Por esto será importante tener en cuenta todas las variables que giran alrededor del mundo de la persona: familia, trabajo, amigos, pareja, hijos, etc. También para controlar posibles acting-out (Greenson, 1967), sobre todo en eso que se refiere a los afectos que deberían ser vividos en el espacio terapéutico y que al no vivirse enturbian las relaciones de pareja. Por ejemplo, desestabilizando iatrogénicamente, su situación afectiva actual, siendo esto contraproducente dentro de un contexto breve.

En el caso de la estructura psicótica, siempre que sea posible tendremos que introducir la familia dentro del proceso terapéutico, fundamentalmente, buscando algún auxiliar coterapéutico que refuerce la dinámica del proceso (hermano, novio, o incluso algún amigo), y en ocasiones para que la familia permita la independencia del proceso terapéutico. Esta misma actuación familiar es desarrollada con ciertos cuadros como las anorexias, y con los adolescentes. Respecto a los sueños y a cualquier otro material onírico, como pueden ser las fantasías o las ensoñaciones, se tendrá en cuenta la narración en cada sesión, prestando especial atención a su actitud a la manera en que relata sus sueños, se cometen actos fallidos, producen asociaciones y hacen sus comunicaciones (Reich, 1928). También servirán de refuerzo a ciertos momentos de elaboración del material analítico y formarán parte de la "transelaboración" (Greenson, 1967), en cuanto que los sueños deberán de confirmar dichos avances viéndose así facilitado el insight terapéutico al reforzar el proceso con la devolución analítica, en estos casos.

- Encuadre clínico: Las sesiones se desarrollan -teniendo en cuenta siempre la diferencia estructural- con una mesa entre el paciente y el terapeuta, que puede modificarse, según los casos, por dos sillones, uno en frente del otro. Preferiblemente en la segunda parte de la sesión, la persona se tumba en el diván para la realización de ciertos medios que tienen que ver con lo neurovegetativo, lo neuromuscular. La relación terapéutica viene marcada por la alianza terapéutica, que supone, fundamentalmente, una conjunción de dos humanidades terapeuta-paciente, pero con funciones distintas, donde debe de haber una aproximación existencial, un "poder estar", una aceptación, pero reconociendo esta diferencia de funciones que permitan el desarrollo de los desplazamientos afectivos, base fundamental del proceso analítico, que en este encuadre no deben pasar de las reacciones transferenciales. Después de estar 15-20 minutos verbalizando es conveniente pasar al diván y realizar las técnicas que convengan (actings, visualización, sentirse en su silencio, etc.). Para terminar con otros 15 minutos elaborando lo vivido durante el tiempo del diván, a través de la palabra en la mesa o sillón, para terminar haciendo una síntesis aclaratoria de la sesión y predisponiendo al paciente para que adopte una postura activa durante el tiempo que exista hasta la siguiente sesión. Durante la verbalización se debe ir asentando el foco terapéutico y debe de reforzarse la "circulación triangular clínica". En el diván, excepto en la sesión de diagnóstico donde puede ser necesario que la persona se quede en ropa interior para el masaje y otras técnicas de diagnóstico corporal, la persona se coloca en decúbito supino quitándose las cosas que le incomoden (cinturón, reloj, corbata) y animándole a la relajación y al abandono psíquico y corporal. En síntesis, el proceso sería el siguiente: Material del paciente (sueños, asociaciones), focalización basada en la atención selectiva del terapeuta en base al análisis de resistencias-análisis del carácter-elaboración analítica-empleo de movimientos neuromusculares (actings) focales reforzante y vinculante-atención flotante del terapeuta-gestión de la interpretacióninterpretación previo asentamiento y elaboración adecuada de las reacciones transferenciales y del material abordable de nuevo material del paciente... Es importante realizar sesiones de seguimiento (Sifneos, 1993), manteniendo un contacto terapéutico cada 3-4 meses, para ir conociendo objetivamente la eficacia del tratamiento.

- Medios clínicos: Durante el proceso con la vegetoterapia caracterológica, -sistemática profunda-, la repetición ordenada del acting a lo largo de las sesiones va dinamizando vías neurovegetativas facilitando la emergencia de emociones puras con el tiempo después de reblandecer las capas superficiales de la musculatura, allí donde se asienta la tensión y las resistencias caracteriales, trabajando por tanto con el núcleo del biosistema. La duración de cada acting es de 15-20 minutos, tiempo necesario y suficiente para producir los efectos neuromusculares y abreactorios que se buscan.

En la PBC, en cuanto los objetivos son diferentes, si bien se van a utilizar algunos actings de la vegetoterapia, siempre utilizados de forma cefalo-caudal (del primer al séptimo segmento), el tiempo de reproducción de cada acting es de 5-8 minutos y no se repite su reproducción con tanta insistencia. Esta forma de utilización estimula y dinamiza las vías sensitivas y por tanto corticales, favoreciendo la sensación, el recuerdo próximo, la asociación y la apertura de la receptividad sensorial, pero sin llegar a movilizar las vías neurovegetativas viscero-límbicas (nucleares), ayudando, en definitiva, a la consecución de los objetivos terapéuticos focales de la PBC. Es por ello que el acting está a disposición de la dinámica analítica que se sigue y según ésta se hará uno u otro, reforzando y favoreciendo el insight y el setting terapéutico.

Asimismo la forma de hacer los actings del paciente es utilizada como material analítico y en muchas ocasiones permite desvelar o reblandecer una resistencia caracterial, pues esa forma es el reflejo de otras que utiliza en situaciones de su vida real y que, en muchas ocasiones no es consciente de ello. Por ejemplo, una persona ejecutando el acting de decir "¡yo!" bajando los puños hacia el diván tiene la percepción de que lo dice con mucha fuerza y realmente para esa persona es muy fuerte, pero nosotros casi no lo oímos. Esto es muy importante, pues al hacerle entender las consecuencias que en su vida real tiene vivir este contraste entre lo que los demás perciben y lo que él cree que perciben en base a su percepción de la realidad le permitirá comprender muchos procesos sociales y afectivos, pudiendo cambiarlos en una mínima y necesaria medida. Y al mismo tiempo puede ir entendiendo cómo eso forma parte de una lógica histórica causal, pudiendo elaborar adecuadamente lo que he descrito antes como "circulación triangular". Otro elemento muy importante, que frena la regresión, es que la reproducción de los actings siempre se hace vestido en la PBC. Mientras que en vegetoterapia para favorecer la regresión -entre otros motivos-, el paciente está con el cuerpo visible (ropa interior, de playa o bikini). Una vez más vemos cómo tiene que existir una coherencia entre los medios usados y los objetivos que se quieren alcanzar.

- La formación: Siguiendo a Wolberg (1965), considero que para trabajar en psicoterapia breve hace falta una preparación y una experiencia muy alta, en ocasiones mayor incluso que en la sistemática profunda. Matizando, diría, que lo importante es que el profesional se sienta cómodo ontológicamente hablando, en el buen hacer de su especialidad. Es por ello que junto a la propia vegetoterapia-orgonterapia personal con un orgonterapeuta cualificado, los profesionales de la salud que se especializan en PBC, deben realizar un mínimo de dos años de seminarios de casos acompañado de sesiones individuales de supervisión clínica, participar en un grupo como observador presentando la memoria grupal y mantener la supervisión en grupo de manera permanente. Todo ello junto a seminarios teóricos, generales y especializados que ocupan más de trescientas horas didácticas. Pero, lo que realmente determina el reconocimiento como especialista en PBC son las capacidades personales que permiten interaccionar funcionalmente los propios conocimientos personales con esa comodidad existencial a la que hacíamos antes referencia. En cuanto que la actuación debe ser más directiva y más activa en el abordaje breve, el terapeuta necesita tener un grado importante de flexibilidad y de rapidez en la devolución del material, con una necesaria capacidad de contacto, de verbalización y de socialización. Sobre todo en la psicoterapia de urgencia o emergencia, el terapeuta debe tener una fuerte capacidad de acogimiento, de involucramiento, reduciendo al máximo la actuación de tipo farmacológico pasivo. De hecho, se pueden resolver situaciones agudas solamente por la propia impronta personal del terapeuta al producirse realmente una situación espática puntual y con mucha fuerza con el paciente.

En momentos puntuales, el factor contratransferencial negativo, puede llevar a tomar medidas terapéuticas concretas, buscando siempre la continuidad del proceso terapéutico como la derivación a otro terapeuta respetando el período de tiempo necesario para vivir el proceso de duelo-separación, y con mutuo acuerdo, siempre esto menos problemático que en la vegetoterapia caracterioanalítica en cuanto terapia profunda.

Coincidiendo con otros autores, es necesario, también para el terapeuta, la capacidad de manejar pulsiones, teniendo la posibilidad de movimiento suficiente para manejar elementos agresivos o sexuales que provengan del paciente. Y para ello, es importante, que el terapeuta desarrolle una vida personal y sexual satisfactoria. Es difícil admitir que un profesional con graves conflictos personales pueda asumir su función de terapeuta, cuando, a lo mejor, en base a esto, lo que está asumiendo es una compensación de sus carencias o dificultades vitales. Sentir que la gente va a él, y que tiene un poder con esas personas le impide conectar con su propia problemática cotidiana y por tanto, recrea su narcisismo que no tiene nada que ver con la autoestima. De ahí la necesidad de la realización de su propio análisis personal al que hacíamos antes referencia. Esto junto los cursos teóricos y la supervisión clínica permite el desarrollo profesional coherente de un trabajo duro por la permanencia con el sufrimiento de la gente, pero muy estimulante y satisfactorio porque los cambios se ven en un margen de tiempo corto y observar la reducción del sufrimiento y la asunción y desarrollo de facultades humanas que amplían la posibilidad de vivir satisfactoriamente, da un sentido objetivo a nuestra labor. Teniendo en cuenta que muchas de esas personas no tendrían medios económicos ni otras posibilidades para conseguir esos cambios.

APLICACIONES Y CONCLUSIONES

Una de las particularidades de la clínica postreichiana es que al tener una visión estructural de la personalidad humana y contar con un diagnóstico que permite al profesional comprender a la persona que sufre desde una perspectiva holística, las posibilidades de aplicación de esta modalidad son muy grandes. Así, básicamente atendería a los trastornos psicopatológicos en general (fobias, neurosis, psicosis, depresión, alteraciones del carácter, etc.), a los trastornos funcionales psicosomáticos (cefaleas, úlceras, asma, colón irritable, distonías neurovegetativas, como herramienta convergente dentro de los síndromes de inmunodeficiencia y en los procesos oncológicos) y a las disfunciones sexuales (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, etc.) dentro de la atención a adultos. Este abordaje clínico se realiza generalmente en equipos de salud donde profesionales de diversas disciplinas ponen en común su saber para atender interdisciplinariamente al paciente. Diferenciando, obviamente, si se está trabajando en un encuadre profundo (vegetoterapia caracterioanalítica) o breve (PBC), pues si bien la atención se realizará igualmente, como ya hemos visto, los objetivos y la forma, por tanto, de emplear los medios serán diferentes.

Asimismo concedemos una importancia fundamental a la prevención de la enfermedad. A sabiendas de que por nuestra experiencia clínica somos conocedores de las causas que provocan el sufrimiento y la enfermedad, es una necesidad humana y una consecuencia ética el trabajar poniendo los medios que faciliten el desarrollo de la salud; el cambio de leyes políticas y sociales que mejoren la calidad de vida y faciliten la maduración psicoafectiva humana favoreciendo embarazos, partos y dinámicas familiares que protejan la integridad del potencial de cada ser

humano; y divulgando ciertos conocimientos que pueden permitir que la gente sea más dueña de sus vidas, más feliz y más solidaria.

Es por ello muy importante salir de nuestra concepción mecanicista de la enfermedad y la salud, de nuestro individualismo y narcisismo profesional y empezar a trabajar colectiva y modestamente por el bienestar social, somático y psicológico de las personas que componen nuestra sociedad, participando, a nuestro nivel, en el desarrollo ecológico y humano de nuestro planeta tierra. En el siglo XXI el profesional de la salud tiene que estar a la vanguardia del ecologismo, salvaguardando así las vidas de nuestros sucesores.

REFERENCIAS

Alexander, F. (1968) Contribuciones psicoanalíticas a la psicoterapia breve. En L. Wolberg y colab. *Psicoterapia breve*. Madrid, Gredos.

Alexander, F. y French, T. (1946). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós.

Baker, E. (1978). Orgone therapy. *Journal of Orgonomy*, 12, 1 y 2.

Baker, E. (1967). *Man in the trap*. New York: Macmillan.

Balint, M. (1957). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos.

Balint, M. (1972). *Psicoterapia focal*. Buenos Aires: Gedisa.

Balint, M., Ornstein, P. H. y Balint, E. (1972). *Focal psychotherapy: An example of applied psychoanalysis*. Londres: Tavistock.

Barten, H. H. (1971). *Brief psychotherapy*. Nueva York: Behavioral Publications.

Bellack, L. (1983). *Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia*. Manual Moderno, 1986.

Bellak, L. (1970). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax.

Bergeret, L. (1975). *Psicología patológica*. París: Masón.

Braier, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires, Nueva Visión.

Boadella, D. (1973). *Wilhelm Reich, the evolution of your work*. Londres: Visión Press.

Boadella, D. (1987). *Biosíntesis*. Roma: Astrolabio.

Borrelli, P. (1983). Apuntes sobre la vegetoterapia de grupo. *Energía Carácter y Sociedad*, 1, 1.

Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, Herder.

Dadoun, R. (1979). *Cien flores para Wilhelm Reich*. Buenos Aires: Anagrama.

Davanloo, H. (1986a). Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patient I. Handling Resistance. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1, 107-133.

Davanloo, H. (1986b). Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patient. The course of and interview after the initial break-through. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1, 239-255.

Davanloo, H. (1987a). Intensive short-term psychotherapy with highly resistant depressed patients, part I: Restructuring ego's regressive defenses. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 2, 99-132.

Davanloo, H. (1987b). Intensive short-term psychotherapy with highly resistant depressed patients, part II: Royal road to the unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 2, 167-185.

Davanloo, H. (1987c). Clinical manifestations of superego pathology, part I. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 2, 225-254.

Davanloo, H. (1987d). Clinical manifestations of superego pathology, part II. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 3, 1, 1-24.

Davanloo, H. (1987e). The technique of unlocking of the unconscious, part I. *International Journal of Short-Term psychotherapy*, 3, 2, 1-121.

Davanloo, H. (1987f). The technique of unlocking of the unconscious, part II. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 3, 2, 123-159.

Davanloo, H. (1988a). Central dynamic sequence in the unlocking of the unconscious, part I: Major unlocking of the unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 4, 1, 1-33.

Davanloo, H. (1988b). Central dynamic sequence in the unlocking of the unconscious, part II: Major derepression of the unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 4 (1), 33-66.

Davanloo, H. (1992). *Psicoterapia breve*. Madrid: Dorsi.

De Marchi, L. (1970). *Wilhelm Reich biografia di un'idea*. Milano: Sugarco.

Dew, R. (1968). The biopathic diathesis. *Journal of Orgonomy*, 2, 2.

Downing G. (1974). *Il libro dei massaggi*. Milano: Mondadori.

Langsley, D. G. (1978). Brief psychotherapy. *Journal of Families Canadian Experimental of Psychiatry*, dec., 17-28.

Etchegoyen, H. (1986). *Fundamento de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Fairbairn R. W. D. (1952). *Study psicoanalicitì sulla personalitá*, Torino: Boringhieri.

Feldenkrais M. (1971). *Conoscersi attraverso il movimento*. Milano: Celuc Libri.

Ferenczi, S. (1918). *Dificultades técnicas de un análisis de histeria*. Obras completas, tomo III. Madrid: Espasa Calpe.

Frank, W. (1939). *La vegetoterapia*. Nueva York: I.J.O.R.

Frankl, V. (1987). *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial*. Madrid: Herder.

Freud, S. (1905). *Psicoterapia*. Obras completas, tomo 1. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1918). *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1912). *La dinámica de la transferencia*. Obras Completas, tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1912). *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas, tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1913). *La iniciación del tratamiento*. Obras Completas, tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1913). *Múltiple interés del psicoanálisis*. Obras Completas, tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1914). *Recuerdo, repetición y elaboración*. Obras Completas, tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1918). *Los caminos de la terapia psicoanalítica*. Obras Completas, tomo III, Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1922). *Psicoanálisis y teoría de la libido*. Obras Completas, tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1926). *Análisis profano*. Obras Completas, tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. Obras Completas, tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1938). *Compendio del psicoanálisis*. Obras Completas, tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.

García, M. (1990). La formación del orgonterapeuta. *Energía, Carácter y Sociedad*, 8, 2.

García , J.M. (1994). El locus de intervención en psicoterapia dinámica breve. *Apuntes de psicología*, 40.

Gillieron, E. (1983). *Les psychothérapies breves*. París: PUF.

Greenson, R. (1967). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Buenos Aires: Siglo XXI,.

Guasch, G. (1987). El cuerpo en la psicoterapia. *Memorias del Primer Congreso Internacional de Terapias Psicocorporales*,

Hockman C. H. (1972). *Limbic system mechanism and autonomic functions*, New Springfield: Thomas Publishers.

Jacobson E. (1954). *Il sé e il mondo oggettuale*. Firenze: Martinelli.

Jacoby R. (1970). *The primal scream, primal therapy: the cure for neurosis*. New York: Puntman's.

Keleman S. (1975). *Il corpo è lo specchio della mente*. Milano: Celuc Libri.

Kelley C. R. (1978). *Orgonomy, bioenergetics and radix: The reichian movement today*. California: Radix Institute.

Kepner J. I. (1987). *Body process. A gestalt approach to working with the body, in psychotherapy*. New York: London.

Kesselman, H. (1970). *Psicoterapia breve*. Buenos Aires: Kargieman.

Kernberg,O. (1975). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.

Kriz, E. (1991). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kohut H. (1959). *La ricerca del sé*. Torino: Boringhieri.

Konia, Ch. (1981). The schizophrenis biopathy. *Jornal of Orgonomy*, 15, 1.

Konia, Ch. (1986) Orgon therapy. Energetic considerations. *Journal of Orgonomy*, 20, 1.

Konia, CH. (1988-1989). Orgon therapy.The aplication of fuctional thinking in medical practique. *Jornal of orgonomy*, 22, 2.

Kurtz, R. y Prester, H. (1976). *Il corpo rivela*. Milano: Sugarco.

Laborit, H. (1973). *Les comportements: biologie, physiologie, pharmacologie*. Paris: Masson.

Laborit, H. (1979). *L'inibizione dell'azione*. Milano: Il Saggiatore.

Langsley, D. G. y Kaplan, D. M. (1968). *The treatment of familes in crisis*. Nueva York: Grune and Stratton.

- Liss, J. y Stupiggia, M. (1994). *La terapia biosistémica*. Milano: Franco Angeli.
- Lowen, A. (1958). *El lenguaje del cuerpo*. México: Diana.
- Marchi, L. (1974). *Wilhelm Reich. Biografía de una idea*. Madrid: Península.
- Malan, D. H. (1976a). *The frontier of brief psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Malan, D. (1963). *A study of brief psychotherapy*. Londres: Tavistock.
- Malan, D. (1979). *Psicoterapia individual*. Buenos Aires: Paidós.
- Meyer R. (1986). *Les thérapies corporelles*. Paris: Hommes et Groupes.
- Meyer R. y Liénard G. (1993). *Les somatothérapies*. Paris: Simep.
- Montero-Ríos, (1991). La audiosicofonología en el paradigma reichiano. *Revista Energía, Carácter y Sociedad*, 9, 2.
- Navarro, F. (1983). *La vegetoterapia*. *Energía Carácter y Sociedad*, 1, 1.
- Navarro, F. (1988). *La sistemática reichiana de la patología y la clínica médica: La somatosicodinámica*. Valencia: Publicaciones Orgón.
- Navarro, F. (1991). La vegetoterapia caracteroanalítica. *Revista Energía, Carácter y Sociedad*, 9, 1.
- Navarro, F. (1992). *Metodología de la vegetoterapia caracteroanalítica*. Valencia: Publicaciones Orgón.
- Navarro, F. (1990). La vegetoterapia caracteroanalítica. *Energía arácter y Sociedad*, 8, 1.
- Navarro, F. (1992). *La sistemática de la vegetoterapia caracteroanalítica*. Valencia: Publicaciones Orgón.
- Perez, A. (1994). La transferencia en psicoterapia breve. Una fobia. *Revista Catalana de Psicoanálisis*, 6, 1.
- Pinkus, L. (1978). *Teoría de la psicoterapia analítica breve*. Barcelona: Gedisa.
- Raknes, O. (1950). Un tratamiento breve con rgonterapia. *Orgone Energy Bulletin*, 2, 1.
- Raknes, O. (1968). An introduction to orgone therapy. *Journal of Orgonomy*, 12, 1
- Raknes, O. (1969). Un tratamiento breve con orgonterapia. *Energía Carácter y Sociedad*, 3, 1.
- Raknes, O. (1970). *Wilhelm Reich y la orgonomía*. Valencia: Publicaciones Orgón,

Redón, M. (1990). Bibliografía de la orgonoterapia después de Reich. *Energía, Carácter y Sociedad*, 8, 2.

Redón, M. y García, M. (1990) La medicina orgonómica. *Energía, Carácter y Sociedad*, 8, 2.

Reich, W. (1927). *Genitality early writings*. New York: Farrar, Straus and Giroux

Reich, W. (1927 b). *Die fuktion des orgasmus*. Leipzig. Mac Graw Hill.

Reich, W. (1933). *El análisis del carácter*. Barcelona: Paidós.

Reich, W. (1934). *Psicología de masas del fascismo*. Barcelona: Bruguera.

Reich, W. (1936). *The bioelectrical, investigation of sexuality and anxiety*. New York: Farrar, Straus and Giroux,

Reich, W. (1942). *The discovery of the orgone*. New York: Orgone Institute Press.

Reich, W. (1942). *La función del orgasmo*. Buenos Aires: Paidos.

Reich, W. (1945). *La función del orgasmo*. Barcelona: Paidós,

Reich, W. (1949). *La biopatía del cáncer*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Reich, W. (1949b). *Children of the nature. On the prevention of sexual patology*. Nueva York: Farrar, Straus and Giroux, 1989.

Reich, W. (1970). *Reich habla de Freud*. Madrid: Anagrama.

Rispoli L. y Andriello, B. (1988). *Psicoterapia corporea e analisi del carattere*. Torino: Bollati Boringhieri.

Rispoli, L. (1985). *Il corpo e le psicoterapie*. Napoli: Idelson.

Rispoli, L. (1992), Fondements, développements et perspectives des théories psychocorporelles. En R. Meyer G. Liénard. *Les Somatothérapies*. Paris: Simep.

Rispoli, L. (1992). Avances y perspectivas de la psicoterapia corporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Número monografico sobre Terapia psicocorporal, 5, 2, 13-25.

Rispoli, L. (1993). *Psicologia funzionale del sé*. Roma, Astrolabio.

Rolf, I. (1977), *Rolfing, The Integration of human structures*. S. Mónica, California Landmand, S.

Sánchez, A. (1989b). *Psicoterapia dinámica breve*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Sanchez, A. (1990). écnicas psicoterapéuticas en atención pública: La psicoterapia dinámica breve. En *Intervención en salud mental pública*. Sevilla: Consejería de Fomento y Trabajo de la Junta de Andalucía.

Sánchez, A. (1995). *Psicoterapia dinámica breve: introducción teórica y técnica*. Sevilla: Repiso Libros.

Sánchez, M. (1986). Estudio clínico de la percepción a partir del modelo del funcionalismo orgonómico. *Energía, Carácter y Sociedad*, 4, 1-2.

Scharaf, M. (1983). *Fury or earth, a biographs of Wilhelm Reich*. New York: St.Martin's Press.

Scharaf, M. (1986) The articulation of psychological knowledge withing orgonomic paradigm. *Journal of Orgonomy*, 21, 1.

Schneider, P. (1976). *Propedéutica de la Psicoterapia*. Madrid: Nau

Serrano, X. (1983). La psicoterapia desde la perspectiva de la teoría orgonterapéutica. *Energía, Carácter y Sociedad*, 2, 2.

Serrano, X. (1984). Estructuración energética corporal. Fases sexuales y vegetoterapia. *Energía, Carácter y Sociedad*, 2, 1.

Serrano, X. (1984,b). Abreacción neuromuscular versus catarsis histeriforme. *Energía, Carácter y Sociedad*, 2, 1.

Serrano, X. (1989). Disfunciones sexuales o disfunción del orgasmo a partir de Wilhelm Reich. *Información Psicológica*, 38.

Serrano, X. (1989). La vegetoterapia caracteranalítica de la depresión. *Información psicológica*, 40.

Serrano, X. (1989). La anorexia nerviosa desde la vegetoterapia caracteranalítica. *Energía Carácter y Sociedad*, 7, 1.

Serrano, X. (1989). La paranoia y las actitudes paranoides. *Energía Carácter y Sociedad*, 7, 2.

Serrano, X. (1990,a). La orgonterapia y su proyecto profiláctico desde una óptica postreichiana. *Energía Carácter y Sociedad*, 8, 1.

Serrano, X. (1990,b). El diagnóstico inicial y diferencial en la orgonterapia desde una perspectiva postreichiana. *Energía Carácter y Sociedad*, 8, 2.

Serrano, X. (1990,c). Sistemática de la vegetoterapia caracteranalítica en grupo *Energía, Carácter y Sociedad*, 8, 2.

Serrano, X. (1991). Dogma versus Paradigma pluridisciplinario. *Energía, Carácter y Sociedad*, 9, 2.

Serrano, X. (1992). La psicoterapia breve de orientación caracteranalítica (reichiana). *Energía, Carácter y Sociedad*, 10, 1, 2.

Serrano, X. (1994). Un modelo de psicoterapia corporal. La orgonterapia desde una perspectiva postreichiana. En M. Garrido y J. García (Comp.). *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. Valencia: Promolibro.

Sifneos, P. E. (1972). *Short term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge., USA: Harvard University Press.

Sifneos, P.E. (1987). *Short-term dynamic psychotherapy. Evaluation and technique*. Nueva York: Plenum Press.

Sifneos, P.E. (1992). *Short-term anxiety provoking psychotherapy. A treatment manual*. Nueva York: Basic Books.

Sifneos, P.E. (1992). *Psicoterapia breve con provocación de angustia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Straker, M. C. (1968). Brief psychotherapy in an outpatient clinic evolution and evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 124, 35-75.

Villamarzo, P.F. (1987). *Características generales del método psicoanalítico*. Madrid: ISEF

Villamarzo, P.F. (1988). *El método terapéutico en la obra de Freud*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

Villamarzo, P.F. (1989). *Temas metapsicológicos*. Madrid: Marova.

Villamarzo, P.F. (1991). *Temas clínicos*. Madrid: Marova.

Watzlawick, P. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Wolberg, L. (1965). *Psicoterapia breve*. Madrid: Gredos.

PSICOTERAPIA TRANSPERSONAL

Ana María González Garza
Universidad Iberoamericana, México

ANTECEDENTES

Origen y desarrollo de la psicología transpersonal

La *Psicología transpersonal* se constituye formalmente como corriente psicológica en los Estados Unidos de Norteamérica en la década de los años sesenta. Abraham Maslow y Anthony Sutich son quienes a lo largo de diez años de estudio e investigación proponen, sistematizan y originan lo que hoy se conoce como la cuarta fuerza de la psicología contemporánea. Sin embargo, los planteamientos iniciales de esta nueva corriente psicológica datan de principios de siglo. Richard Bucke en 1901 escribe sobre la conciencia cósmica -concepto que trasciende los principios y propuestas de la psicología de su época- y William James, en su obra "Las

Variedades de la Experiencia Religiosa" editada en 1913, plantea por primera vez en la historia de la psicología, la existencia de estados de conciencia que van más allá de los que entonces se consideraban normales (1) y por lo tanto, dentro de los parámetros de la salud mental. C.G. Jung y Roberto Assagioli merecen una especial consideración no sólo como pioneros de la corriente transpersonal, sino como figuras controversiales en la historia de la psicología y la psicoterapia contemporánea son Carl G. Jung y Roberto Assagioli.

Carl G. Jung, psiquiatra suizo, trasciende su tiempo y espacio al plantear nuevas propuestas que van más allá de la biología y de la psicología de su época. La dimensión supraindividual o transpersonal desempeña un papel determinante en la psicología junguiana, al considerarse ésta no sólo como un impulso biológico, sino como una energía que incluye lo corporal, lo psicológico y lo espiritual. La energía así considerada, "trasciende al hombre, porque lo introduce en un proceso de maduración (2) que perdura a lo largo de toda la vida". (Wehr, 1991). Jung introduce el concepto del inconsciente colectivo (3); descubre que la psique humana tiene acceso a motivos e imágenes universales a los que llama arquetipos y plantea la importancia de la integración de los opuestos o "suprema unión de los contrarios" en el proceso de individuación. A través de su interés y su experiencia directa con las tradiciones espirituales de oriente Jung descubre, en las religiones comparadas y en la mitología, fuentes sumamente valiosas de información que se ligan estrechamente con los aspectos colectivos del inconsciente. Es el primer psicólogo que se atreve a cuestionar los dominios del modelo médico en el ámbito de la psicología y de la psicoterapia al enfatizar y preocuparse por los aspectos religiosos y espirituales del ser humano. Por esta razón es rechazado y acusado por sus colegas, de místico (4) oscurantista y esotérico. Sus ideas son dejadas a un lado por muchas décadas y es hasta los años sesenta -cuando se inicia el renacimiento del interés por los alcances remotos de la conciencia humana- que su obra cobra un especial significado.

Roberto Assagioli, psiquiatra italiano que al igual que Jung había sido entrenado en el análisis freudiano, cuestiona este sistema considerándolo limitado tanto por encontrarse basado únicamente en la biología, como por ignorar y malinterpretar la dimensión espiritual de la naturaleza humana. A partir de 1911 se convierte en un severo crítico de las enseñanzas de Freud, no juzgándolas como incorrectas, sino como limitadas y reduccionistas. Su contribución más importante hacia la comprensión del complejo fenómeno humano es la Psicósíntesis, un enfoque psicológico que combina una teoría convincente de la psique humana y de la autorrealización y la expansión de la conciencia, con una propuesta psicoterapéutica práctica que conduce a la plena realización del potencial humano. Su propuesta, en contraste con la freudiana, enfatiza los aspectos creativos, positivos, espirituales y gozosos del ser del hombre y de la mujer, así como el papel relevante que juega la voluntad en los procesos de autorrealización y de trascendencia. La *Psicósíntesis*, como sistema psicoterapéutico, se interesa especialmente en la relación existente entre los desórdenes mentales y la espiritualidad. Incluye una propuesta antropofilosófica, una teoría de la personalidad y un planteamiento metodológico enriquecido por un sinnúmero de técnicas. Assagioli describe a la Psicósíntesis como la "psicología del espíritu", pero consciente de que el término espiritual se confunde fácilmente con la religión, elige -treinta años antes que Maslow- la expresión transpersonal para referirse a la dimensión espiritual que él vislumbra como la cuarta dimensión que conforma la naturaleza humana.

Aunque no se cuenta con datos fehacientes de que Maslow y Sutich hayan basado su propuesta transpersonal en los planteamientos, hipótesis y esquemas de estos pioneros de la corriente transpersonal, no podemos negar la importante contribución que hacen al desarrollo de esta corriente psicológica. Hoy por hoy, todos ellos son

considerados como una fuente de información, de influencia y de inspiración para todo aquel interesado en el estudio y comprensión profunda de la naturaleza humana.

La psicología transpersonal se caracteriza por un especial interés y una consideración muy particular por el estudio y la expansión del campo de la investigación -empírica y científica- de los estados de salud y bienestar psicológico, así como una profunda inquietud encaminada a promover el desarrollo integral de la conciencia en sus dimensiones biopsicosocialespiritual o transpersonal. Reconoce la capacidad humana de experimentar una amplia gama de estados de conciencia que trascienden los límites naturales del ego y de la personalidad, y se ocupa y preocupa por alcanzar una comprensión más profunda del llamado impulso trascendental. Su objetivo central incluye tanto las áreas de interés tradicionales en el campo de la psicología, como uno muy especialmente dirigido a promover y facilitar el crecimiento y la toma de conciencia que trasciende los niveles de salud tradicionalmente reconocidos.

Es importante señalar que la corriente transpersonal no surge como una reacción en contra de las escuelas psicológicas que le preceden sino que, reconociendo sus semejanzas y celebrando sus diferencias, pretende lograr una integración o, como lo expresa Wilber (1994, p. 8), "una visión global que permita determinar el enfoque más adecuado para cada cliente en cada caso concreto". Así mismo cabe destacar que al igual que la psicología humanista, este enfoque no forma una escuela psicológica específica, sino que se encuentra conformada por un número considerable de exponentes de diversas disciplinas que plantean sus propias teorías y métodos, enfatizan distintos elementos del desarrollo de la dimensión espiritual y dirigen su atención y su acción a diferentes aspectos del ser, el existir y el quehacer de la persona humana. A pesar de sus diferencias, todos coinciden en dos principios fundamentales que son: el concepto de la naturaleza humana en que se basa este enfoque y el origen, desarrollo y trascendencia de la conciencia hasta sus últimas instancias.

La propuesta antropofilosófica de la que parte la psicología transpersonal contempla al ser humano como una unidad integral armónica que no sólo abarca las dimensiones biológica, psicológica y social de los individuos, sino que incluye otras dos dimensiones más elevadas: la transpersonal y la trascendente. La primera permite a la persona salir de sí misma para convertirse en testigo y observador de toda la creación -incluyéndose a sí mismo en ésta- y de la realidad última. La segunda, es la que la impulsa naturalmente a despertar a la conciencia unitaria (5), en la cual se realiza el misterio de la unidad en la multiplicidad del que nos habla Teilhard de Chardin (1971). Cada una de estas dimensiones posee sus propios elementos, funciones correspondientes, necesidades, motivaciones y valores específicos, así como un principio rector particular.

Mapa de la conciencia

Con el objeto de clarificar el concepto de salud-enfermedad y de los modelos psicoterapéuticos de la Psicología Transpersonal, se considera conveniente conocer las estructuras de la conciencia y el proceso de desarrollo que de ésta plantea el enfoque que nos ocupa. Para ello, a continuación presentamos una visión panorámica o mapa de la conciencia (6) en la cual puede observarse la integración de los modelos estructurales planteados por Freud, Jung, Piaget, Rogers, Maslow, Lonergan, Loevinger, Erickson y Wilber, entre otros.

La conciencia se encuentra estructurada en niveles que se relacionan estrechamente con las dimensiones que conforman la naturaleza humana, mismas que se consideran estructuras básicas que permanecen a lo largo de todo el proceso de desarrollo al que hemos llamado Espiral de la Conciencia (7). Estos niveles son: pre-egóico, egóico biológico, prepersonal, personal, organísmico-social y transpersonal.

a) *Nivel pre-egóico*. Comprende los primeros cuatro o cinco meses de vida y se caracteriza por ser una etapa en la cual la conciencia no se diferencia aún de todo lo creado. Por esta razón es que también se le ha llamado nivel pleromático, primitivo o autista, por tratarse de aquel en el que la conciencia no se distingue aun del pleroma (8). Existe en un estado de confusión, en la que el ego en su etapa embrionaria lucha incansablemente por recuperar el equilibrio homeostático. Este estado de la conciencia ha sido ampliamente descrito por pedagogos y psicólogos contemporáneos, entre los que se encuentran: Bertalanffy (1964), Feldman González (1982), González Garza (1989, 1995), Loevinger (1976), Mahler (1975), Neumann (1973), Piaget (1977), Villanueva (1985) y Wilber (1989), entre otros. "Durante las primeras etapas el mundo y el yo son uno sólo; un término es indistinguible del otro... el yo es material, por así decirlo" (Piaget, 1977). "No podemos considerar que el niño al nacer tenga un ego. Su primera función consiste en aprender a diferenciarse de lo que le rodea" (Loevinger, 1976). "Aparentemente, la etapa más primitiva es tal que en ella no se experimenta la diferencia entre el mundo exterior y el ego... El niño no distingue todavía su yo de las cosas externas; sólo aprende a discernirlas lentamente" (Bertalanffy, 1964).

b) *Nivel egóico*. Es el más simple y reducido nivel de autoconciencia en el que el proceso de diferenciación sujeto-objeto es aun muy primitivo. Siguiendo a Mahler (*Op.Cit*) en su teoría sobre el desarrollo de la estructura del self encontramos que, en su primera fase (5 a 9 meses) el bebé comienza a diferenciar su cuerpo del de su madre, en la segunda (9 a 15 meses), cruza por una etapa narcisista-exhibicionista, en la tercera (15 a 24 meses) se realiza la diferenciación entre el self y las representaciones objetales, lográndose entonces el nacimiento psicológico del niño y la cuarta y última (24 a 36 meses), se caracteriza por la consolidación y la constancia del objeto emocional al que Erikson se refiere como la etapa de satisfacción vs. insatisfacción. Este nivel de conciencia se rige por el principio del placer (Sullivan, 1973) y actúa motivado por las necesidades básicas fisiológicas que propone Maslow, (1970). Corresponde a la etapa sensoriomotriz que describe Piaget y el desarrollo afectivo-emocional depende, en gran medida, de la satisfacción de las necesidades fisiológicas y psicológicas básicas, como lo plantean Rogers y Erikson. La conciencia se encuentra identificada con el cuerpo y se sitúa principalmente en la dimensión biológica, aunque al finalizar esta fase, empieza a penetrar dentro de los confines de la dimensión psicológica.

c) *Nivel prepersonal*. Conformar una nueva etapa de transformación en la cual la mente inicia su camino de desidentificación (9) del cuerpo y pasa de ser una conciencia (ego) corporal a una conciencia (ego) mental-racional, en la cual, como Wilber (1989) lo expresa a través de la mente verbal, el "yo deja de estar atado y encadenado al presente, perdiendo su miopía y la dependencia exclusiva de su percepción. Este proceso comprende tres fases: la diferenciación entre cuerpo y mente, la trascendencia del cuerpo y la tercera -que es consecuencia de las anteriores- es la capacidad de operar, controlar y dirigir el cuerpo. Esto implica una expansión de la conciencia, que en esta etapa se realiza gracias al vehículo del lenguaje simbólico, que crea para la mente un espacio perceptual que se extiende mucho más allá de la simple recepción sensorial". La conciencia pasa del mundo de las operaciones físicas, al mundo conceptual de las operaciones psicológicas. Corresponde a la etapa preoperacional de Piaget que se distingue por la

unidireccionalidad, cuya lógica se dirige hacia la actividad, sin posibilidad de revertir los pasos y se sitúa en un período que va de los dos a los siete años. El desarrollo cognoscitivo tiene en esta etapa una influencia decisiva en el proceso afectivo-emocional. Arieti (1967) expresa esta idea diciendo: "...los conceptos penetran la imagen del yo y, en gran medida lo constituyen".

Esta fase comprende el área psicosocial a la que Erikson se refiere como "iniciativa vs. culpa", en la que las necesidades psicológicas básicas de seguridad, aceptación, reconocimiento y sentido de pertenencia juegan un papel importante en el desarrollo de la personalidad. Rogers (1966) sostiene que el desarrollo natural del potencial humano puede verse seriamente distorsionado cuando la valoración externa -que proviene de las figuras de autoridad circundantes- transmite mensajes de rechazo y de devaluación a través de críticas destructivas, de castigos y de humillaciones. Es importante señalar que en esta etapa del desarrollo, el individuo reacciona no sólo ante los objetos, personas y sucesos, sino también ante las imágenes. Por lo tanto, como lo afirman Fenichel (1945) y Fairbairn (1952), una imagen es capaz de evocar los mismos tipos de emociones y sentimientos que el propio objeto, persona o situación provocan.

d) Nivel personal. Regido por el principio de realidad, este nivel abarca dos etapas del desarrollo evolutivo; la primera que va de los 7 a los 12 años (preadolescencia) y la segunda que comprende la fase conocida como la adolescencia. Esta a su vez atraviesa por tres períodos distintos: la temprana que corresponde a la pubertad, la primaria en la que el individuo se vive dividido entre el narcisismo y el encuentro con el otro y los otros, y la tardía (17 a 21 años aproximadamente), en la que estas dicotomías se van resolviendo positiva o negativamente y las polaridades van encontrando puntos de convergencia y de síntesis.

La primera etapa preadolescente se caracteriza por el desarrollo del pensamiento lógico al que Piaget denomina etapa operacional concreta y cuyas principales características son: el reconocimiento de la estabilidad lógica del mundo físico, la consciencia de que los elementos pueden modificarse o transformarse y aun así conservan sus características originales, y la comprensión del principio de reversibilidad que consiste en la capacidad para manejar el pensamiento bidireccional. Esto implica que la resolución de problemas que en la etapa anterior se realizaba a través del ensayo y error, ahora se aborda por medio de la lógica.

En la esfera de lo afectivo-emocional, a la que Erikson se refiere como "aplicación vs. inferioridad", se experimentan necesidades de logro, de autoestima, autovaloración, de pertenencia y afiliación, así como de seguridad y confianza en sí mismo. Los retos a los que se enfrenta la persona en esta fase de su desarrollo es la conquista del mundo que se encuentra más allá de los horizontes familiares y el ir logrando un sentido de independencia que lo capacita para enfrentar la crisis (10) de la adolescencia.

La fase de la adolescencia corresponde al pensamiento operacional formal propuesto por Piaget, en la que el pensamiento que ha cruzado por el mundo de los conceptos y las teorías se encuentra ya capacitado para abordar el campo de la abstracción y de la ciencia. El estilo cognoscitivo es sintético-creativo-social y el pensamiento verbal-dialogante e interrelacional. La tendencia altamente integradora del dominio personal, propia de esta fase, se encuentra motivada por un fuerte impulso hacia la formación del autoconcepto, o constelación de autoconceptos que incluyen imágenes, fantasías, motivaciones, recuerdos, ideas, información individual, en una

palabra, el extenso mundo de identificaciones parciales a las que Assagioli (1974) denomina subpersonalidades, y Loevinger (1976), identidades diferentes. Este proceso integrador puede ser obstaculizado o favorecido por el medio ambiente, que si bien ejerce una fuerte influencia en la formación del self o sí mismo, no por ello lo determina. El proceso al cual nos referimos ha sido analizado por diversos estudiosos de la psique humana, recibiendo distintos nombres, entre los que destacan: individuación (Jung, 1972), humanización (Freire, 1973), autoactualización (Rogers, 1961), autorrealización (Maslow, 1982), estructura reflexivo-formal (Wilber, 1994) o estructura convencional (Loevinger, *Op.cit.*). Todos ellos, desde su propia visión, se refieren coincidentemente a la importancia que la emergencia de un yo o ego corporal, de un ego psicológico y de un sí mismo emocional, tienen en el desarrollo de la personalidad sana.

Cuando el desarrollo no ha sido seriamente distorsionado por el medio ambiente, el concepto de sí mismo (conciencia individual) se amplía al integrarse las polaridades cuerpo-mente, objetividad-subjetividad, lógica-intuición, sombra-persona, niño-adulto, individuo-sociedad, eros-thanatos (11), contempladas como tendencias polares naturales en el ser humano. Esta síntesis capacita a la persona para pasar al siguiente nivel de conciencia que integra y trasciende los niveles precedentes.

e) *Nivel organísmico social* (12). Se rige por los principios de la relación y de la voluntad. Esta es una fase en la que se realiza la integración de todos los niveles de conciencia anteriores, como lo describen Sullivan, Grant y Grant (1957). Fromm (1991) se refiere a ésta como la etapa de la autonomía, Wilber (1989) la llama la etapa de los reinos centáuricos y González Garza (1989) la denomina la etapa organísmico-social.

Durante esta etapa -que no es posible ubicar en alguna edad específica ya que implica el haber alcanzado un grado considerable de madurez- la persona cruza por diversas esferas de autoexploración, de autoaceptación y autovaloración, así como de profundos cuestionamientos de índole existencial y filosófico que tiende naturalmente a buscar el significado y el sentido de la existencia. Lonergan (1988, p. 35) afirma que "es solamente en el proceso de su desarrollo como el sujeto llega a hacerse consciente de sí mismo y de la distinción que existe entre él y su mundo".

Como resultado del cuestionamiento que implica el preguntar hacia afuera, así como de reflexionar y cuestionarse a sí mismo por sí mismo, la conciencia de ser y de existir conquista, a través de la voluntad y de la intencionalidad, al mundo interno de sentimientos que se abre y se refleja en relaciones interpersonales significativas y comprometidas. Éstas dejan de tener el carácter egocéntrico-deficitario de las etapas anteriores, para transformarse en relaciones libres, comprometidas y promotoras del desarrollo no sólo personal, sino comunitario y social.

El desarrollo de la libertad responsable, característico de este nivel de conciencia, así como de la voluntad de sentido a la que Frankl (1982) hace referencia, conduce al despertar existencial-social en el cual la interacción con el mundo cobra un nuevo significado y trasciende el deseo egocéntrico de poder, de control y de dominio. Como resultado de la desaparición de las fronteras sociales, culturales, políticas, ideológicas y económicas, emerge un marcado interés por la justicia social y se descubre el milagro del encuentro en el cual compartir es causa de alegría.

La emergencia de un self o sí mismo integral, al que Rogers (1971) se refiere como la persona que funciona óptimamente, da lugar a una nueva etapa de transformación y de expansión de la conciencia.

f) Nivel transpersonal. Se rige con base en los principios de la intencionalidad y de la trascendencia. En este nivel se encuentra la residencia de los valores universales, de las aspiraciones más elevadas y de las causas más nobles, precisamente porque es la dimensión que penetra en los dominios espirituales de la naturaleza humana. Los horizontes de cada nivel de conciencia y de cada dimensión humana se han venido relacionando e integrando en etapas sucesivas de un mismo proceso. A este respecto Lonergan se expresa de la siguiente manera: "Cada etapa ulterior presupone etapas anteriores, en parte para incluirlas y en parte para transformarlas. Precisamente porque las etapas son anteriores y posteriores, no hay dos que sean simultáneas. Son partes, no de un único mundo colectivo, sino de una única biografía o de una única historia... Todo aprendizaje es, no una mera adición que se hace a lo anteriormente aprendido, sino más bien el crecimiento orgánico de lo que habíamos aprendido" (1988, p. 230)

Son muchos los teóricos de las ciencias humanas que describen las características de la conciencia transpersonal. Entre ellos destacan: Lonergan, con su propuesta sobre los procesos de conversión que el ser consciente sufre a lo largo de las tres etapas o esferas: las esferas restringidas del ser, la esfera real y la esfera trascendente del ser; Freire, para quien el nivel transpersonal de conciencia surge en el momento en el que el proceso de humanización concluye y la persona se encamina hacia la humanización que sólo es posible a través de los actos de la voluntad y de un ejercicio responsable de la libertad, y que opera en el momento en que la conciencia gana la dimensión de la trascendencia; Maslow, con su teoría que sostiene que en este nivel de conciencia las personas experimentan las metanecesidades y las metamotivaciones que incluyen no sólo los valores intrínsecos o instintivos de su naturaleza biopsicosocial, sino los valores supremos o más elevados a los que este autor se refiere como Valores del Ser; Fromm, en este mismo sentido, habla del hombre nuevo como aquel que renuncia a todas las formas de tener, para poder llegar a ser realmente; Rogers, quien describe las características de la persona del año 2000; Assagioli describe al ser transpersonal como el testigo y González Garza se refiere a éste como el núcleo del sí mismo, que alcanza su plena realización en el momento en que despierta a la conciencia unitaria en la cual se resuelve el misterio de la unidad en la multiplicidad.

El nivel transpersonal de conciencia, contemplada desde esta óptica, se constituye como el nivel más elevado de desarrollo del potencial humano. Sus características principales son: la percepción global u holística, la trascendencia de lo temporal y lo espacial, así como el desapego del egocentrismo que se manifiesta a través de las metanecesidades y metamotivaciones. Se constituye como el testigo, observador y participante del ser y del Ser. La plena realización del potencial propio de la naturaleza del hombre y de la mujer llega a su máxima expresión en el momento en que al despertar a la Conciencia Unitaria (González Garza, 1989) se funde, sin confundirse, con el ser esencial que es su origen.

Desde la perspectiva transpersonal, el desarrollo integral de la conciencia consiste en la actualización del potencial innato que se encuentra latente en cada una de las dimensiones que conforman la naturaleza humana. Este proceso se realiza en la medida en que el individuo -en cada etapa de su desarrollo- va logrando reconocer, aceptar, simbolizar, organizar e integrar en su conciencia individual, todos los elementos, características, polaridades y subpersonalidades (13) que corresponden a cada estadio de conciencia.

Una vez que se lleva al cabo esta integración, el sujeto es capaz de desidentificarse o desapegarse de esta identidad parcial -frecuentemente distorsionada- para entonces ampliarse hacia un nivel más inclusivo y elevado de conciencia. A medida que la

conciencia evoluciona, la sombra o mundo del no ser se disminuye y la conciencia se expande alcanzando mayor grado de madurez y consiguientemente, de salud.

El enfoque transpersonal sostiene que el ser humano naturalmente tiende hacia la autorrealización y la trascendencia. Sin embargo, no niega que este proceso natural puede verse obstaculizado y distorsionado por el medio ambiente que si bien no es un factor determinante, sí influye en el desarrollo del self o sí mismo. El ser humano se encuentra entre dos fuerzas o polaridades que son: la experiencia interna del ser, a la cual Rogers (1966) llama la "sabiduría orgánica o valoración orgánica", y la influencia del medio ambiente, la "valoración externa". Esta polaridad, unida a las necesidades que cada una de las dimensiones humanas experimenta, es el origen de la llamada sombra, que resulta de las identificaciones parciales, así como de los mecanismos de defensa que reducen a la conciencia en la medida en que la hacen más y más exclusiva.

Cuando a lo largo del proceso de desarrollo al que llamamos vida, la persona va siendo capaz de desidentificarse o desapegarse de las identidades o identificaciones parciales, su conciencia se amplía hacia niveles más inclusivos y elevados de conciencia. Es decir, a medida que la conciencia evoluciona, la sombra (14) -mundo del no/ser- disminuye, alcanzándose así un grado mayor de autoconocimiento, de salud y de madurez.

De esta tesis se deduce que al separar, negar y/o proyectar aspectos y elementos del self o sí mismo al mundo externo, el individuo se identifica sólo con aquellas facetas que acepta como propias. Por lo tanto, la sombra aparece en cada uno de los niveles y etapas de desarrollo de la conciencia, adquiriendo distintas formas que responden al conjunto de características, funciones, necesidades y valores propios de cada dimensión, con los que el individuo -a partir de la subjetividad- se identifica.

Por lo tanto, desde esta perspectiva, se considera que el desarrollo deficiente de la conciencia es producto de las crisis de identidad no resueltas en los diferentes estadios por los que la conciencia atraviesa a lo largo de su proceso de autorrealización y de trascendencia. Esto significa que cuando el individuo no ha sido capaz de completar el ciclo de identificación-desidentificación propio de cada nivel de conciencia, permanece aferrado a identidades o conceptos limitados de sí mismo que impiden el desarrollo natural hacia la autorrealización y la trascendencia. Surge entonces un desfase entre las etapas cronológicas de crecimiento -infancia, niñez, adolescencia y adultez- y la expansión de los niveles de conciencia que corresponde a cada una de estas fases. Esta alteración en el proceso natural de desarrollo por lo general es la responsable de las disfunciones, perturbaciones, trastornos y/o patologías que presentan diversos grados de complejidad.

Psicoterapia transpersonal

Entre las definiciones que se han propuesto a lo largo de más de 25 años se encuentran las planteadas por Sutich (1968), Walsh y Vaughan (1980), Hendricks y Weinhold (1982), Hutton (1988), Scotton (1985) y González Garza (1995). A continuación se presenta una síntesis de éstas, a manera de definición general.

La psicoterapia transpersonal está directa o indirectamente interesada por el reconocimiento, la aceptación y la realización de los estados últimos: unidad, totalidad, verdad última, realidad absoluta, percepción de lo sagrado, experiencia oceánica o experiencia de Dios, así como por descubrir y superar los obstáculos y barreras que impiden este despertar. Es una práctica que va más allá de los límites

del ego, formando un puente entre los reinos psicológicos y los espirituales. Centra su atención en las alteraciones psíquicas relacionadas con las crisis espirituales que se presentan como resultado de: el desarrollo deficiente de la conciencia, el fracaso en los procesos de diferenciación-integración, el hedonismo espiritual, el narcisismo espiritual, la depresión causada por la noche oscura del alma y los problemas que surgen ante un despertar espiritual prematuro, así como por las fases de transformación por las que el ser humano atraviesa a lo largo del proceso de despertar a su verdadera esencia.

Como puede observarse, la naturaleza y los objetivos centrales de la psicoterapia transpersonal trascienden los reinos egóico y personal de la conciencia al adentrarse en las profundidades de la dimensión espiritual. Su interés por los aspectos de la personalidad y de la conducta relacionados con las regiones superiores de la naturaleza humana, así como la convicción de que el camino hacia la salud integral exige cada vez más la interrelación de las disciplinas personales con las transpersonales, le conducen a introducirse dentro del campo de las enseñanzas y propuestas psicológicas de las tradiciones espirituales. Esta interacción ha traído consigo grandes ventajas, así como algunas desventajas y peligros a la práctica psicoterapéutica. Entre las ventajas cabe destacar: una extensión significativa de miras en cuanto a lo que se refiere a conceptos antropofilosóficos y psicológicos que abren un horizonte más amplio hacia la comprensión del complejo fenómeno humano; la creación de un puente entre la dimensión temporal de la ciencia y la dimensión atemporal e infinita de la mística, que permite la integración del conocimiento y de la sabiduría y una aproximación distinta a la concepción, valoración e intervención en las crisis de transformación que pueden llegar a presentarse como resultado de prácticas espirituales y experiencias no ordinarias de conciencia.

Las desventajas que esta interrelación trae consigo se derivan de la confusión que en muchas ocasiones existe entre la psicoterapia transpersonal y el quehacer -también de carácter terapéutico o curativo- propio de las tradiciones espirituales, al que se ha llamado "sanación espiritual" o "cura del alma". Skynner (1990, pp. 46-64) presenta una detallada descripción de las similitudes entre las propuestas psicoterapéuticas de la psicología transpersonal y aquellas de las tradiciones espirituales, que explican cómo las aparentes coincidencias parciales entre los dos enfoques son en gran parte las responsables de la confusión a la que se hace referencia.

Por último, los peligros que pueden resultar de esta confusión son, entre otros: la introducción de prácticas espirituales indiscriminadas en el contexto de la psicoterapia, la tentación en la que el psicoterapeuta puede caer de aspirar a convertirse en maestro o gurú y dejar a un lado la responsabilidad que su quehacer profesional específico le exige y el pretender que a través del modelo transpersonal pueden tratarse todas las disfunciones, alteraciones y patologías, sin tomar en cuenta su etiología y el nivel de conciencia en el que éstas se generan y se desarrollan. Esta falsa pretensión conduce a ignorar que distintas manifestaciones patológicas requieren de enfoques psicológicos y de modelos de intervención psicoterapéutica diferentes.

Es muy importante señalar que si bien la psicoterapia transpersonal pretende integrar los aspectos y los fenómenos físicos (biológicos y materiales), los psicológicos (mentales y anímicos) y los espirituales (trascendentes y místicos), su campo de acción difiere importantemente de aquel que corresponde a las tradiciones espirituales. La finalidad y los objetivos de la práctica psicoterapéutica se centran en la atención de las alteraciones, disfunciones y patologías que pueden presentarse como resultado del despertar de las energías e impulsos espirituales. Por lo tanto,

pretender invadir o usurpar el terreno de las tradiciones espirituales, es un error categorial que puede llegar a tener consecuencias lamentables. El enfoque transpersonal no es una tradición espiritual, ni un camino contemplativo a través del cual se tiene acceso a las realidades trascendentes y al descubrimiento de la Esencia Divina, sino una corriente psicológica fundamentada en un enfoque comprensivo de los alcances remotos de la naturaleza humana, que devela los problemas, dificultades y las crisis de transformación espiritual y facilita los procesos de identificación-integración-consolidación-desidentificación, que permiten la expansión de la conciencia.

TÉCNICAS

Grof (1989) sostiene que la terapia transpersonal no debe abocarse a la atención y el tratamiento de condiciones de naturaleza claramente psicótica, cuyos rasgos característicos son: a) la desintegración severa de la personalidad, b) la incapacidad para la introspección y el insight, c) las alucinaciones y delusiones paranoides y d) las formas de comportamiento extravagante o francamente anómalo. Esto significa que individuos con un largo historial de tratamiento institucional y farmacológico, así como aquellos que presentan padecimientos crónicos relacionados con las psicosis autistas, las psicosis simbióticas infantiles, las esquizofrenias adultas, las psicosis depresivas, los trastornos narcisistas primarios, los trastornos *borderline* de la personalidad, las neurosis *borderline* de alto nivel o las psiconeurosis -cuya etiología más perturbadora tiene sus raíces en las etapas prepersonales del desarrollo-, no encajan dentro del campo de la psicoterapia transpersonal debido a que requieren de una intervención médico-psiquiátrica. Este mismo planteamiento, como veremos más adelante, es compartido por Wilber y por Assagioli, quienes definen claramente la patología que corresponde a niveles de conciencia menos evolucionados, de aquella que se refiere al ámbito de lo transpersonal.

Antes de pasar a tratar el tema sobre las técnicas, cabe señalar que uno de los principios más importantes en la aplicación de éstas en los procesos psicoterapéuticos, es que toda técnica y toda estrategia no son más que simples instrumentos para producir un efecto determinado sobre la psique, por lo que nunca deberán ser consideradas como fines en sí mismas. Otros elementos importantes a tomar en cuenta son: 1) las actitudes y los valores del terapeuta juegan un papel mucho más importante que las técnicas, 2) los ejercicios, los métodos y las técnicas, se van determinando conjuntamente entre terapeuta y cliente para alcanzar los fines que se pretenden y 3) la aplicación de las técnicas, los ejercicios y los métodos siempre se verán encausados y manejados a través de la voluntad y de la libertad responsable.

La psicoterapia transpersonal combina diversas técnicas con el objeto de provocar un efecto más amplio. Al conjunto de técnicas que se estructuran con base en los objetivos que se pretende, se le conoce como ejercicios. Éstos por lo general incluyen técnicas de respiración, de relajación, de visualización, de concentración mental y de imaginación creativa, entre otras. El término método corresponde al conjunto de técnicas y ejercicios que se emplean en la práctica psicoterapéutica.

Técnicas de la Psicósíntesis

La psicósíntesis divide la práctica psicoterapéutica en dos grandes grupos. El primero se aboca a atender los conflictos, disfunciones y alteraciones del nivel personal de desarrollo, en cuyo caso el objetivo es la estructuración o reestructuración del self personal, y el segundo que corresponde al nivel transpersonal, se centra en el desarrollo de una estructura armónica que permita y favorezca la asimilación y la integración de las tendencias y las energías espirituales.

La amplitud del repertorio de técnicas que Assagioli desarrolla y compila, hace prácticamente imposible la presentación y la descripción de cada una de éstas. Por lo tanto, nos limitamos a mencionar algunas de las técnicas más utilizadas por los psicoterapeutas de la psicósíntesis, no sin antes sugerir al lector interesado en este tema, consulte las fuentes originales (15).

Para las fases iniciales de la psicoterapia se emplean: biografía, autobiografía, diario, cuestionarios diversos, análisis de los sueños, técnicas proyectivas, dibujo libre y ejercicios en los que se utiliza música, movimiento rítmico y expresión creativa. Más adelante, y con base en el proceso individual del que se trate, se van utilizando las siguientes técnicas: identificación-desidentificación, trabajo con las subpersonalidades, fantasías guiadas, evocaciones visuales, olfativas, gustativas, motrices, auditivas y simbólicas, expresión del ser a través del arte, transformación de las energías psicocorporales, entrenamiento imaginativo, meditación reflexiva y contemplativa, diálogo interior, biblioterapia, modelo ideal del yo, descubrimiento de las energías y las dimensiones del amor, de las relaciones interpersonales, del encuentro y del compromiso social, entre otras.

Entre los ejercicios más recomendados se encuentran aquellos que favorecen el manejo del humorismo, la transformación de las energías sexuales, las agresivas, las combativas y las emotivas, entre otras, el trabajo con los miedos que experimenta el cliente, la síntesis de polaridades, así como aquellos que se dirigen a la purificación del cuerpo, de la mente y del espíritu, a lograr la comunión con la naturaleza y a fortalecer la voluntad, la libertad y la responsabilidad. Tanto las técnicas, como los ejercicios que aquí se presentan, favorecen el desarrollo de la biopsicósíntesis.

Además de las técnicas y de los ejercicios, Assagioli diseña estrategias de intervención tanto individuales como grupales, encaminadas a facilitar el desarrollo de las habilidades de pensamiento y de la mente consciente, así como del manejo de las emociones y los sentimientos.

Sistema de emergencia espiritual

El sistema de emergencia espiritual es una forma de intervención diseñada y desarrollada por Grof (1989b), después de más de dos décadas de investigación y práctica psicoterapéutica. Se dirige a la atención de las crisis que se presentan ante el despertar de las energías espirituales, a las que Grof se refiere como crisis de transformación.

Grof desarrolla lo que él ha llamado la terapia holotrópica con la intención de activar el inconsciente y desbloquear la energía positiva, que es la que permite a la persona superar la fragmentación interior y el sentido del aislamiento del mundo, para lograr así la integración total. Esta terapia experiencial consiste en presentar estímulos al paciente que le conduzcan a experimentar con plenitud las sensaciones y emociones emergentes, así como en ayudarlo a descubrir formas apropiadas para expresarlas. Para ello se invita a la persona a utilizar sonidos, posturas, movimientos, dibujos, los mándalas y otras formas de expresión simbólica y/o metafórica. Grof combina la

técnica de la respiración holotrópica con otros ejercicios y técnicas que favorecen la retrospcción y liberan al individuo de su coraza muscular. Estos conducen al individuo a experimentar estados no ordinarios de conciencia en los que se reviven situaciones y/o episodios perinatales, biográficos, estéticos o transpersonales. La utilización de música evocativa cuidadosamente programada, de técnicas de regresión y de hiperventilación abren la puerta de sabiduría orgánsmica que es la que en última instancia conduce a la experiencia transpersonal; aquella que va más allá del mundo del intelecto racional, selectivo, verbal y limitado.

Se ha planteado ya la importancia que tiene para la psicoterapia transpersonal el que técnicas y estrategias que se emplean en el proceso respondan específicamente a cada caso particular. En algunas ocasiones las técnicas deberán dirigirse a acelerar el proceso de transformación, en cuyo caso se sugiere el uso de la meditación, el canto de mantras en grupo, las prácticas contemplativas y los rituales propios de la práctica espiritual que la persona profese, o en otros términos, lo que Wilber llama "el camino del santo". La utilización de la música, la danza, la pintura y otros medios de expresión de los sentimientos, es lo adecuado en estos casos.

Sin embargo se presentan ocasiones en que el ritmo del proceso interfiere con la vida cotidiana del paciente y lo que ésta le demanda, por lo que se hace necesario disminuir este ritmo. Para ello, lo recomendable es que la persona suspenda toda forma de práctica espiritual, cambie la dieta alimenticia (a una más proteínica y rica en calorías), se de baños calientes y realice trabajos y ejercicios físicos ligeros. Debido a los componentes psicósomáticos que suelen presentar estas alteraciones, la acupuntura puede ser un tratamiento alternativo recomendable. Esta práctica tiene resultados excelentes en el desbloqueo de la energía y la armonización de las energías psicológicas. Asimismo el empleo de las técnicas y estrategias propias de las terapias humanistas y de la psicósíntesis son especialmente adecuadas.

Grof recomienda a los psicoterapeutas que hacen uso de la terapia holotrópica, que el proceso no se limite a la comunicación verbal, sino que permita y promueva la experiencia integral y se dirija a la liberación de las emociones reprimidas. Asimismo, sugiere que en casos muy severos, cuando el individuo presenta comportamientos autodestructivos o se encuentra sumamente agitado, lo ideal es ofrecer a esta persona un cuidado intensivo las 24 horas del día o, en su defecto, utilizar el uso de tranquilizantes u otros fármacos, mismos que siempre deberán ser administrados por un médico-psiquiatra que conozca el caso en particular.

Otras técnicas que apuntan hacia lo transpersonal

Entre las técnicas que la psicología transpersonal ha retomado para enriquecer su práctica se encuentran: la técnica de la imaginación activa dirigida a acceder al inconsciente colectivo y otras encaminadas a facilitar el descubrimiento de la sombra, de Jung, la fantasía guiada desarrollada por Desoille en la década de los años treinta, la visualización simbólica que expone Rowan, el sistema terapéutico desarrollado por Walsh al que se le conoce como "Diez perfecciones", cuya principal característica es que se centra en la iluminación y no en la patología, y el método de la autoobservación que Needleman descubre en la meditación.

Otra referencia importante en cuanto a técnicas nos la ofrece Tart en su libro Psicologías Transpersonales. En sus dos volúmenes, Tart presenta los caminos del budismo zen, el yoga, el cuarto camino de Gurdjieff, el entrenamiento de Arica, el sufismo contemporáneo y la psicología de la tradición mística cristiana, que ofrecen

distintas técnicas y herramientas para promover el despertar de las energías espirituales y la salud integral.

Dass, Coleman, Kornfield, Graf Durckheim, LeShan, Trungpa, Walsh y Varela, entre otros, proponen a la meditación como un camino que conduce a una profunda transformación, a un cambio radical de conciencia y a la integración de las polaridades. Sin embargo, a este respecto consideramos importante mencionar los alcances y los peligros que la meditación, como técnica y/o práctica psicoterapéutica, pueden traer consigo.

El objetivo central de la meditación es armonizar la energía psíquica, favorecer el desarrollo del potencial espiritual y capitalizarlo de tal forma que se integre en niveles superiores de organización. Durante las primeras etapas de la práctica meditativa, suelen irrumpir violentamente en la conciencia algunos elementos reprimidos de las estructuras inferiores, provocando un enfrentamiento con la sombra. Este hecho ha llevado a algunos a creer que la meditación se limita a ser una herramienta útil para facilitar la eliminación de los aspectos sombríos de la personalidad, en cuyo caso se recomienda como una técnica de autoconocimiento, sin comprender que este fenómeno no es otra cosa más que un subproducto de la práctica meditativa. Si la meditación se limitara a ser solamente un medio para alcanzar el propio conocimiento, ésta no sería sino un mero instrumento al servicio del ego, y no una disciplina que mueve y canaliza las energías espirituales.

En las últimas décadas se han puesto de moda las prácticas meditativas, por lo que es frecuente que orientadores y terapeutas las recomienden como un instrumento para promover el desarrollo personal o bien las incluyan en su práctica psicoterapéutica. Cuando el terapeuta no está familiarizado con los distintos caminos de meditación que existen, así como con las consecuencias que esta práctica tiene en la psique, su acción no solamente es irresponsable, sino muy riesgosa. El camino del yogui puede llegar a causar trastornos emocionales y sexuales serios en individuos que se encuentran en niveles de desarrollo anteriores al personal. En este mismo caso se encuentra la meditación koan del Zen que resulta contraindicada debido a que provoca una ansiedad profunda que afecta seriamente a personas con problemas de ansiedad psiconeurótica. Aún en el nivel personal de conciencia, cuando las patologías correspondientes se caracterizan por la confusión de roles, el gregarismo patológico y el fracaso de una identidad personal, la meditación se convierte en un instrumento de racionalización, de satisfacción de necesidades deficitarias y del *acting out*.

Frecuentemente, las crisis de transformación se generan precisamente por prácticas meditativas equivocadas en las cuales la irrupción violenta de la sombra en la conciencia, o bien la movilización intensa y prematura de las energías espirituales, provocan estados de confusión que presentan distintos grados de complejidad y de severidad. Los episodios psicóticos o pseudopsicóticos que se desprenden de una práctica equivocada, se deben generalmente a que la persona no ha alcanzado aún una estructura estable y fuerte del self. Dado a que el propósito de la meditación tiende a la disolución de las estructuras egóicas para así llegar a trascenderlas, el individuo que presenta características borderline o psicóticas sufre una desintegración mayor que dispara y activa su patología. En general, la práctica meditativa es contraindicada para toda aquella persona que presenta manifestaciones patológicas propias de los niveles prepersonal y egóico de conciencia, aunque algunas técnicas dirigidas al desarrollo de la concentración que anteceden a la práctica meditativa propiamente dicha, resultan indicadas. Entre éstas se encuentran: los ejercicios de relajación, el seguir con atención a la respiración, el contar una y otra vez del uno al diez las inspiraciones y expiraciones,

el tai chi chuan, así como ciertas prácticas de la meditación mantrayana que pueden ser una alternativa de apoyo a la psicoterapia.

Es frecuente, que por falta de información, se confunda a la meditación con las prácticas de relajación. En el caso de la meditación, la conciencia entra en un estado alterno en el que el ego se disuelve, el meditador trasciende los conceptos, así como la ubicación en un tiempo y un espacio específico. Las prácticas de relajación y de concentración, abren la conciencia a los bloqueos energéticos o puntos de tensión y favorecen su eliminación, permiten a la persona entrar en contacto con su cuerpo, su mente y sus emociones y la mantienen en un nivel de conciencia alerta o de vigilia equilibrada o armónica. A través de estas prácticas la persona aprende a manejar adecuada y positivamente sus emociones, canalizando la energía de tal forma que no provoca el desequilibrio biopsicológico, ni las manifestaciones psicósomáticas que son causadas por la acumulación de tensión negativa (distress).

En el caso de la patología propia del nivel personal-existencial la práctica de la meditación es un instrumento que promueve y beneficia el proceso terapéutico. La ansiedad y la depresión existencial si bien pueden tener características similares a la psiconeurosis, no se ven afectadas negativamente por la meditación, aunque en estos casos la reflexión filosófica resulta más indicada. El método de la logoterapia, desarrollado por Frankl es altamente recomendado para tratar las disfunciones propias del nivel personal-existencial de desarrollo de la conciencia.

La patología propia del nivel transpersonal encuentra, en general, un apoyo en las prácticas meditativas, salvo en los casos que como lo apunta Grof (1989b) resulte conveniente detener el ritmo de transformación.

APLICACIONES

Desde la óptica transpersonal se considera que cuando el proceso de identificación-integración-desidentificación-consolidación no se realiza, se presentan patologías cualitativamente diferentes que requieren de una modalidad de tratamiento particular. Wilber (1994, p. 111). sostiene que algunas terapias "...han sido diseñadas específicamente para tratar un determinado tipo de psicopatología y suelen, por tanto, ser contraindicadas para tratar otros síntomas".

Con el objeto de tener una visión panorámica de la patología que corresponde a los niveles prepersonal y personal de conciencia, por ser estos los que no caen dentro del ámbito de la psicoterapia transpersonal, se presentan a continuación dos cuadros que indican: el nivel de conciencia, la meta del proceso de desarrollo que en éste ha de lograrse, la patología que emerge cuando la meta no se alcanza, la sintomatología correspondiente y el tipo de psicoterapia indicada.

Cuando el proceso de desarrollo entra en sus últimas fases, en las que la conciencia pasa del nivel personal al nivel transpersonal, con frecuencia la persona atraviesa por momentos críticos que anuncian una transformación. En estas crisis pueden llegar a presentarse experiencias abrumadoras como: el resquebrajamiento del sentido de identidad, cambios inesperados en la jerarquía valoral personal, cambios significativos en la percepción y estados visionarios y estados oceánicos, así como alteraciones de carácter fisiológico entre los cuales son frecuentes los trastornos en el ritmo respiratorio, las sensaciones de sofoco, los temblores, los espasmos, los dolores de cabeza y los mareos, que provocan confusión, miedo y en ocasiones una

tremenda ansiedad en la persona que las experimenta. Estas manifestaciones en muchas ocasiones son contempladas como episodios de naturaleza psicótica, por lo que resulta muy importante llegar a diferenciar con claridad los fenómenos que caen dentro de los umbrales de los procesos críticos de transformación espiritual, de los episodios de índole psicótica. El peligro de no llevar al cabo esta diferenciación tiene dos vertientes: la primera es la de confundir un episodio psicótico con un proceso de transformación espiritual y no dar a la persona la atención y el tratamiento médico que requiere y la segunda, considerar que las crisis de transformación son manifestaciones psicóticas y por lo tanto, tratarlas por medio de prácticas psiquiátricas rutinarias que incluyen desde el tratamiento farmacológico, hasta la internación del "paciente" en hospitales psiquiátricos. En estos casos, la atención psiquiátrica resulta contraproducente debido a que los procedimientos terapéuticos que se utilizan detienen el proceso evolutivo y autocurativo de estas crisis, provocando la involución de la conciencia hacia estadios menos evolucionados e impidiendo con ello la expansión de ésta hasta sus últimas expresiones.

Como ha sido ya mencionado, la psicología transpersonal se interesa por el reconocimiento, la aceptación y la realización de los estados últimos. Este interés ha conducido, en las últimas décadas, a la realización de investigaciones científicas relacionadas con la neurología y la psicología que han llegado a descubrir que la psique humana tiene acceso a un amplio espectro de estados de conciencia a los que se ha clasificado como estados alterados por no encontrarse dentro de los parámetros de la conciencia lineal-verbal-razional u ordinaria. Krippner (1982, pp. 23-28) describe al menos una veintena de ellos entre los que se encuentran, tanto los inducidos por agentes externos (16), como aquellos otros que se experimentan ya sea de manera espontánea, o bien como resultado de prácticas espirituales disciplinadas que conducen al despertar del místico que todo ser humano lleva dentro. A estos últimos, he preferido llamarles estados alternos de conciencia, ya que el término alterado en ocasiones se entiende como perturbado, anormal o enfermo.

Tanto los estados alterados como los alternos, conducen al individuo a vivir experiencias no ordinarias, a las que Wilber (1989, p. 241) ha dividido en dos grandes grupos: las prepersonales o preracionales y las transpersonales o transracionales. Grof (1989), por su parte, las clasifica en tres grandes grupos: perinatales, biográficas y transpersonales. Las primeras corresponden a los estadios pleromómico, arcaico o pre-egóico de conciencia. Las experiencias biográficas incluyen los niveles de conciencia egóico y personal, y las transpersonales son aquellas que corresponden al ámbito de lo espiritual en sus diversas manifestaciones. Estas últimas se refieren a toda experiencia que trasciende las fronteras de lo personal e incluyen: las experiencias de naturaleza estética, las experiencias cumbre o meseta descritas por Maslow (1982), las experiencias de raptó y éxtasis y aquellas de carácter religioso espiritual entre las que se encuentran las experiencias místicas.

Las experiencias que los estados alternos o alterados provocan, presentan las siguientes características: no se ubican en el tiempo y en el espacio, son alógicas y arracionales (no ilógicos e irracionales), la conciencia del ego se disuelve, son inefables debido a que las palabras siempre se quedan cortas cuando se trata de expresar la experiencia vivida y frecuentemente presentan imágenes arquetípicas, visión de figuras geométricas y/o de colores del arco iris.

Debido a la similitud aparente que estas experiencias pueden llegar a tener con algunos de los síntomas propios de la psicosis, es frecuente que quienes las viven experimenten temor de estar perdiendo la razón. Sin embargo, existen diferencias

claras que permiten distinguir cuando las experiencias son manifestaciones de la expansión de la conciencia y cuando éstas tienen rasgos de naturaleza patológica. En el primer caso, la experiencia vivida es siempre una experiencia integradora que persigue la evolución progresiva, la persona tiene la sensación de haber alcanzado un conocimiento que le permite la comprensión de fenómenos que no podía comprender a través de las operaciones mentales concretas y formales de pensamiento, y se experimentan cambios significativos de integración tanto en la percepción, como en la conducta. En estas vivencias el individuo no establece contacto con experiencias arcaicas infantiles o de un pasado biográfico (prepersonales), sino con realidades trascendentes de unidad (transpersonales). Durante la experiencia, escribe Wilber (1994 p. 251), se "...mantiene un acceso potencial al ego, la lógica, el contacto social, la sintaxis, etc."

En el caso de experiencias de naturaleza patológica, el suceso precipitante es por lo general una situación de tensión y ansiedad extrema provocada por un ego débil con tendencias hacia el aislamiento. Presentan síntomas claros de regresión causados por una profunda angustia y la desintegración del yo es manifiesta. Existe confusión al mezclarse el ego con el sí mismo, el interior con el exterior, lo natural con lo sobrenatural, así como una franca incapacidad para lograr coordinar lógicamente las introspecciones -frecuentemente autistas- y las intuiciones que un episodio psicótico trae consigo. Las experiencias patológicas se caracterizan por la incapacidad del sujeto para reconocer secuencias temporales, así como de adecuarse a la vida cotidiana, creando todo esto una sensación general, que puede calificarse como caótica, en la que el individuo alucina con su propia sombra. En estos casos concretos es en donde se ubica la patología transpersonal dentro de la cual, como ya se ha mencionado, no se incluyen aquellas manifestaciones patológicas cuya etiología se ubica en las primeras etapas del desarrollo del self, o aquellas otras causadas por alteraciones bioquímicas y/o disfunciones orgánicas.

Wilber (*Ibid*, p. 99) ofrece un parámetro más para diferenciar con claridad la patología que tiene componentes espirituales, de aquella otra que corresponden a los niveles psicótico y/o borderline, a la que se refiere como "...patologías más mundanas...". Según Wilber, toda persona familiarizada con la filosofía perenne (17) será capaz de reconocer de inmediato "...la presencia de elementos espirituales universales en un determinado episodio psicótico". Estos elementos son los que marcan la diferencia entre las patologías prepersonales (mas mundanas o terrenas), de las transpersonales. Wilber sostiene que estas últimas tienen, en sí mismas, un potencial y una energía autocurativa extraordinaria y constituyen la puerta de acceso a niveles de conciencia más evolucionados.

Es importante señalar que los elementos disparadores de las crisis de transformación espiritual pueden ser de carácter: físico, en cuyo caso se encuentran las enfermedades, accidentes y operaciones quirúrgicas que han puesto en peligro la vida, las experiencias de "casi muerte" y de resucitación, así como el cansancio extremo y a falta de sueño y/o de alimento por períodos prolongados; psicológico, entre los que aparecen: la pérdida de seres queridos por muerte o por abandono, el divorcio, la pérdida del trabajo o del prestigio, las quiebras económicas y las situaciones de injusticia y de violación a los derechos humanos o espiritual, en donde los factores precipitantes pueden deberse a prácticas psicoespirituales que someten al cuerpo físico-emocional a tensiones y presiones excesivas, así como a prácticas erróneas que provocan desórdenes crónicos (18), a depresiones provocadas por la noche oscura del alma y a la dicotomía interna que impide u obstaculiza la experiencia de la unidad total.

En el desarrollo de la dimensión espiritual -al igual que en el caso de las dimensiones menos evolucionadas- existen diversos grados a los que podríamos clasificar como: inicial, intermedio y avanzado. Cada uno de estos incluye distintas potencialidades a ser realizadas, en las que el proceso de identificación-integración-desidentificación sigue jugando un papel predominante. Como ya se ha mencionado, cuando este proceso fracasa, se presentan las crisis propias de cada nivel o estadio de conciencia. Esto significa que en la medida en que la conciencia se expande, las disfunciones y manifestaciones patológicas van disminuyendo en cantidad, intensidad y complejidad.

a) Nivel inicial o primario. Constituye el más reducido en la escala transpersonal, y es en el que pueden llegar a presentarse las manifestaciones patológicas psíquicas que resultan ser las más complejas, por tratarse de disfunciones que se derivan de una mala metabolización de las experiencias pasadas.

La patología que corresponde al nivel inicial suele presentar mayor grado de complejidad y de severidad, por tratarse de aquella que se genera por un despertar espontáneo-involuntario (19) de las energías e intuiciones espirituales. Esta experiencia prematura, que en algunos casos llega a ocasionar episodios psicóticos o pseudopsicóticos, se origina cuando el self no se encuentra aún sólidamente constituido para poderla metabolizar adecuadamente. En otros términos, el individuo que no ha logrado desarrollar un yo lo suficientemente fuerte y una identidad personal diferenciada, tiende a presentar una sintomatología que se manifiesta de diversas maneras: inflación del ego, desequilibrio estructural, división interna, depresión psíquica y desórdenes psicosomáticos. Las manifestaciones patológicas de esta naturaleza se encuentran cimentadas en contenidos espirituales distorsionados, a diferencia de los episodios psicóticos y borderline cuyo origen se remonta a las etapas prepersonales. Cuando el psicoterapeuta no logra hacer el diagnóstico diferencial adecuado, suele confundir las patologías prepersonales con las transpersonales, con las consecuencias negativas que ya han sido mencionadas anteriormente.

Este nivel inicial se encuentra ubicado en lo que Wilber (1994) denomina nivel psíquico o principiante. Wilber plantea que en este nivel se presentan crisis y disfunciones espirituales inferiores ocasionadas por: a) un despertar espontáneo e inesperado de las energías y potencias espirituales, b) brotes esquizofrénicos pasajeros o episodios de naturaleza psicótica (especialmente la esquizofrenia paranoide) que se presentan en las estructuras neuróticas, borderline o abiertamente psicóticas del self que corresponden a los niveles prepersonales y c) por las presiones abrumadoras a los que en ocasiones se somete a los principiantes de cualquier disciplina contemplativa o a los participantes en ciertas prácticas y técnicas psicoterapéuticas mal manejadas, mal aplicadas o mal procesadas.

La terapia psicointegrativa es altamente recomendable para este tipo de manifestaciones patológicas, debido a que abarca las cinco etapas críticas en el proceso del despertar espiritual que Assagioli plantea. Estas son: la crisis que precede al despertar, la crisis que provoca el despertar, las reacciones que siguen al despertar, las fases del proceso de transformación y la noche oscura del alma. Esta práctica psicoterapéutica se dirige hacia la atención de los desórdenes propios del ámbito transpersonal que se caracterizan por la complejidad resultante de la variedad de experiencias que se presentan y la diversidad de las formas en que se enfrenta la crisis de transformación, que como ya se ha mencionado, dependen del nivel de desarrollo de la conciencia personal. Es decir, quienes están mejor preparados para afrontar la crisis no experimentan la ansiedad, el sufrimiento y la

confusión que aquellos que aún se encuentran aferrados a los aspectos inferiores de la personalidad. Estos últimos son los que desarrollan alteraciones neuropsicológicas.

Los elementos que la psicoterapia psicodinámica considera como los más importantes son: dar a la persona que sufre una información y una explicación clara de lo que le está sucediendo y ayudarlo a descubrir las actitudes más adecuadas para enfrentarse a esta crisis; ofrecerle alternativas (a través de técnicas y estrategias adecuadas) que le permitan reconocer, aceptar, integrar y trascender los apegos a elementos que corresponden a niveles menos evolucionados de conciencia, cuidando que estos no se repriman, sino que se trasciendan; acompañarla en el proceso de transformación de las energías psicológicas, hacia las energías espirituales; ayudarla a que reconozca, acepte, mantenga y desarrolle las energías espirituales que fluyen en su conciencia y trabajar junto con la persona en la tarea de reconstrucción integral de su personalidad, o en otros términos, en el camino de lograr la biopsicosisíntesis.

Tabla 1. Patología correspondiente al nivel inicial, psíquico o principiante

Patología	Síntomas y manifestaciones
Trastornos psíquicos	Inflación del ego al imputarse a éste las energías y las intuiciones universales y transpersonales. Sumamente perturbadores cuando existen en la conciencia residuos de trastornos de naturaleza narcisista.
Desequilibrio estructural	Se manifiestan en formas de ansiedad libre, de flotación o a través de síntomas psicósomáticos de conversión. Cefaleas, arritmia, malestar estomacal, mareos, etc.
División interna	Expresa una escisión profunda entre las necesidades deficitarias, las de desarrollo y las metanecesidades. La sintomatología es similar a la que se presenta en las psiconeurosis.
Depresión psíquica	Sentimientos de abandono y melancolía que se experimenta cuando el alma que ha gozado la experiencia de Dios, se vive impotente ante la necesidad que siente evitar que ésta se desvanezca o el deseo de revivirla (Noche oscura del alma). Sentimientos de amargura ante la comprensión del sufrimiento y el dolor inherente a la existencia que algunas prácticas espirituales.
Desórdenes psicósomáticos	a) los pránicos cuyos síntomas son espasmos musculares prácticamente incontrolables, dolores violentos de cabeza y dificultades respiratorias, provocados por la incorrecta canalización de la energía kundalini en las primeras fases del despertar espiritual, y (b) la enfermedad yóguica descrita por Aurobindo que se origina cuando el desarrollo del nivel psíquico superior de la conciencia, domina y somete al cuerpo físico-emocional a una presión y una tensión excesiva. Los desórdenes psicósomáticos que se generan son alergias, problemas cardíacos, trastornos estomacales y aun algunos tipos de cáncer.

Una de las etapas más difíciles de superar es la de la noche oscura del alma, en la que la persona se encuentra sumida en un profundo dolor por no ser capaz de lograr que la luz del espíritu inunde su conciencia. La única forma de tratamiento es acompañar a la persona en su sufrimiento, ayudarla a comprender que este tormento temporal tiene un valor espiritual muy alto y ayudarlo a sobrellevar su dolor con paciencia y con paz. De Mello (1989a) nos dice al respecto: "Tú no podrás llegar a la paz, si no descubres los obstáculos que te impiden llegar a ella".

Es importante señalar que difícilmente se encuentran personas que tengan total y absolutamente resueltos los conflictos del nivel personal de conciencia. Aún las personas más "sanas" o "normales" pueden llegar a presentar disfunciones neuropsicológicas. Es muy frecuente encontrar que una persona que ha alcanzado un desarrollo elevado de la dimensión espiritual, se encuentre en cierta medida esclavizada por algunos apegos infantiles y/o adolescentes. Por ello es que resulta muy importante que el terapeuta tenga un conocimiento profundo de las estructuras de la conciencia y pueda llegar a detectar, comprender y atender los desequilibrios que corresponden tanto a los estratos inferiores, como a los superiores de la psique humana. Tanto Wilber, como Grof previenen a los psicoterapeutas de los peligros y contraindicaciones que el tratamiento médico-psiquiátrico presenta en estos casos. Por lo tanto, el diagnóstico diferencial es de suma importancia.

"...la eficacia del tratamiento dependerá, en gran medida, de la exactitud del diagnóstico inicial, lo cual, a su vez, exige una comprensión cabal del espectro completo de niveles de conciencia, de los niveles de estructuración del self, de las necesidades, las motivaciones, las cogniciones, las relaciones objetales, los mecanismos de defensa y las patologías propias características de cada uno de los diferentes estadios de organización y desarrollo estructural" (Wilber, 1994, p. 140).

Otras modalidades de tratamiento que se recomiendan para este primer nivel de patología transpersonal son: la terapia junguiana, la terapia holotrópica de emergencia espiritual, el Tai Chi Chuan y las prácticas de concentración, de contemplación, de relajación y de reflexión filosófica que anteceden a las prácticas meditativas. Asimismo se recomiendan ampliamente los ejercicios de purificación del cuerpo físico y emocional, las dietas vegetarianas, el ejercicio físico, la abstención de tóxicos tales como la cafeína, la nicotina, el alcohol, las drogas, etc.

b) Nivel intermedio o sutil. Este segundo grupo de manifestaciones patológicas transpersonales corresponde a un nivel intermedio de desarrollo espiritual al que Wilber se refiere como sutil, ya que tiene que ver con los trastornos sutiles, que aquejan a los practicantes o meditadores y que son el resultado del fracaso en el proceso de identificación-integración-consolidación del self, o como lo plantea Assagioli, el fracaso en el proceso de identificación-desidentificación (20). En este caso la patología se origina directamente en el nivel transpersonal, por lo cual suelen presentar mucho menor complejidad, debido a que las personas que sufren de alteraciones pre-personales muy rara vez llegan a alcanzar este nivel de desarrollo.

A este nivel corresponde la patología denominada "fracaso en la integración-identificación". Consiste en una contracción o resistencia sutil a la unidad, provocada por una dicotomía apenas perceptible que impide al individuo despertar a su esencia. En este caso, cuando el individuo experimenta ansiedad ante su dificultad de enfrentar la muerte del ego, puede resultar conveniente un apoyo terapéutico psicointegrativo o un apoyo asistencial como el que proporciona el modelo de emergencia espiritual. Wilber (1994 p. 132) considera que el tratamiento más conveniente es el "camino del santo" que consiste en "...emprender (o intensificar) el camino contemplativo". Sostiene que éste constituye la modalidad más adecuada ya que es la que conduce a la persona a descubrir en donde se encuentra ubicado el bloqueo, para disolverlo y así alcanzar la consolidación del self transpersonal. El camino del santo se encuentra en las tradiciones espirituales (misticismo cristiano, hinduismo, budismo, taoísmo, etc.).

En este mismo ámbito se encuentra otras dos manifestaciones patológicas. A la primera le hemos llamado hedonismo espiritual, por ser aquella en la que el individuo busca la experiencia trascendente por el único y simple motivo del placer que ésta le produce. En estos casos, el individuo presenta rasgos narcisistas de diversa magnitud en los cuales se sobrevalora la estructura del self, se infravalora la experiencia de otros seres humanos y se refuerza el síndrome de inflación egóica, que distorsiona y obstaculiza el desarrollo espiritual. La segunda manifestación es la denominada pseudoiluminación o pseudorealización, que consiste en la falsa creencia de que una experiencia estática constituye la iluminación última o la santidad. En este caso la recomendación es que la persona continúe e intensifique su práctica contemplativa, de tal forma que ésta le permita comprender la diferencia entre las experiencias cumbre, las estáticas y las místicas, así como lo que constituye la experiencia real de iluminación.

Wilber sugiere que en cualquiera de estos casos la psicoterapia puede resultar beneficiosa ya que permite la liberación de energías psicológico-emocionales que se encuentran aún reprimidas y que al liberarse se constituyen en estímulos que tienden hacia la integración del nivel sutil del desarrollo. Asimismo, la psicósíntesis, la terapia holotrópica y algunas prácticas meditativas como el camino del yogui, la meditación mantrayana, el budismo zen y el Tai Chi Chuan, son recomendables.

Tabla 2. Patología correspondiente al nivel intermedio o sutil.

Patología	Síntomas y manifestaciones
Fracaso en la integración identificación	En la medida en que la práctica de la contemplación se profundiza, la conciencia se desapega de sus cadenas psicológicas y trasciende hasta despertar a la conciencia unitaria o presencia arquetípica. Cuando este proceso no se logra y la consolidación no se alcanza, se produce una fractura entre el self y el arquetipo o conciencia unitaria y surge la patología del alma. Al no aceptarse la muerte del ego, el self se contrae, apareciendo entonces fragmentos de la presencia arquetípica como objetos de una conciencia dual.
Hedonismo espiritual	Consiste en la búsqueda desesperada de las experiencias extáticas, no con fines de realización sino por el simple placer que éstas proporcionan al practicante.
Pseudoiluminación o pseudorealización	Consiste en la falsa creencia de que una experiencia extática constituye la iluminación última o la santidad.

Tabla 3. Patología correspondiente al nivel avanzado o causal.

Patología	Síntomas y manifestaciones
Fracaso en la diferenciación	"Consiste en la incapacidad para aceptar la muerte final del self arquetípico... que atrapa a la conciencia en una identificación con algunos de los aspectos del reino manifiesto". (Wilber Op.cit. p. 105).
Fracaso en la integración	Existencia de una leve fractura, dualismo o tensión de la conciencia. Wilber se refiere a ésta como la "enfermedad del

c) Nivel avanzado o causal. Este nivel que constituye el estadio más elevado de conciencia, presenta una sola modalidad de patología. Esta consiste en una muy leve fractura o separación que provoca tensión en la conciencia, al separarla de su origen. Debido a que las personas que han logrado este nivel de desarrollo ya no presentan problemáticas o conflictos de los niveles prepersonales y personales, no se requiere de un tratamiento psicoterapéutico para resolver la dualidad aún existente. Lo recomendable en estos casos son las prácticas espirituales contemplativas que conducen a la reunión de los fenómenos superiores y los inferiores como partes integrantes de la verdadera esencia o como Wilber (*Op.cit.* p. 136) lo expresa. "...como una expresión perfecta de nuestra verdadera naturaleza iluminada".

Como ya ha sido mencionado, las manifestaciones patológicas que abiertamente se sitúan en el nivel transpersonal implican que la persona ha logrado consolidar el self o sí mismo personal, a través del proceso de identificación-integración-desidentificación en sus etapas pre-egóica, egóica, prepersonal y personal. En otras palabras, la persona que alcanza un nivel de conciencia transpersonal es aquella que ha logrado una metabolización adecuada de las experiencias que se le presentan en cada una de las etapas del desarrollo, lo que se traduce en una identidad personal cimentada en un yo fuerte, autónomo, interdependiente y socialmente comprometido. Sin embargo, cuando las energías espirituales se despiertan en una persona cuyo self aún no ha conseguido digerir, asimilar, simbolizar y organizar en la conciencia de ser y de existir algunas experiencias significativas de su historia personal, se genera lo que en términos transpersonalistas se conoce como apegos, o identificaciones parciales, que constituyen una de las fuentes más comunes de la psicopatología transpersonal. Estos son el resultado del fracaso en el proceso de identificación-integración-desidentificación -consolidación al que Guntrip (1971) se refiere como el "fracaso metabólico" responsable directo de la "indigestión psicológica" o patología.

Grof (1989a) sostiene que cuando los sistemas de experiencia condensada contienen (rasgos patológicos generados y no resueltos en etapas anteriores del desarrollo (21), éstas tienden a provocar malformaciones que invaden y contaminan a las etapas subsecuentes. Esto significa que una malformación de esta naturaleza en los estadios prepersonales o personales provoca, en los estadios superiores manifestaciones patológicas similares a las que se presentan en los niveles menos evolucionados, lo que no quiere decir que deban de recibir el mismo tratamiento psicoterapéutico.

Las manifestaciones patológicas que se presentan en el nivel de conciencia transpersonal y que no corresponden directamente a este nivel de desarrollo por tener su raíz en el pasado histórico del individuo, requieren de un proceso terapéutico que a la vez que se dirige a la construcción o reconstrucción de la estructura del self, atienda a las metamotivaciones, metanecesidades de las metapatologías propias de este nivel de desarrollo. Para ello, es necesario que una vez que el psicoterapeuta ha descartado la posibilidad de la existencia de problemas orgánicos (infecciones, tumores, disfunciones cerebrales o circulatorias, etc.) que pueden ser los que están provocando la sintomatología, deberá abocarse a atender muy especialmente a: la creación de un ambiente de confianza que ofrezca a la persona seguridad psicológica; el establecimiento de una relación abierta, respetuosa, empática, aceptante y congruente, que se caracteriza por la confianza, la integridad, la honestidad, la capacidad profesional, el conocimiento y comprensión de la naturaleza humana, de los niveles y estados de conciencia y sus procesos de

desarrollo; la detección del nivel de desarrollo en donde se ubica el problema y la definición de las estrategias más adecuadas a cada caso en particular.

Cuando se ha descartado la posibilidad de problemas orgánicos y se ha creado el ambiente propicio, se inicia el trabajo terapéutico, que debe contemplar los siguientes pasos y elementos: ofrecer información a la persona sobre la naturaleza de su crisis personal, haciendo especial énfasis en que la crisis por la que está pasando no cae dentro del ámbito de la enfermedad mental; ayudar a la persona a comprender que las experiencias perinatales, biográficas o transpersonales que están emergiendo, tienen un carácter eminentemente curativo; ser consciente de que la confrontación con experiencias no ordinarias de conciencia debe limitarse solamente a situaciones en las cuales la persona reciba un mensaje de apoyo y de aceptación incondicional y diferenciar claramente el mundo de la realidad consensual del mundo del inconsciente arquetípico, ya que si bien ambos mundos se complementan mutuamente, pertenecen a distintos reinos.

Debido a la multitud de formas en las que se presentan las crisis espirituales, la asistencia espiritual debe adecuarse a la situación específica, que puede ir desde el apoyo y acompañamiento (que puede ser ofrecido por los amigos, la familia y los orientadores), hasta el trabajo psicoterapéutico profesional, cuando los procesos presentan cuadros dramáticos y caóticos muy similares a los episodios psicóticos descritos por la psicología tradicional.

En el caso de personas que están experimentando crisis no extremas, no se requiere de técnicas o ejercicios específicos. Grof sugiere que los siguientes procedimientos son suficientes para ayudarlas a superar los conflictos y disfunciones leves por las que en ese momento atraviesan: ofrecer a la persona en crisis un contexto positivo a sus experiencias, dándole información suficiente sobre el proceso por el que está atravesando, a través de buena literatura y de contacto con personas que comprenden profundamente la dinámica de la emergencia de las energías espirituales; ayudar a la persona para que logre comprender que la crisis que experimenta no es una enfermedad mental y que pueda reconocer el poder y la naturaleza curativa que tiene su experiencia; crear alrededor de la persona una pequeña red de apoyo en la que idealmente se encuentren familiares, amigos y la pareja, en su caso, -a quienes se dará información completa sobre la situación-, de tal forma que brinden atención, seguridad, afecto y apoyo. Es necesario conscientizar a las personas que forman la red de apoyo sobre la influencia negativa que el rechazo, los prejuicios y las actitudes manipuladoras de las que muchas veces es objeto el individuo en crisis; en algunos casos la guía espiritual individual o en grupo, dirigida por un maestro espiritual reconocido, es favorable para la creación de un contexto positivo que facilite el trabajo psicoterapéutico y e) resulta ideal ofrecer al sujeto en crisis un grupo de apoyo en el que otras personas que han experimentado este tipo de crisis espirituales compartan sus experiencias.

En el caso de individuos que presentan una sintomatología clara de naturaleza psicótica, el tratamiento debe ser administrado por un psicoterapeuta calificado. Una de las características indispensables para atender estos casos es que el psicoterapeuta sea una persona que posea un elevado nivel de desarrollo de la conciencia. No es posible ayudar a otro a descubrir aquello que se ignora, se desconoce o se infravalora.

Por su parte, Assagioli, considera que existen dos niveles de desórdenes neuropsicológicos: El primero corresponde al ámbito del self o sí mismo personal y se encuentra provocado por los desequilibrios propios los aspectos inferiores de la personalidad. Este nivel se refiere al hombre común que deja que la vida siga su

curso sin tomar en sus manos la responsabilidad de su propia existencia, y que se preocupa únicamente por satisfacer sus necesidades, gratificar sus sentidos y acumular conocimientos, bienes materiales, así como por alcanzar sus ambiciones, siempre encaminadas al tener, no al ser. La persona se encuentra firmemente apegada a los bienes terrenales a los que otorga primordial importancia. Cuando el individuo profesa algún tipo de creencia religiosa, ésta por lo general tiene un carácter externo de obediencia a las normas y preceptos y de prácticas ritualistas. Por lo tanto, cuando en la vida de este hombre común se despiertan las primeras manifestaciones de las energías espirituales, éstas provocan una crisis que varía de intensidad dependiendo del nivel de expansión de la conciencia. Assagioli sostiene que las crisis, que siempre anteceden a un cambio, se experimentan a lo largo de todo el proceso de desarrollo (nacimiento, infancia, niñez, adolescencia, etc.) por lo que sus manifestaciones son muy similares y sus resultados dependen del proceso de identificación-desidentificación en cada una de estas etapas.

El segundo nivel que propone Assagioli se refiere a los desórdenes y disfunciones propias del campo de lo transpersonal. Estos se encuentran estrechamente relacionados con la emergencia de las energías espirituales, y generados por el desbalance entre la conciencia personal y la conciencia transpersonal, elementos que constituyen la base y fundamento de la psicoterapia psicodinámica.

Desde esta perspectiva, la aplicación de la terapia psicodinámica es sumamente amplia ya que abarca tanto el ámbito de lo personal, en cuyo caso el objetivo es la estructuración o reestructuración del self o sí mismo personal, como el de lo transpersonal que se centra muy especialmente en el desarrollo de una estructura armónica del ser o self superior, al que Assagioli se refiere como "Yoidad" o "Centro Espiritual". El desarrollo y armonización de la dimensión espiritual permite la integración y la expansión de la conciencia, trasciende las limitaciones de la existencia ordinaria y expande la comprensión, la asimilación y la integración de las tendencias y las energías psicoespirituales.

AVANCES RECIENTES

La juventud de la corriente transpersonal y la interdisciplina que la caracteriza, ha conducido a psicólogos, filósofos, sociólogos, educadores, médicos y psicoterapeutas, así como a científicos de la física moderna de oriente y de occidente, a realizar investigaciones y estudios serios y profundos que abren nuevas posibilidades y caminos en este campo del saber humano. Asimismo, las dificultades a las que este enfoque se enfrenta -como sucede a toda nueva disciplina que se abre camino en el mundo de la academia- ha provocado que teóricos, investigadores y académicos de muy diversas partes del mundo, generen un sinnúmero de publicaciones, eventos y foros con la finalidad de contrarrestar el escepticismo, el rechazo y los miedos de aquellos que, aferrados al pasado, no se abren a nuevas teorías y nuevos paradigmas.

Los avances más recientes, en el campo del desarrollo de la conciencia se deben principalmente a Wilber, considerado como el teórico por excelencia de esta corriente y como uno de los pensadores más grandes de nuestra era. Su extensa obra presenta una visión del proceso evolutivo de la conciencia (22) en la que integra magistralmente a la psicología, la psicoterapia, la filosofía, la teoría evolutiva, la religión comparada, la física, la ontología y el misticismo. En su más reciente libro titulado "Sexo, ecología y espiritualidad: el espíritu de la evolución", Wilber ofrece, a lo largo de más de ochocientas páginas, un amplio mapa orientador sobre el papel de

la mujer y del hombre en el Kosmos (23), aborda un gran número de temas tales como: la crisis ecológica, el feminismo, el significado de la modernidad y la posmodernidad, la naturaleza de la liberación en relación al sexo, al género, a lo racial, lo social, los credos y creencias, la naturaleza del desarrollo de la técnica y la economía y su relación a las diversas concepciones del mundo, la sabiduría de los caminos y tradiciones espirituales, entre otros.

En el marco de la ciencia, Grof, se erige como el científico más relevante de la corriente transpersonal. Sus amplias y profundas investigaciones en torno a la psique humana constituyen uno de los fundamentos científicos más importantes en este campo. El modelo de la psique humana propuesto por Grof, es el resultado de más de treinta años de investigación intensa y sistemática sobre territorios no explorados de la psique humana. Grof propone la imperiosa necesidad que existe de un cambio de paradigma científico que sustituya al modelo mecanicista del universo. Retomando el pensamiento de filósofos e historiadores de la ciencia, de la talla de Kuhn, Frank, Popper y Feyerabend, avanza hacia un concepto de la realidad y de la naturaleza humana que tiende a reconciliar la sabiduría con la ciencia y la espiritualidad con el pragmatismo. Junto con Cristina, su esposa, desarrolla la terapia holotrópica, como un modelo psicoterapéutico congruente con el modelo de psique humana que él propone.

No podemos dejar de mencionar en norteamérica, a Maslow, Sutich, Huxley, Watts, Vaughan, Walsh, Tart, Alpert (Ram Dass) y Capra quienes entre otros, hacen aportaciones que enriquecen el desarrollo de esta corriente psicológica. En México, se cuenta con profesores investigadores que se destacan por sus contribuciones al campo, así como por la difusión que realizan desde plataformas universitarias, entre los que se encuentran Grinberg (UNAM), González-Garza y Pintos (U. Iberoamericana), Oblitas (U. Intercontinental) y Gallegos (UAG). En Inglaterra existe un gran número de exponentes e investigadores de la talla de Lorimer, Vellmans, LeShan, Dossey, Sheldrake, Fox y Fontana, entre otros; y en España cabe destacar a Almendro, Pániker y a Fregtman. Es un hecho que día a día crece el número de académicos e investigadores de todo el mundo que contribuyen importantemente al desarrollo y la difusión de este enfoque que se caracteriza por la interdisciplina.

Los avances recientes, producto de proyectos de investigación en este campo son innumerables, basta revisar las publicaciones de la Association for Transpersonal Psychology, de la Scientific and Medical Network de Londres, de la American Holistic Nursing Association, de la British Psychology Society, de la Jean Gebser Society, de la Society for Physichal Research, del Instituto de Psicósíntesis en Italia y del Journal of Human Values, entre otras muchas, para tener una visión panorámica del acelerado ritmo de crecimiento de la corriente transpersonal.

Ante la crisis de un mundo que navega en el mar de la modernidad y la posmodernidad, en el que la oscuridad parece ser el pan de cada día, los exponentes que incursionan en el apasionante campo de lo transpersonal proponen una teoría liberadora al afirmar que es precisamente a partir de la crisis, de la oscuridad y de la profundidad de donde surgen las fuerzas que conducen a la verdad, a la liberación y a la salud.

CONCLUSIONES

Para concluir este capítulo, no encuentro mejor manera de hacerlo que referirme a De Mello, por considerar que en su extensa obra resume magistralmente los principios que fundamentan y sostienen el ser y el quehacer de la psicología y de la psicoterapia transpersonal.

En cuanto al concepto de naturaleza humana se refiere, De Mello (1989a) plantea que cuando el ser humano es producto de su cultura, es decir, cuando no se interroga ni se cuestiona, se convierte en un robot. Afirma que el ser humano tiene unas energías fabulosas en reserva, para cuando necesita ponerlas en marcha, por lo que lo primordial es descubrir lo que está ocurriendo en su interior. Sugiere que la persona no puede caminar a la luz de una lámpara ajena, sino que debe aprender a hacer su propia lámpara. Insiste en que sólo hay vida en el presente y que vivir en el presente supone dejar los recuerdos, como algo muerto, y vivir las personas y los acontecimientos como algo nuevo, algo recién estrenado, algo abierto a la sorpresa que cada momento te puede descubrir.

Refiriéndose a la cultura, De Mello asevera la tierra es de todos y que la cultura no es más que un conjunto de ideas que nos separan. Afirma en que las teorías, los conceptos y las creencias cambian y sólo la esencia permanece. Por lo tanto, lo verdaderamente importante es lo esencial, es decir, aquello que descubrimos dentro de nosotros mismos y que nos conduce a la búsqueda de la verdad que es la de todos.

En lo que toca a la ciencia, muy especialmente a la investigación científica, que proclama que solamente existe aquello que puede verificarse con todo el rigor que ésta exige, De Mello (1989b) sustenta que los seres humanos nunca vemos la realidad, que lo que vemos es un reflejo de ella en forma de palabras y conceptos que enseguida confundimos con la realidad. Ante esto, se pregunta, ¿puede un hombre esperar ver una manzana perfecta con una mirada imperfecta? y se responde diciendo, cuando el sabio señala la Luna, el necio se queda mirando el dedo. Para descubrir la verdad, lo importante es mirar no al dedo, sino hacia donde éste señala, y añade, cuando el ojo no está bloqueado, el resultado es la vista, cuando el oído no está bloqueado, el resultado es poder escuchar y cuando la mente no está bloqueada el resultado es la verdad. Verdad que no suele encontrarse en la estadística, ni en la lógica, ni en las abstracciones, sino en la integración de éstas con otras formas de conocimiento que trascienden las fronteras del cuerpo y de la mente. Lo que produce daño, nos dice De Mello, no es la diversidad de nuestros dogmas, sino nuestro dogmatismo.

Desde la perspectiva transpersonal la salud se contempla como la autorrealización de las potencialidades innatas que se encuentran latentes en cada una de las dimensiones que conforman la naturaleza humana. Este proceso de conscientización consiste en el reconocimiento, la aceptación, la simbolización, la organización y la integración en la conciencia de todos los elementos, características y subpersonalidades que corresponden a cada una de las etapas del proceso de llegar a ser lo que se es en esencia. La meta última de la vida, a la que naturalmente tiende el ser humano, es el despertar a la unidad de la conciencia. Estar despierto, nos dice De Mello (1989b), es aceptarlo todo, no como ley, ni como sacrificio, ni como esfuerzo, sino por Iluminación..., despertarse es la espiritualidad, porque sólo despiertos podemos entrar en la Verdad..., estar despierto es no dejarse afectar por nada, ni por nadie. Y eso es ser libre. El místico no es sino el hombre iluminado, el que lo ve todo con claridad, porque está despierto.

Uno de los elementos que merecen atención especial es la formación-capacitación de los psicoterapeutas, entrar a este tema implicaría un capítulo aparte por la

importancia que ésta tiene y la responsabilidad que el trabajar con seres humanos entraña. Entre los aspectos que hay que tomar en cuenta se encuentran: una capacitación profesional seria en el campo de la psicología y la psicoterapia que abarque los aspectos epistemológicos, cognoscitivos, metodológicos y éticos, el entrenamiento práctico y experiencial, el conocimiento profundo de la naturaleza humana, así como de los estados ordinarios y no ordinarios de conciencia (alternos y alterados), el conocimiento de las estrategias de intervención, el manejo técnicas y ejercicios, como medios y no como fines en sí mismos y el conocimiento y aplicación práctica de los valores universales que fundamentan la acción psicoterapéutica transpersonal y las actitudes básicas entre las que se encuentran la apertura a la dimensión espiritual a la que el terapeuta contempla y reconoce como parte importante de su vida, un profundo respeto por la persona y sus experiencias, la aceptación positiva incondicional, la comprensión empática, la autenticidad, transparencia y congruencia de vida, la confianza en la persona y en que sus experiencias tienen una naturaleza constructiva, la apertura a la experiencia, al cambio y al diálogo, así como la apertura para percibir la bondad que subyace a cualquier manifestación patológica y la compasión y el amor.

Cuando De Mello (1989c) se refiere al maestro (terapeuta, educador, orientador, consejero espiritual), se expresa diciendo: el hombre que es constantemente consciente, el hombre que está totalmente presente en cada momento, ese es el maestro..., hay que cortar la chaqueta de acuerdo con las medidas de la persona, no al revés..., ¿de que te sirve limpiar tu comportamiento ético hasta sacarle brillo, si no hay música dentro de ti? la música necesita de la oquedad de la flauta, las cartas, la blancura del papel, la luz, el hueco de la ventana y la santidad, la ausencia del yo..., estés donde estéis, mirad incluso cuando aparentemente no hay nada que ver y escuchad aún cuando parezca que todo está callado..., no trates de animar a las personas con doctrinas, devuélvelas a la realidad, porque el secreto de la vida hay que encontrarlo en la vida misma, no en las doctrinas sobre ella..., nadie hay mejor ni peor que tú, no enjuicies nada, sino comprende el porqué y el lugar de las cosas..., oír un solo instrumento en la sinfonía del amor, es privarse del concierto. Amar es escucharlos a todos. Busca siempre la Verdad, La Verdad es lo importante, venga de donde venga, de la ciencia, de Buda o de Mahoma, lo importante es descubrir la Verdad en donde todas las verdades coinciden, porque la Verdad es Una.

REFERENCIAS

Arieti, S. (1967). *The intrapsychic self*. Nueva York: Basic Books.

Assagioli, R. (1974). *Psicosíntesis: Armonía de la vida*. México: Diana.

Assagioli, R. (1991). *Transpersonal development. The beyond psychosynthesis*. Hammersmith, London: Grafton Books.

Bertalanffy, L. Von. (1964). *The mind-body problem: A new view*. Nueva York: Basic Books.

Boorstein, S. (1980). *Transpersonal psychotherapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc.

Bucke, R. (1901). Conciencia Cósmica. En A. Huxley (Comp.). *La experiencia mística*. Barcelona: Kairós.

Chardin, T. de. (1971). *Himno al universo*. Madrid: Taurus.

De Mello, A.. (1989a). *Búsqueda*. Buenos Aires: Lumen.

De Mello, A. (1989b). *Verdad*. Buenos Aires: Lumen.

De Mello, A. (1989c). *Iluminación*. Buenos Aires: Lumen.

Erikson, E. (1950), (1959), (1968). En A.E. Woolfolk (1990). *Psicología Educativa*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. Nueva York: Norton.

Fairbairn, W. (1952). *Psychoanalytic studies of personality*. Londres: Tavistock.

Feldman González, R. (1982). *El nuevo paradigma en psicología*. Buenos Aires: Paidós.

Frankl, V. (1982). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.

Freire, P., & Fiori, J.L. (1973). *Educación liberadora*. Madrid: Zero.

Fromm, E. (1991). La búsqueda de la libertad. En J. Pigem (Ed.). *Nuena conciencia*. Barcelona: Integral.

González Garza, A.M. (1989). Colisión de paradigmas: Hacia una psicología de la conciencia unitaria. México: Universidad Iberoamericana

González Garza, A.M. (1995). *De la sombra a la luz*. México: Jus.

Grof, S. (1989a). *Psicología transpersonal*. Barcelona, Kairós.

Grof, S. (1989b). *Spiritual emergency: When personal transformation becomes a crisis*. Los Angeles: J.P. Tarcher Books.

Guntrip, H. (1971). *Psychoanalytic theory, therapy and the self*. Nueva York: Basic Books.

Hendricks & Weinhold. (1982). *Transpersonal approaches to counseling and psychotherapy*. Denver, London: Love Publishing Co.

Hutton, M.S. (1988). How transpersonal therapists view themselves and their work. *Association for Transpersonal Psychology Newsletter*, Fall, 7.

Huxley, A. (1944). *The perennial philosophy*. New York: Harper & Row.

James, W. (1913). *Las variedades de la experiencia religiosa*. Barcelona: Península.

Jung, C. (1968). *Recuerdos, sueños y pensamientos*. Barcelona: Seix Barral.

Kripnner, S. (1982). Estados alterados de conciencia. En A. Huxley (Comp.) *La Experiencia mística* Huxley. Barcelona: Kairós.

Loevinger, J. (1976). *Ego development*. San Francisco: Jossey-Bass.

Lonergan, B. (1988). *El método en teología*. Madrid: Sigueme.

Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Nueva York: Basic Books.

Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. Nueva York: Harper & Row.

Maslow, A. (1973). *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairós.

Maslow, A. (1982). *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. México: Trillas.

Neumann, E. (1973). *The origins and history of consciousness*. Princeton: Princeton Univ. Press.

Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Nueva York: Basic Books.

Piaget, J. (1977). *The essential Piaget*, Gruber & Voneche (eds.). Nueva York: Basic Books.

Ram Dass. (1977). *Grist for the Mill*. Santa Cruz, Calif.: Unity Press.

Rogers, C. (1966). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.

Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Scotton, B. (1985). Observations on the teaching and supervision of transpersonal psychotherapy. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 17(1), 57-76.

Sullivan, H.S. (1973). *Interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.

Sullivan, Grant & Grant. (1957). The development of interpersonal maturity. *Psychiatry*, Vol. 20.

Sutich, A. (1968). Transpersonal psychology: An emerging force. *Journal of Humanistic Psychology*, 8(2), 77-78.

Villanueva, M. (1985). *Hacia un modelo integral de la personalidad*. México: Manual Moderno.

Walsh & Vaughan. (1980). Beyond ego: Toward transpersonal models of the person and psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 20(1), 5-32.

Walsh & Vaughan (1982). *Más allá del Ego*. Barcelona: Kairós.

Wehr, G. (1991). *Carl Gustav Jung. Su vida, su obra, su influencia*. Buenos Aires: Paidós.

Wilber, K. (1989). *El proyecto Atman*. Barcelona: Kairós.

Wilber, K. (1994). *Psicología integral*. Barcelona: Kairós.

Wilber, K. (1995). *Sex, ecology, spirituality: the spirit of evolution*. Boston: Shambala.

Notas:

1. Hasta hace relativamente pocos años, la psicología convencional consideraba que los estados de conciencia normales eran: la vigilia, el sueño y el dormir sin soñar.

2. La individuación, que es el tema central de la psicología junguiana, se alcanza a través del proceso de maduración o camino de realización plena del potencial humano.

3. Jung describe al inconsciente colectivo como el recipiente que contiene los mitos, las imágenes, las motivaciones, las experiencias, el folklore y las expresiones artístico-culturales de todos los pueblos a través de la historia de la humanidad.

4. Desde la perspectiva de la psicología científica de aquella época, el término místico se consideraba casi un insulto para cualquier científico debido a que la ciencia positivista consideraba al misticismo como un fenómeno irracional, mágico y aún oscurantista. Heisenberg (1958) al hablar sobre las limitaciones del positivismo se expresa diciendo: "La solución de los positivistas es muy simple: debemos dividir al mundo en dos partes, aquello que podemos decir de él con toda claridad, y el resto, con respecto a lo cual lo mejor que podemos hacer es no decir nada".

5. A partir de esta perspectiva, la conciencia de unidad se contempla como la totalidad, la realidad original y última de la cual el ser humano, un proceso involutivo de separación de su origen, inicia el proceso evolutivo de desarrollo, autorrealización y trascendencia que lo conducirá a la unión-fusión sin confusión- con su verdadera esencia.

6. Se habla de mapa de la conciencia, por constituir éste tan sólo una parte del territorio total.

7. La Espiral de la Conciencia, en *De la Sombra a la Luz*, González-Garza. Editorial Jus, en prensa.

8. El pleroma, según el gnóstico Valentín (siglo II) es la totalidad de la vida divina en cuanto plena o perfecta. Jung se refiere a éste como "la suma de un mundo divino y espiritual que se destaca de la criatura" (Wehr, 1991, p. 191).

9. El proceso de identificación-desidentificación en esta etapa del desarrollo no es una operación consciente, sino se reduce al darse cuenta de la diferencia entre el cuerpo y la mente. En otras palabras, el foco de atención pasa del cuerpo hacia la mente.

10. La crisis, desde esta óptica, se entiende como un momento crucial en la vida del hombre en el que la confusión que se experimenta es el primer paso para alcanzar la síntesis de las polaridades en conflicto. La actitud con la que la persona se enfrenta a

la crisis puede conducirla a trascender el momento crítico, o a sumirse en la desesperanza y el desaliento.

11. A partir de la formulación de la propuesta freudiana que se inicia en 1940, los conceptos eros y thanatos cobran un nuevo significado. El eros se contempla como una función dirigida hacia la conservación, la integración, la consolidación y la unión, y el thanatos, por su parte, como "el impulso hacia la diferenciación, la separación, la disgregación y la negación, siendo ambas funciones específicas de fase igualmente necesarias para el desarrollo global" (Wilber 1994, p. 37).

12. El término organísmico se refiere a la unidad armónica de las dimensiones biológica, psicológica y social, propios de la naturaleza humana.

13. Las subpersonalidades son descritas por Assagioli (1974) como subestructuras dinámicas que tienen una relativa existencia separada y que ejercen, en determinadas circunstancias, una fuerte influencia en el desarrollo de la personalidad. La identificación con y la posterior desidentificación de éstas, permite su integración a la conciencia lográndose así la psicósíntesis que se caracteriza por la culminación del proceso de integración en un sólo centro unificador.

14. La parte oscura de la conciencia humana que surge cuando el individuo desconoce características que le son propias por considerarlas indeseables o negativas.

15. Assagioli, R. (1980). Psicósíntesis: armonía de la vida. México: Ed. Diana; El acto de la voluntad (1989) México: Trillas; Técnica de la psicósíntesis individual, lecciones 1a. a 28 (1965) Roma: Instituto de Psicósíntesis, así como la obra de Piero Ferruci Psicósíntesis (1987), Málaga: Sirio.

16. Los agentes externos a los que se hace referencia son: drogas, alucinógenos, anestésicos, e hipnóticos, o bien las disfunciones orgánicas como: estados febriles, tumores cerebrales, traumatismos físicos o psicológicos, etc.

17. Para el lector interesado en profundizar en este tema, se recomienda la lectura de la obra de Aldous Huxley (1967). La filosofía perenne. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, S.A.

18. Los desórdenes pránicos son perturbaciones que originan síntomas de conversión pseudohistóricos que, de no ser atendidos adecuadamente, llegan a provocar enfermedades psicósomáticas serias.

19. Este despertar "involuntario" puede ser disparado por técnicas psicoterapéuticas individuales o grupales equivocadas, así como por prácticas espirituales que no son las convenientes para individuos que se encuentran en niveles prepersonales o personales de desarrollo.

20. Desde la perspectiva de la psicósíntesis, el fracaso en el proceso de diferenciación entre el mundo del ser (conciencia personal o sí mismo) y el mundo del no ser (lo que se proyecta al exterior por no reconocerlo y aceptarlo como propio) impide la integración de las polaridades en una identidad parcial y como consecuencia la futura desidentificación o desapego de las mismas. Esto conduce a una crisis de identidad no resuelta y a un tipo de manifestación patológica específica, que puede ir de lo más simple a lo más complejo y severo.

21. Es importante mencionar que en este caso se está hablando de sistemas de experiencia condensada que no han sido lo suficientemente severos como para distorsionar y obstaculizar por completo el desarrollo.

22. Wilber define a la conciencia como un espíritu en acción que se desenvuelve y se abre en un proceso creativo, en el que cada etapa trasciende e incluye a la anterior.

23. Wilber introduce la idea de la antigua Grecia sobre el Kosmos que incluye la materia (fisiósfera), la vida (biósfera), la psique (noosfera) y la supraconsciencia (teósfera).

PSICOTERAPIA INTEGRACIONISTA

Alfonso Martínez-Taboas
Centro Caribeño de Estudios Postgraduados, Puerto Rico

INTRODUCCIÓN

La lectura de libros y tratados sobre la historia de las psicoterapias no deja lugar a dudas de que ha habido una tendencia fuerte por parte de los psicoterapeutas a aliarse o identificarse con una escuela en particular, teniendo esto como resultado un compromiso más o menos purista con la ideología y premisas básicas de determinado movimiento (Ellenberger, 1970).

Dentro del psicoanálisis, en particular, esta tendencia ha sido marcada (Kurzweil, 1989). Por ejemplo, casi desde los inicios del psicoanálisis Freud le exigía a sus discípulos que siguieran sus ideas con un mínimo de discordancia. Intentos dirigidos a cuestionar o revisar aspectos del psicoanálisis que Freud reprobaba, culminaban en expulsiones de la escuela psicoanalítica. Adler, Jung, Ferenczi, Rank, Stekel y muchos otros se enfrentaron a dichas dificultades cuando empezaron a cuestionar premisas básicas freudianas (Kerr, 1993; Roazen, 1974). El resultado más común era desafiliarse de una escuela, para entonces fundar otra más, proliferándose así el número de éstas. Ante crisis como esta, Freud incluso constituyó un *comité secreto* de seguidores, a los cuales el propio Freud les puso un anillo en el dedo, con un compromiso de lealtad inquebrantable ante los cánones del psicoanálisis (*cfr.* a Grosskurth, 1991 para un recuento histórico del comité secreto).

Datos como estos no son materia del pasado. Al contrario, varios estudiosos han señalado que el cultismo y el separatismo son rampantes dentro del psicoanálisis actual (Eisold, 1994; Kernberg, 1986). Por ejemplo, Rustin (1985) comenta cómo al día de hoy los institutos psicoanalíticos que favorecen una determinada versión del psicoanálisis crean un ambiente de animosidad y desdén hacia los psicoanalistas de otras vertientes, produciéndose, aún dentro del mismo psicoanálisis, una verdadera Torre de Babel. En este proceso, el graduado de dichos institutos usualmente sale con la idea fija de que su perspectiva es la "correcta" y que todas las demás versiones del psicoanálisis son fallidas y quiméricas. Esto sin tomar en cuenta su opinión de otras escuelas psicológicas, a las cuales mostrará el mayor desdén posible.

Hemos tomado el ejemplo del psicoanálisis quizás porque es el más dramático y el más institucionalizado. Sin embargo, es conocido de todos que la intolerancia y el proselitismo abundan entre los partidarios de diversas escuelas psicológicas que van desde los humanistas, existencialistas, conductistas, cognoscitivistas, construccionistas, sistémicos, etc. El producto final de esta fragmentación es que al día de hoy existen más de 400 tipos de psicoterapias (Kazdin, 1994), todas ellas alegando poseer mayor efectividad que las demás. Sin embargo, lo curioso de este asunto es que, al igual que ocurrió con el psicoanálisis, gran parte de estas psicoterapias, técnicas y escuelas no tienen a su favor un bagaje empírico ni

científico. Lo típico es que la anécdota se convierte en ley y los discursos de los líderes de determinadas escuelas se convierten en textos incuestionables que hay que leer y releer hasta aprenderse a la saciedad lo que realmente dice o dijo el fundador (veáse el fascinante libro de Turkle (1992) para ejemplos fehacientes de cómo ocurre esto con la figura del psicoanalista francés Jacques Lacan).

Frente a esta tendencia a cosificar y petrificar el conocimiento psicológico, del 1900 al 1950 hubo intentos de resquebrajar las paredes insondables del separatismo psicológico y entablar un diálogo tentativo con lo que hacían los colegas en otras vertientes psicológicas. Estos intentos mayormente se ubicaron en tratar de encontrar puntos de encuentro entre el psicoanálisis y teorías conductuales. Ejemplos de esto los encontramos en los escritos de French (1933) y Kubie (1934). Un evento significativo en esta dirección ocurrió con la publicación del influyente libro de Dollard y Miller (1950) titulado *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*, el cual fuera dedicado a "Freud, Pavlov y sus estudiantes". Sin embargo, estos intentos conciliatorios no fueron suficientes ante la inflexibilidad y el empuje de las escuelas puristas.

A pesar de que en la década de los 60's la situación no cambió marcadamente, sí comienzan a notarse, con más abundancia y consistencia, voces resonantes de las limitaciones inherentes de comprometerse con un solo marco teórico, en un área tan compleja y divergente como lo es el tratamiento psicoterapéutico del ser humano. London (1964), en un libro muy leído y citado, señalaba con mucha astucia la existencia de un pequeño núcleo de clínicos que intentaban establecer un diálogo entre el psicoanálisis y el conductismo: "Ya hay algunos terapeutas muy ingeniosos que están mezclando técnicas de ambas escuelas: una mezcla que toma en consideración el hecho de que la gente es considerablemente más simple de lo que las escuelas psicodinámicas conceden, pero también reconociendo que son más complejas que los que los conductistas quisieran creer" (p. 39).

En esta misma década otro influyente clínico, esta vez Lazarus (1967), comenzó a hablar del "eclecticismo técnico" en donde se le da énfasis a utilizar en psicoterapia aquellas técnicas que tengan un buen bagaje empírico y científico, sin identificarse necesariamente con ninguna escuela o teoría en particular.

Asimismo, Frank (1961) publica la primera edición de su influyente libro *Persuasion and Healing*, en donde expone la tesis de que la efectividad de las psicoterapias no se debe adjudicar ni a la especificidad de sus técnicas ni mucho menos a sus constructos teóricos de cambio. Frank sugiere que la gente muestra cambios en psicoterapia a través de unos *factores comunes* que permean en todo estilo psicoterapéutico y que él identifica como devolver la moral, expectativas de cambio, catarsis emocional y el uso de rituales (o "técnicas") que varían de escuela en escuela.

Lo que clínicos como Lazarus, London y Frank estaban señalando era que el proceso de cambio psicoterapéutico es exquisitamente más multidimensional y multicausal que lo que las escuelas puristas ofrecían. Mientras que estas últimas hacían un énfasis desmedido en tratar al paciente de tal y cual manera, con un mínimo de flexibilidad para el clínico, Lazarus y colaboradores ofrecen romper con las barreras impuestas por escuelas particulares y permitirse explorar y moverse con comodidad entre diversas estrategias, técnicas y marcos teóricos.

En la década de los 1970 en los Estados Unidos varios estudios de muestreo entre psicólogos comienzan a documentar el hecho de que las escuelas puristas empiezan a perder terreno (en especial las psicodinámicas) y que el eclecticismo comienza a

tomar fuerza (*cfr.* Mahoney, 1995). En este trabajo vamos a definir el término de *eclecticismo* como aquella postura en donde el clínico se permite utilizar cualquier estrategia de cualquier escuela psicológica con el propósito de no encajonar al cliente al método, sino los métodos al cliente. Sin embargo, el eclecticismo fue rápidamente identificado como una postura puramente pragmática sin un racional metodológico y teórico científico. Eysenck (1970) se hizo eco de las críticas cuando describió al eclecticismo como: "un mejunje de teorías, una mezcla de procedimientos, una ensalada de terapias y una trivialidad de actividades las cuales no guardan ningún racional lógico entre sí" (p. 145).

Sin embargo, y aunque compartimos con Eysenck nuestro escepticismo hacia el eclecticismo, este último sirvió para que los clínicos rompieran las barreras anquilosadas que les imponía el discurso y la retórica purista. Desde este punto de vista, pues, el eclecticismo abrió la puerta ancha para el movimiento integracionista que es materia de este capítulo.

Durante las décadas de los 1970, 1980 y lo que va de la década actual, comienza a desarrollarse un movimiento cuya meta es explorar la viabilidad de integrar de una manera *sistemática* el conocimiento psicoterapéutico y teórico que generan varias escuelas psicológicas. En la próxima sección detallaremos dicho desarrollo.

DESARROLLO DEL MOVIMIENTO INTEGRACIONISTA

En la década de los 70's comienzan a aparecer de una manera más notable y conspicua, diversos clínicos y teóricos abogando por un diálogo más productivo entre diversas escuelas psicológicas que hasta ese momento se habían mantenido firmes en justificar una postura purista y aislacionista. Por un lado, importantes clínicos psicodinámicos comienzan a esbozar razones de peso para justificar un acercamiento e incorporación de los aportes de las escuelas conductuales (Arkowitz y Messer, 1984). Wachtel (1977), muy en particular, en un texto que se convierte en un clásico, expone de una manera sistemática los beneficios tanto conceptuales como prácticos de integrar los aportes de las escuelas psicodinámicas con las conductuales.

Por su parte, muchos autores conductistas comienzan a mostrar gran curiosidad con el quehacer de psicoterapeutas cognoscitivos, dando así paso a lo que hoy en día se conoce como el enfoque "cognitivo-conductual". Este acercamiento ha sido muy beneficioso para ambos. Tal y como lo intuyó Bergin en el 1970: "La importancia sociológica e histórica de este acercamiento no debe ser minimizada ya que conlleva tres importantes consecuencias. En primer lugar, reduce significativamente las barreras del progreso debido a alianzas estrechas con ciertas escuelas. En segundo lugar, aúna las energías de clínicos y experimentadores altamente talentosos para que trabajen sobre el intrincado problema de objetivizar y manejar aspectos subjetivos del ser humano. Por último, deja de una vez y para siempre en claro de que no puede existir una terapia de la conducta pura" (1970, p. 207).

Por otro lado, y no menos significativo, Lazarus (1971, 1976) decide desligarse de las terapias conductuales y elabora un sistema psicoterapéutico integrativo que él tilda de *la terapia multimodal*. Más adelante abundaremos más sobre esta modalidad, pero bástese decir por el momento que Lazarus pretende ampliar los horizontes técnicos y conceptuales del clínico ofreciéndole un sistema comprensivo y abarcador con el cual pueda tratar a los pacientes desde parámetros conductuales,

afectivos, sensoriales, imaginarias, cognoscitivos, interpersonales y biológicos. Obviamente esto requeriría del clínico moverse mucho más allá del entrenamiento purista el cual, en demasiados casos, sólo le da primacía a uno o dos de dichos aspectos.

Pero es realmente en la década de los 80's cuando el movimiento integracionista (MI) toma forma y cuerpo. Es aquí cuando innumerables clínicos, de diversas y variadas escuelas, comienzan a adentrarse y a reconocer la promesa de la vertiente integracionista.

Definir de manera clara y con delimitaciones específicas el MI no es tarea fácil. Y no lo es debido a que los expertos consideran que actualmente hay tres acercamientos integracionistas (Norcross y Goldfried, 1992). Antes de ir someramente sobre ellos, quisiéramos dejar claro que el MI no es un tipo de terapia ecléctica. Al contrario, dentro del MI se desdeña al eclecticismo como una postura excesivamente pragmática, con poco anclaje científico y muy rudimentario en el nivel teórico. En la Tabla 1 podemos ver algunas diferencias entre el eclecticismo y el integracionismo. Las mismas reflejan diferencias profundas y marcadas, lo cual no justifica considerarlas como partes de un mismo esfuerzo.

Decíamos que definir al MI no es tarea sencilla debido a que encontramos varios enfoques sobre el mismo. En esta sección ofreceremos una sinopsis de cada una (véase a Martínez-Taboas, 1993 para un esbozo más detallado de cada una).

1. La vertiente de factores comunes

Autores como Frank (1961), Lambert (1986) y muchos otros le han dado gran énfasis a un hallazgo producto de la investigación psicoterapéutica. Este consiste en que en un nutrido número de investigaciones en donde se compara una psicoterapia contra otra, los resultados suelen ser muy parecidos (véase los estudios de Elkin (1994) y de Sloane et al. (1975); y las revisiones de Lambert y Bergin, 1994). Este resultado, el cual es bastante frecuente, ha hecho pensar a muchos integracionistas que las teorías y técnicas específicas de escuelas particulares quizás no sean lo importantes o más relevante en el cambio psicoterapéutico. Aquí se postula que lo que realmente facilita dicho cambio son factores comunes que se encuentran, en una u otra medida, en prácticamente todas las escuelas psicológicas.

En la Tabla 2 enumeramos algunos de dichos factores comunes. Los clínicos integracionistas que simpatizan con la vertiente de los factores comunes han urgido la investigación de los mismos. Un ejemplo de ello lo constituye la investigación de la *alianza terapéutica*, la cual es un constructo metateórico que viene a reflejar tres aspectos básicos en la relación paciente-terapeuta: a) empatía de parte del terapeuta al paciente; b) trabajar en unas tareas en conjunto; y c) trabajar por unas metas en conjunto (Gaston, 1990). Hay evidencia que señala que la alianza opera en un nutrido número de psicoterapias y que ésta facilita o mediatiza el cambio psicoterapéutico. Claro está, la alianza en este sentido sería necesaria pero no suficiente en el proceso de cambio. Sin embargo, la misma parece ser un factor común metateórico, el cual había sido minimizado debido a los énfasis que habían recibido los aspectos técnicos (interpretar sueños, ejercicios de relajación, retar cogniciones) de cada escuela psicoterapéutica.

Tabla 1. Diferencias entre el Eclecticismo y el Integracionismo

Eclecticismo	Integracionismo
1. Énfasis en la actividad técnica	1. Énfasis en compaginar la actividad técnica con la teórica.
2. Poco interés en evaluar empíricamente el proceso de cambio.	2. Interés marcado en evaluar empíricamente el proceso de cambio.
3. Aplicar lo que existe al momento.	3. Creación de algo nuevo más integrado.
4. Tomar muchas técnicas y perspectivas	4. Combinar muchas técnicas y perspectivas.

La vertiente de factores comunes es importante dentro del MI debido a que intenta que los clínicos de diversas escuelas teóricas se sienten con el ánimo de discutir y reconocer las similitudes de su quehacer psicoterapéutico. Esto es vital, porque demasiadas veces se magnifican las diferencias y se minimizan las similitudes entre lo que hacen los clínicos en su práctica.

Sin embargo, la opinión general es que aunque la aportación de autores como Frank es valiosa e integrativa, es limitada ya que tiende a desenfatar procesos únicos dentro de cada psicoterapia. Para efectos de este capítulo tildaremos de *prejuicio alfa* a aquellos que enfatizan las diferencias entre las psicoterapias y de *prejuicio beta* a los que minimizan cualquier diferencia. En el primer lugar estaría ubicado cómodamente un autor como Freud (defendiendo la primacía y prioridad del psicoanálisis) y en el segundo lugar un autor como Frank (defendiendo hasta sus últimas consecuencias las similitudes). Pero tal parece que lo más justo y sensato es ubicarse entre el medio de la posición alfa y beta. Arkowitz (1992a) se acerca a nuestra propia postura cuando dice: "Mientras que muchas de las discusiones de los factores comunes ignoran o minimizan los factores que diferencian a las diferentes terapias, yo creo que esto constituye un error. El problema puede ser analizado de una manera más productiva como uno en donde *factores comunes y factores únicos hacen una contribución al proceso terapéutico*" (pp. 283-284, *italicas nuestras*).

Por su parte, Shoham-Salomon (1992) ofrece un comentario análogo: "La hipótesis de equivalencia no le hace sentido a los clínicos por lo que dudosamente se convierta en una idea provocativa entre éstos. Más aún, la integración psicoterapéutica intenta extraer lo mejor de cada terapia cuestión de integrar diferentes modelos terapéuticos en modelos nuevos y coherentes. Esta meta va dirigida a descubrir diferencias específicas" (p. 36).

Tabla 2. Factores comunes en el proceso psicoterapéutico

Ubicación	Factores comunes
Terapeuta	Empatía Genuinidad Apoyo incondicional
Paciente	Esperanza Expectativas de cambio Sugestibilidad
Relación terapeuta-paciente	Alianza terapéutica
Estructuras	Técnicas específicas y rituales

terapéuticas	Exploración del plano emocional Adherencia y consistencia teórica
Características del proceso	Catarsis Adquisición y prácticas de nuevas conductas Aprendizaje emocional e interpersonal Exponerse a situaciones difíciles pero con más autoeficacia Instigar introvisión.

2. Vertiente de integración teórica

Tal y como lo expuso Shoham-Solomon en la cita anterior, los clínicos que simpatizan con la vertiente de integración teórica conceden el importante hecho de que así como hay similitudes entre terapias, también hay diferencias específicas entre ellas. Estas diferencias deben ser aisladas y estudiadas ya que posiblemente constituyen procesos idiosincráticos y valiosos de diversas escuelas psicológicas. Por ejemplo, un integracionista teórico le interesaría integrar en el nivel clínico y teórico cómo una técnica conductual como la sobresaturación ("*flooding*") puede a su vez activar contenidos y procesos inconscientes tales como sueños, memorias reprimidas u otros contenidos intrapsíquicos (Wolfe, 1992). Otro ejemplo sería el estudio de cómo terapias dirigidas a procesos cognoscitivos conscientes se traducen en cambios afectivos, o cómo los cambios afectivos se traducen en cambios cognoscitivos (Greenberg y Korman, 1993).

Dentro del MI esta vertiente es la más común, la más sofisticada y, a nuestro juicio, la más valiosa. Lo creemos así porque no solamente facilita un diálogo ecuménico sino porque pretende acrecentar unas bases teóricas, refinar nuestros fundamentos epistemológicos y aunar esfuerzos para ir más allá de los prejuicios alfa y beta con el propósito de realizar una verdadera integración teórica y práctica entre los aportes más contundentes de diversas escuelas psicológicas. Obviamente, esta tarea apenas comienza, pero sus frutos ya son plenamente visibles (*cfr.* a Goldfried, 1995).

3. Vertiente de eclecticismo técnico

Dentro del MI esta vertiente pretende ser la menos teórica y es representada por Lazarus (1992) y por Beutler (Beutler y Clarkin, 1990). La postura que se adopta aquí es que el clínico debe de hacer esfuerzos para expandir de una manera científica, sistemática y rigurosa su armamentario de estrategias terapéuticas. Se apoyan aquellos pasos dirigidos a que el clínico evalúe al paciente dentro de un marco amplio multimodal y que el paciente se beneficie de recibir el tratamiento más efectivo y eficaz para su condición emocional. La manera en que se decide cuál tratamiento deberá escogerse no es a través de intuiciones o por anécdotas personales ("esto me funcionó antes") sino a través del conocimiento que proviene de la investigación psicoterapéutica.

Por ejemplo, no sería sorprendente si un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo recibiera una modalidad de sobresaturación combinada con prevención de respuesta, ya que la literatura internacional fortalece y apoya la idea de que esta terapia es exquisitamente efectiva con un gran número de estos pacientes (Steketee, 1993). A manera de otro ejemplo, un paciente con depresión mayor de intensidad moderada recibiría un enfoque cognoscitivo estilo Beck o una terapia interpersonal

ya que las mismas han probado ser efectivas en estudios controlados (Haaga y Beck, 1992; Klerman y Weissman, 1992).

Por lo tanto, la idea cardinal en el eclecticismo técnico es ofrecerle al paciente una variedad de estrategias psicoterapéuticas, provengan de donde provengan. Lo importante y medular es que las mismas tengan una justificación empírica a través de estudios controlados. Esta actitud rigurosa e implacable hacia la valoración de los estudios controlados como guía última en el desempeño terapéutico es una importante diferencia entre este tipo de clínico integracionista y el clínico ecléctico, cuyo lema muchas veces es: "Yo uso lo que me parece que funciona".

Beutler y colaboradores parecen ser más sistemáticos que Lazarus en el sentido de que se han dirigido a auscultar con más precisión cuáles variables cognoscitivas, afectivas e intrapsíquicas mediatizan el éxito o fracaso con el uso de determinadas técnicas psicoterapéuticas. Así, por ejemplo, en un estudio reciente encontraron que los pacientes deprimidos con estilos de acoplamiento muy defensivos mejoraban más en terapias experienciales que en las cognoscitivas. Pero los pacientes con acoplamientos de externalización mejoraban más en terapia cognoscitiva que en otros tipos de terapia (Beutler, Mohr, Grawe, Engle y MacDonald, 1991).

Por su parte, Lazarus (1976) emplea un perfil multimodal de cada paciente, en donde se escudriñan los aspectos conductuales, afectivos, sensaciones, imagerías, cogniciones, relaciones interpersonales y factores biológicos. De acuerdo con el perfil presentado, se escogen técnicas específicas para los problemas específicos, lográndose una gran efectividad, al menos según lo documentan Lazarus y sus colaboradores.

La meta que se han propuesto autores como Beutler y Lazarus es ir bosquejando cuáles técnicas, con qué tipo de estilo terapéutico, y con qué tipo de paciente son efectivas y maximizar los resultados. Curiosamente, dirigida a dicha meta podemos mencionar la publicación de los sendos y voluminosos volúmenes de *Handbook of effective psychotherapy* (Giles, 1993) y el *Handbook of prescriptive treatments for adults* (Hersen y Ammerman, 1994). Estas tres tendencias o vertientes son las que amalgaman el MI. Las mismas, como se ha podido apreciar, presentan diferentes énfasis. En la Tabla 3 realizamos un bosquejo de lo que a nuestro juicio constituyen unas diferencias importantes.

Sin embargo, estas diferencias no deben empañar el hecho de que el MI distintivamente valora y propicia el diálogo, la exploración y la curiosidad de lo que sucede en el proceso psicoterapéutico de diversas escuelas. Si tomamos en cuenta que el ser humano es un ente con componentes biopsicosociales y que inherentemente los componentes afectivos-conductuales-cognoscitivos se influyen de manera recíproca y sinérgica, entonces podemos percatarnos de la enorme limitación que nos impone el seguir a paso firme los procedimientos de una sola escuela psicológica. Ahí yace la fortaleza y la promesa del MI: hacerle justicia a la complejidad multidimensional del ser humano e intentar abordarlo utilizando el análisis de multiniveles (Cacioppo y Berntson, 1992).

Quizás debido a que los psicólogos nos hemos estado concientizando más de estos hechos, es que el MI ha tomado tanto auge en las últimas dos décadas. En el 1983 se funda la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* y una revista especializada en la materia titulada *Journal of Psychotherapy Integration*. Adicional a esto, el MI está tomando paulatinamente un giro internacional. Ya se encuentran sociedades y organizaciones parecidas en España, Argentina, Chile, India, Holanda, Inglaterra, y China. En el directorio de miembros de la SEPI encontramos miembros

en Australia, Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Israel, Italia, Japón, México, los Países Bajos, Noruega, Panamá, Portugal, Puerto Rico, Sur África, Suecia, Suiza y Uruguay.

Por lo tanto, en los próximos años podemos adelantar progresos considerables dentro de las diferentes áreas que comprenden el MI.

Tabla 3. Diferencias entre las tres vertientes integracionistas

Tipo de énfasis	Factores comunes	Eclecticismo técnico	Integración teórica
En lo teórico	1	1	3
En las técnicas	0	3	2
En investigación psicoterapéutica	2	3	2

Nota: 0 = actividad nula; 1 = actividad leve
2 = actividad moderada; 3 = actividad marcada

TÉCNICAS

Contrario a otros capítulos de este libro, en donde el/la autoría presenta las técnicas que se han derivado de determinados enfoques o escuelas, en el MI *no* se han diseñado técnicas específicas "integracionistas". Lo que sí se ha logrado hacer es estudiar de manera concienzuda cómo lograr complementar un enfoque psicodinámico con uno cognitivo-conductual (enfoque de integración teórica) o cómo escoger empíricamente determinadas técnicas para determinado paciente con X problema (enfoque de eclecticismo técnico).

Para que el lector pueda comprender mejor cómo se da este proceso y la importancia de interponer las técnicas en un proceso integrativo, vamos a escoger el modelo de asimilación, el cual ha sido presentado en detalle por Shapiro *et al.* (1992). Este modelo lleva el nombre de *asimilación* ya que toma sus bases en ideas neopiagetianas de las ciencias cognoscitivas. En este modelo integrativo se asume que el paciente que va a terapia presenta una experiencia problemática (o sea, un deseo, memoria, actitud, sentimiento que es doloroso o molesto) la cual debe pasar por un proceso de asimilación en sus esquemas mentales (o sea, narrativa o modelos de mundo). Por asimilación debe entenderse que dicha experiencia problemática pasa por una serie de etapas *progresivas* que van en una dimensión; desde no poder reconocer cuál es su problema (asimilación nula) hasta lograr reconocer la fuente de su problema y haberlo manejado adecuadamente en el nivel conductual (asimilación total). Al llegar a este último punto, la persona debe considerarse que ha vencido o superado la experiencia problemática.

Se desprende de este modelo que diferentes psicoterapias serán más efectivas en ciertos puntos del proceso. Shapiro y colaboradores proponen que las terapias experienciales y psicodinámicas trabajarán mejor si la persona no ha asimilado casi nada del problema y ni siquiera entiende el por qué de sus síntomas y reacciones. El propósito con este tipo de persona es irlo trasladando terapéuticamente desde el punto de no tener percepción hasta llevarlo al punto medio, en donde el paciente ya

reconoce el por qué de su problema, pero aún no sabe cómo lidiar con él. Es aquí donde Shapiro y colaboradores recomiendan el uso de técnicas conductuales y cognoscitivas. O sea, una vez la experiencia es entendida y comprendida sin la necesidad de tantas defensas psicológicas, llega el momento de intervenir aplicando soluciones racionales u ofreciéndole a la persona acoplamientos o estrategias específicas que le faciliten la asimilación total del problema.

Dentro de este modelo, puede ser que un paciente entre en terapia con una buena percepción de su problema. En este caso no sería necesario darle tanto énfasis a las estrategias psicodinámicas, pero sí a las conductuales-cognoscitivas. Por el contrario, si una persona nos llega a terapia utilizando marcadamente mecanismos defensivos primitivos que no le permiten entender lo que sucede, implicaría que deberíamos comenzar con terapias psicodinámicas.

Un caso de nuestro consultorio privado ejemplificará el uso de este modelo. El Sr. S., de 27 años de edad y estudiante universitario, llega a nuestra oficina referido por otro psicólogo. A través de diversos instrumentos diagnósticos y observaciones clínicas se hizo evidente que el Sr. S., presentaba un cuadro de fobia social generalizada y un trastorno de personalidad de evitación. De manera secundaria, este paciente se quejaba de síntomas depresivos y minusvalía.

Tomando en cuenta su diagnóstico, decidimos de inmediato entrarlo de lleno en un programa de terapia cognitivo-conductual. La meta iba dirigida a que comenzara a identificar y retar todo un andamiaje de creencias disfuncionales e irracionales, las cuales lo cohibían marcadamente. Por ejemplo, en un diario que el propio paciente comenzó a llevar, identificó una experiencia muy ansiógena. Estaba en la biblioteca pidiendo un libro de referencia. En lo que esperaba, una muchacha bastante atractiva se coloca al lado de él y se sonríe. Este evento fue interpretado de inmediato con pensamientos automáticos tales como "se está burlando de mí", "todo el mundo me ridiculiza", etc. El Sr. S., se sintió tan mal que comenzó a temblar y no le pudo contestar el saludo a la joven. Su diario reflejaba que sucesos totalmente inocuos como este eran muy amenazantes para él.

Durante el transcurso de 4 meses de terapia, el Sr. S. no hizo ningún adelanto terapéutico. Sí identificaba algunas de sus reacciones disfuncionales, pero no lograba entender por qué le sucedía todo esto. Nuestro enfoque, anclado en premisas cognitivo-conductuales, no le impactaban en el nivel clínico. Luego de unas 12 sesiones de terapia, el Sr. S., decidió comunicarnos que no regresaría a las mismas. Recordamos que nos comunicó esto con mucha pena y llanto. No logramos convencerlo de que insistiera con las psicoterapias.

Si utilizamos el modelo de Shapiro y colaboradores podríamos fácilmente ubicar al Sr. S., en la etapa 1 ó 2, con muy poca percepción de sus dinámicas internas y con muchas resistencias a saber. Sin embargo, en aquel momento, comenzamos a trabajar con él ubicándonos en la etapa 6. Según este modelo integracionista esto sería un error ya que el paciente no había asimilado lo que significaban sus síntomas ni se exploró su contenido dinámico y experiencial.

Casi dos años más tarde, y sorpresivamente para nosotros, el Sr. S., vuelve a nuestra consulta. En esta ocasión lucía muy desmejorado y mucho más deprimido. Su fobia social lucía intacta. Esta vez decidimos seguir el modelo de asimilación. Por lo tanto, comenzamos de lleno en un tipo de terapia que combinaba aspectos experienciales y psicodinámicos. En primer lugar, comenzamos a identificar cómo la relación con sus padres incidía en su configuración de personalidad. Ambos padres siempre habían sido muy autoritarios y extremadamente dominantes. Desde niño se

le alejó de los juegos de otros niños ya que sus padres deseaban convertirlo en un intelectual. Y lo habían logrado de cierta forma ya que el Sr. S., se graduó de la Universidad *Suma Cum Laude*. Introyectó diversos mensajes tales como "siempre los padres van primero que todo", "lo principal es hacer feliz a los padres", "todo lo tienes que hacer perfecto", "lo peor y más abominable que hay en el mundo es tener un mal hijo", etc.

En terapia el Sr. S., comenzó a crear percepción entre sus síntomas e inseguridades actuales con los conflictos no resueltos que tenía con sus padres. Por un lado los quería, pero por otro los odiaba y los aborrecía. Al darse cuenta de estas conexiones, comenzamos a utilizar modalidades experienciales y afectivas: la silla vacía, el escribir cartas con fuerte contenido afectivo a sus padres por lo desengañado que se sentía y tratar de ponerse en contacto con sus sentimientos sin sentirse culpable. En unas 10 sesiones el Sr. S. comenzó a conocer aspectos de él que desconocía y, por primera vez en muchos años, a sentirse mucho más cómodo consigo mismo y menos culpable contradiciendo a sus padres. Esto nos ubicó en la fase 4 y 5 del modelo integracionista de Shapiro, en donde las asignaciones conductuales ahora tienen más sentido para el paciente y las lleva a cabo con menos resistencia. Al preguntarle recientemente porqué antes no había mejorado y ahora sí lo había hecho, nos dijo: "Antes yo no sabía qué tenían que ver esas asignaciones conmigo. Entendí que era un fóbico social y que mis sentimientos eran irracionales, pero esto no me aliviaba. Esta segunda vez me he descubierto yo mismo. Ahora es que logro entender por qué durante gran parte de mi vida reaccionaba como lo hacía".

Al momento de escribir estas líneas el paciente continúa en psicoterapia, demostrando mejorías adicionales.

APLICACIONES

La terapia integrativa ha sido expuesta como eficaz en un gran número de síndromes y problemas emocionales. En esta sección ofreceremos algunos ejemplos de dichas aplicaciones.

1. Pacientes con trastorno limítrofe de personalidad (TLP)

Marsha Linehan *et al.* (Heard y Linehan, 1994; Linehan, 1993) han presentado con sumo detalle un programa integrativo para este difícil y retante trastorno de personalidad. Recordemos que el paciente con TLP suele caracterizarse como altamente impulsivo, con cambios anímicos rápidos, en donde reporta un gran vacío existencial y donde abundan frecuentes actos o gestos suicidas y de automutilación (Gunderson, Zanarini y Kisiel, 1995). En la Tabla 4 el lector puede apreciar cómo el grupo de Linehan utiliza diversas estrategias de diferentes escuelas en el tratamiento del paciente limítrote. Linehan hace hincapié en lo siguiente: "Un aspecto importante de nuestro modelo es que la adopción de estas estrategias debe estar apoyada de manera empírica y ser guiada por una teoría que hemos llamado dialéctica y biosocial. Nosotros no abogamos por la combinación de técnicas sin que haya antes una integración teórica" (Koerner y Linehan, 1992, p. 440).

En este modelo se toman como base las premisas del aprendizaje social en el sentido de que gran parte de las conductas desviadas o problemáticas son entendidas como

deficiencias o excesos conductuales. Esto lleva a Linehan a darle énfasis en su tratamiento a que el paciente logre incrementar conductas adaptativas, que hasta el momento no había emitido por no encontrarse en su repertorio de conductas. Por lo tanto, Linehan apunta que estos pacientes demuestran deficiencias en habilidades interpersonales, lo que a su vez trae como consecuencia estilos de solución de problemas que suelen ser impulsivos, dañinos e inefectivos.

Otra de las bases de este modelo integrativo toma sus raíces en aspectos biosociales. Linehan entiende que la patología medular del TLP consiste de una labilidad emocional crónica. Esto es importante ya que el control del coraje es una característica importante del TLP. Esta labilidad y descontrol emotivo los vulnerabiliza a presentar una predisposición fisiológica que a su vez se traduce en estar hipersensibles a estímulos emotivos (regañes, críticas), en responder de manera exagerada a los mismos (rabiets, corajes intensos, automutilaciones) y en tardar considerablemente en regresar a un estado base de funcionamiento óptimo.

Otra base importante de este modelo es que integra la idea de lo crucial del desarrollo evolutivo de la persona. Hoy sabemos que las personas con diagnóstico de TLD usualmente tienen un historial extenso de abuso sexual, físico y negligencia en la niñez. Linehan apunta que estos ambientes tienden a generar y exacerbar vulnerabilidades emotivas y dificultades en lograr modular las emociones. En un ambiente en donde la experiencia interna no se valida, los padres tienden a minimizar o pasar por alto el sufrimiento interno del niño. Al contrario, se le envían mensajes de que no sientan lo que están sintiendo, lo que trae como consecuencia que la persona no aprende a modular sus sentimientos y sus emociones. Al no aprender esta importante tarea, el niño va aprendiendo que sólo escalando la expresión emocional de sus necesidades se le atiende.

Partiendo de dichas premisas es que Linehan integra las estrategias enumeradas en la Tabla 4. Por lo tanto, el enfoque de Linehan puede ser ubicado dentro de la vertiente integracionista teórica del MI, ya que se nutre de diversos discursos teóricos y niveles de análisis. Adicionalmente, integra los recursos y técnicas más apoyados en el nivel empírico de manera secuencial. Los datos empíricos que han presentado Linehan y colaboradores sobre la eficacia de esta modalidad terapéutica son impresionantes (Linehan *et al.*, 1991, 1993).

2. Trastornos disociativos

La disociación como constructo psicológico ha regresado con toda fuerza al vocabulario diario del psicólogo y del psiquiatra. Repelido del discurso psicológico por el énfasis en procesos puramente observables durante las décadas del 1920 al 1970, hoy día hay un interés saludable en dichos procesos (Véase los excelentes volúmenes de Lynn y Rhue, 1994; Klein y Doane, 1994; Spiegel, 1994; Crabtree, 1993).

La disociación puede ser definida como un proceso por el cual la persona experimenta alteraciones en su memoria, identidad y consciencia, las cuales a su vez propician una desintegración de diversas subestructuras que componen lo que experiencialmente llamamos "la consciencia". Estas alteraciones se convierten en reacciones psicopatológicas cuando interfieren activamente con el funcionamiento adecuado de una persona y comienzan a traer complicaciones o sufrimiento en su vida.

Tabla 4. Técnicas o enfoques integrativos usados por Linehan (1993) en pacientes con trastornos de personalidad límite

Técnicas	Escuela
1. Empatía, genuinidad	Centrada en el cliente
2. Balancear polaridades y emociones	Gestalt
3. Analizar transferencia y contratransferencia	Psicoanálisis
4. Comunicaciones paradójicas	Experienciales
5. Resolución de problemas y habilidades sociales	Cognitivo-conductuales

Braun (1986) y Fine (1993) han propuesto modelos integrativos de psicoterapia para pacientes con el trastorno disociativo más severo que nos podamos encontrar. Nos referimos al Trastorno de Identidad Disociada (TID) (antes llamado Trastorno de Personalidad Múltiple). En el mismo, el/la paciente llega a tal grado de disociación que su yo ejecutivo no logra monitorear algunos subsistemas de conciencia que se han desligado del control central (*cf.* Hilgard, 1977 para un recuento de cómo la conciencia está compuesta de diversos subsistemas o módulos que usualmente funcionan interactivamente). El resultado final es que la persona comienza a ser recipiente de la manifestación de diversos estados de conciencia fragmentados, cada uno con una autoimagen, deseos y necesidades idiosincráticos.

El modelo integrativo tiene perfecto sentido en casos como estos ya que es usual que el paciente con un TID sufra de alteraciones profundas en los niveles afectivo, conductual, cognoscitivo e intrapsíquico. En una psicoterapia integrativa, el psicoterapeuta casi se ve obligado a trabajar con estos aspectos de una manera secuencial. En el nivel intrapsíquico el terapeuta usualmente le dedica espacio a la exploración de las circunstancias históricas y los mecanismos defensivos que dieron paso y lugar al fraccionamiento. En el nivel afectivo, es muy recomendado que el paciente se apropie de memorias de corte emotivo (por ser altamente traumáticas) y que canalice las mismas para que logre un procesamiento emotivo adecuado. En el nivel cognoscitivo, debido al trauma y al abuso, tanto el paciente como sus personalidades alternas han formado mapas o esquemas mentales muy distorsionados, los cuales subyacen a su interacción con el mundo interpersonal.

Las terapias cognoscitivas son muy oportunas en esta labor ya que logran el propósito de desactivar pensamientos automáticos e incluso visiones de mundo que sólo responden a circunstancias extremas de abuso, pero que no son útiles en el diario vivir de la persona. En el nivel conductual, el/la cliente con un TID casi siempre es una persona tímida, y con pocas habilidades sociales. El marco conductual puede aportar mucho en este proceso psicoterapéutico ya que permite la utilización de estrategias específicas para que la persona sea más afirmativa, asertiva y efectiva con su medio interpersonal.

Por lo tanto, el clínico integracionista puede impactar de una manera sistemática y amplia toda la gama de complejidades que nos presenta el cliente con un trastorno disociativo. Consonante con los modelos biopsicosociales y de multiniveles, el clínico va auscultando cada una de dichas facetas y ofreciéndole al cliente las estrategias más efectivas para cada área en particular.

3. Otras condiciones psicopatológicas

Aunque no tenemos el espacio suficiente para detallarlas, clínicos de inclinación integracionista han hecho incursiones interesantes en trastornos de ansiedad (Chambles, Goldstein, Gallagher y Bright, 1986; Scaturro, 1994), trastornos afectivos (Arkowitz, 1992) y con niños y familias (Fauber y Kendall, 1992; Wachtel, 1994).

AVANCES RECIENTES

El MI es en sí un enfoque novedoso dentro de la historia de las psicoterapias. Aunque sí han habido precursores, no es sino hasta hace unos veinte años que el mismo se ha convertido en una alternativa exitosa para muchos clínicos.

A la luz del creciente y masivo interés que este movimiento ha generado entre muchos psicólogos, no nos parece que estemos ante una mera moda pasajera. Al contrario, el MI parece abrir las puertas anchas para que al fin clínicos con diversos bagajes se sienten en la mesa en una actitud ecuménica, reconociendo que gran parte de lo que todos hacemos en nuestras sesiones psicoterapéuticas guarda enormes similitudes y que aquellos aspectos específicos y únicos que sean distintivamente valiosos los podamos integrar en modalidades más efectivas y elegantes.

Un factor que posiblemente será pivote en el progreso de las terapias integrativas es que las terapias cognoscitivas, las cuales también están siendo favorecidas por muchos clínicos, pueden servir de punto de contacto con las terapias integracionistas. Recordemos que las terapias cognoscitivas fueron desarrolladas por Beck (1976) quien a su vez ha explicado que la raíz de su modelo proviene de un sincretismo del psicoanálisis, las ciencias cognoscitivas, y el conductismo. De hecho, recientemente Beck (1991) declaró, sin ambages alguno, que las terapias cognoscitivas pueden servir de puente a las terapias integracionistas y propulsó un acercamiento entre ambas. Tal y como ya lo preveía el propio Beck hace más de una década atrás:

A pesar de las diferencias obvias a nivel filosófico, teórico y técnico entre las terapias cognoscitivas, las conductuales, el psicoanálisis y la farmacoterapia, hay las suficientes similitudes, leves pero importantes, que justifican el intento de construir un metamodelo que albergue esos sistemas de terapia.... Estas perspectivas tienen varios niveles de poder explicativo. Relacionando una con cada una podemos intentar construir un modelo integral el cual posea un poder explicativo más robusto que el que puedan poseer las perspectivas individuales (1984, p. 115).

Interesante también resulta el estudio reciente llevado a cabo por Norcross y Freedheim (1992) en donde le preguntaron a 40 prominentes psicoterapeutas, cuáles esperarían que fueran las tendencias teóricas principales para el año 2000. Los resultados fueron reveladores: *Las dos principales tendencias que se vislumbran como más influyentes para el 2000 fueron la integración teórica y en segundo lugar el eclecticismo técnico.* El lector reconocerá que ambas son parte constituyentes importantes en el movimiento integrativo.

Un asunto medular que queda pendiente de implementarse es cómo entrenar clínicos dentro de las universidades o las escuelas graduadas. Andrews, Norcross y Halgin

(1992) en una revisión concienzuda de esta temática, recomiendan un modelo integrado de enseñanza. El mismo es constituido por cuatro pasos. En primer lugar, los estudiantes deben de ser expuestos a cultivar y manejar una alianza terapéutica con los pacientes, ya que hay un núcleo impresionante de datos empíricos que señala que el establecimiento de una alianza es necesaria para la resolución de los conflictos del paciente. En segundo lugar, los estudiantes deben ser familiarizados con una variedad de modelos conceptuales. El propósito es que el estudiante se sienta cómodo manejando un tipo de formulación de casos en donde se incluyan diversos niveles de acción. Este proceso debe ser supervisado detenidamente ya que el manejo multimodal de un paciente requiere un bagaje teórico y conceptual amplio. En tercer lugar, se recomienda que el estudiante al menos domine dos de dichos modelos de intervención. Finalmente, se apoya a que el estudiante activamente logre integrar las diferentes perspectivas y que ofrezca formulaciones de caso de tipo integrativo de acuerdo con el perfil que presenta su paciente. Andrews *et al.* (1992) reconocen que este tipo de entrenamiento es más exhaustivo y abarcador que el que usualmente reciben los clínicos, por lo que anticipan algún tipo de resistencia, en especial en institutos y escuelas con una fuerte orientación purista, en donde todos los esfuerzos y recursos son dirigidos con exclusividad a la práctica de un solo modelo psicoterapéutico.

No queremos finalizar este capítulo sin antes lanzar una nota de cuidado y sensatez. Debe quedar claro que, independientemente de todas las bondades y virtudes que posee el MI, necesita ser continuamente evaluado empíricamente. Los pocos datos de estudios controlados son muy prometedores, pero resulta evidente que el MI necesita documentar de una manera más rigurosa sus ventajas tanto teóricas como empíricas. En este sentido apoyamos a Beitman (1994) cuando hace un llamado a "dejar de explorar" y comenzar a definir los principios de una terapia integrativa.

Finalmente, creemos que este capítulo debe de servir como un aperitivo para aquellos lectores que no estén familiarizados con el quehacer clínico dentro del MI. Esperamos que la lectura del mismo y la abundante bibliografía que se presenta faciliten una actitud de curiosidad intelectual hacia una vertiente cuyo derrotero parece ofrecer considerables beneficios a nuestra ciencia psicológica.

REFERENCIAS

Andrews, J.D.W., Norcross, J.C. y Halgin, R.P. (1992). Training in psychotherapy integration. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 563-592). New York: Basic Books.

Arkowitz, H. (1992a). Integrative theories of therapy. En D.K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 261-304). Washington: American Psychological Association.

Arkowitz, H. (1992b). A common factors therapy for depression. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 402-432). New York: Guilford.

Arkowitz, H. y Messer, S.B. (1984) (Eds.). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A.T. (1984). Cognitive therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. En J.B.W. Williams y R.L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research* (pp. 114-134). New York: Guilford.

Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 191-198.

Beitman, B.D. (1994). Stop exploring! Start defining the principles of psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201.

Bergin, A.E. (1970). Cognitive therapy and behavior therapy: Foci for a multidimensional approach to treatment. *Behavior Therapy*, 1, 205-212.

Beutler, L.E. y Clarkin, J.F. (1990). *Systematic treatment selection*. New York: Brunner/Mazel.

Beutler, L.E., Mohr, D.C., Grawe, K., Engle, D. y MacDonald, R. (1991). Looking for differential treatment effects. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 121-142.

Braun, B.G. (Ed.) (1986). *Treatment of multiple personality disorder*. Washington: American Psychiatric Press.

Cacioppo, J. y Berntson, G. (1992). Social psychological contributions to the decade of the brain: Doctrine of multilevel analysis. *American Psychologist*, 47, 1019-1028.

Chambless, D.L., Goldstein, A.J., Gallagher, R. y Bright, P. (1986). Integrating behavior therapy and psychotherapy in the treatment of agoraphobia. *Psychotherapy*, 23, 150-159.

Crabtree, A. (1993). *From Mesmer to Freud*. New Haven: Yale University Press.

Dollard, J. y Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

Eisold, K. (1994). The intolerance of diversity in psychoanalytic institutes. *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 785-800.

Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.

Elkin, I. (1994). The NIMH treatment of depression collaborative research program: Where we began and where we are. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 114-139). New York: Wiley.

Eysenck, H.J. (1970). A mish-mash of theories. *International Journal of Psychiatry*, 9, 140-146.

Fauber, R.L. y Kendall, P.C. (1992). Children and families: Integrating the focus of interventions. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 107-124.

- Fine, C.G. (1993). A tactical integrationist perspective on the treatment of multiple personality disorder. En R.P. Kluft y C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 135-154). Washington: American Psychiatric Press.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- French, T.M. (1933). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *J* 1165-1203.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 143-153.
- Giles, T.R. (Ed.). (1993). *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum.
- Goldfried, M.R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration*. New York: Springer.
- Greenberg, L.S. y Korman, L. (1993). Assimilating emotion into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 249-265.
- Grosskurth, P. (1991). *The secret ring*. New York: Addison-Wesley.
- Gunderson, J.G., Zanarini, M.C. y Kisiel, C.L. (1995). Borderline personality disorder. En W.J. esley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 141-157). New York: Guilford.
- Haaga, D. y Beck, A.T. (1992). Cognitive therapy. En E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp.511-524). New York: Guilford.
- Heard, H.L. y Linehan, M.M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 55-82.
- Hersen, M. y Ammerman, R.T. (Eds.) (1994). *Handbook of prescriptive treatments for adults*. New York: Plenum.
- Hilgard, E.R. (1977). *Divided consciousness*. New York: Wiley.
- Kazdin, A.E. (1994). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.19-71). New York: Wiley.
- Kernberg, O. (1986). Institutional problems of psychoanalytic education. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 799-834.
- Kerr, J. (1993). *A most dangerous method. The story of Jung, Freud, and Sabina Spielrein*. New York: Knopf.
- Klein, R.M. y Doane, B.K. (Eds.), (1994). *Psychological concepts and dissociative disorders*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Klerman, G.L. y Weissman, M. (1992). Interpersonal psychotherapy. En E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (pp. 501-510). New York: Basic Books.

Koerner, K. y Linehan, M.M. (1992). Integrative therapy for borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 433-459). New York: Basic Books.

Kubie, L.S. (1934). Relation of the conditioned reflex to psychoanalytic technique. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 32, 1137-1142.

Kurzweil, E. (1989). *The freudians*. New Haven: Yale University Press.

Lambert, M.J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En N.C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Lambert, M.J. y Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior* (pp.143-189). New York: Wiley.

Lazarus, A.A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports*, 21, 415-416.

Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, A.A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.

Lazarus, A.A. (1992). Clinical/therapeutic effectiveness. En J.K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 100-113). New York: Brunner/Mazel.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Linehan, M.M., Armstrong, H.L., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H.L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Linehan, M.M., Heard, H.L. y Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

London, P. (1964). *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Lynn, S.J. y Rhue, J.W. (Eds.). (1994). *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford.

Mahoney, M. (1995). The modern psychotherapist and the future of psychotherapy. En B. Bongar y L.E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy* (pp. 474-488). New York: Oxford University Press.

Martínez-Taboas, A. (1993). La investigación psicoterapéutica y el movimiento de integración de las psicoterapias. *Revista Interamericana de Psicología*, 27, 197-217.

Norcross, J.C., y Freedheim, D.K. (1992). Into the future: Retrospect and prospect in psychotherapy. En D.K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 881-900). Washington: American Psychological Association.

Norcross, J.C., & Goldfried, M.R. (Eds.), (1992) *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.

Roazen, P. (1974). *Freud and his followers*. New York: Knopf.

Rustin, M. (1985). The social organization of sects: towards a sociology of psychoanalysis. *International Review of Psychoanalysis*, 12, 143-160.

Scaturro, D.J. (1994). Integrative psychotherapy for panic disorder and agoraphobia in clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 253-272.

Shapiro, D.A., Barkham, M., Reynolds, S., Hardy, G. y Stiles, W.B. (1992). Prescriptive and exploratory psychotherapies: Toward an integration based on the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 253-272.

Shoham-Salomon, V. (1991). Studying therapeutic modules precedes the integration of models. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 35-41.

Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. y Whipple, K., (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

Spiegel, D. (Ed.) (1994). *Dissociation: Culture, mind, and body*. Washington: American Psychiatric Press.

Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford.

Turkle, S. (1992). *Psychoanalytic politics: Jacques Lacan and Freud's French revolution*. New York: Guilford.

Wachtel, E.F. (1992). An integrative approach to working with troubled children and their families. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2, 207-224.

Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.

Wolfe, B.E. (1992). Integrative psychotherapy of the anxiety disorders. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 373-401). New York: Basic Books.

ANALISIS TRANSACCIONAL

[Manuel Francisco Massó Cantarero](#)

Psicólogo

Gabinete de Psicología y Análisis Transaccional
Madrid - España

Modelo y Método de Trabajo

El Análisis Transaccional es "*un sistema coherente de psiquiatría individual y social*" según su creador Eric Berne (1), por cuanto abarca el estudio estructural de los estados del yo, como realidades psíquicas y el estudio de las transacciones como fenómeno de interacción. Es decir, que el objeto de estudio es tanto la conciencia individual, la construcción a que da lugar la experiencia, como la conducta, los fenómenos que la persona protagoniza en el seno de los diferentes grupos a los que pertenece y que configuran la experiencia y sus significaciones.

Berne parte de una premisa pragmática: "*la conducta humana constituye un intrincado y complejo fenómeno; para estudiarla, orientarla o ajustarla es necesario proceder como lo hacen las ciencias físicas, descomponiendo el fenómeno conductual hasta encontrar su elemento básico: el átomo de la conducta*" (2). Desde esta perspectiva analítica, Berne encuentra que la unidad básica del comportamiento, el elemento irreducible generador del mismo, es la transacción: los intercambios que se producen entre un emisor y un receptor.

También el Análisis Transaccional es un modelo integrador de orientaciones cognitivas y psicodinámicas de la psicoterapia, enriquecido con aportaciones que conciernen a la terapia de la comunicación. En tanto que modelo integrador, combina por igual, el incremento de la conciencia, -análisis del argumento o guión de vida- y la estimulación del cambio de conducta, por regla general, mediante el correspondiente contrato.

En la vertiente cognitiva, el análisis estructural de los estados del yo y la confrontación tienen como objetivo la descontaminación del Adulto para que, libre de prejuicios y estereotipias, pueda obtener mayor objetividad y eficacia en el afrontamiento de los retos de la realidad.

El Análisis Transaccional es esencialmente un método de trabajo que permite comprender la conducta humana, hacer patentes sus significaciones de una manera fácil, al alcance de los usuarios, aunque estos carezcan de conocimientos psicológicos. Como metodología busca intervenir y modificar la conducta, resaltando la responsabilidad del cliente tanto sobre la emergencia de los trastornos, como sobre el origen y causa del cambio de conducta. El analista no interpreta; observa, hace lecturas fenomenológicas sobre lo que le ofrecen sus clientes; integra y reincorpora las partes fragmentadas y excluidas de la representación interna que el cliente tiene de su propio comportamiento y describe la conducta tal como tiene lugar, redefiniéndola en los términos que plantea el modelo teórico, que es dado a conocer al cliente, sin adoctrinamientos previos.

Algunos procedimientos terapéuticos transaccionales como la Terapia de Redecisión de los Goulding, pueden describirse como experiencias emocionales correctivas, en la línea recomendada por Franz Alexander y Friz Perls.

El Creador y su Circunstancia Histórica

En 1958, Eric Berne publicó un artículo titulado "*Análisis Transaccional: un método nuevo y efectivo de terapia de grupo*", con el que daba origen a una serie de publicaciones posteriores que han consolidado al Análisis Transaccional como un modelo operativo, que muestra un considerable vigor para la descripción y comprensión de la conducta humana.

Berne trabajó como psiquiatra residente en la Universidad de Yale y al servicio del Ejército desde 1.941. En el Ejército, Berne comenzó a hacer terapia de grupo trabajando con soldados repatriados desde el frente europeo. La finalidad de estos grupos era conseguir que el soldado tuviera el suficiente grado de normalidad para reintegrarlo al servicio activo. Las prisas de Berne por conseguir una curación rápida eran debidas a que mientras el soldado estaba con baja psiquiátrica, no podía reincorporarse a la vida civil, ni tampoco este tiempo le contaba como tiempo de prestación a filas. Además, Berne, que se formó en Psicoanálisis, entre 1941 y 1949, con Paul Federn y Erik Erikson, no aceptó ni la pasividad del psicoanalista, ni la lentitud de la asociación libre, al igual que hicieran Ferenci, Stekel, Jung y otros.

En 1.946, comenzó a hacer terapia de grupo con personas que habían de tomar decisiones más autónomas que las posibles en el contexto del Ejército, tomándose muy en serio sus propias palabras de que "*los psiquiatras conocen muchos procedimientos terapéuticos, pero poco sobre lo que es terapéutico en cada caso particular*"(3).

Berne trabajó para encontrar qué procedimientos curaban a sus clientes. El no estaba a favor de "hacer progresos", sino solamente a favor de "hacer curaciones" con la meta ideal de llegar a conseguir la curación en una sola sesión. Destacamos este hecho porque, en aquella época, se consideraba que el trastorno psiquiátrico no era curable, que sólo podía pretenderse una mejoría funcional.

Divergencias con el Psicoanálisis

El esquema transaccional sobre la personalidad mantiene cierto paralelismo morfológico con el esquema topográfico de Freud. Sin embargo, dice Berne "Padre, Adulto y Niño no son ideas, sino que se refieren a **fenómenos** basados en realidades (4)". Berne hace una declaración expresa: "el término estado del ego se emplea para denotar estado de la mente y sus patrones de conducta relacionados, según ocurre en la naturaleza y evita el uso de términos como instinto, cultura, superego, ánimo..."(5). Pero, con mayor claridad Berne tajantemente afirma: "Ni los estados del yo como tales, ni los órganos que les dan origen corresponden a las instancias freudianas. El superyo, yo y ello son conceptos obtenidos por inferencia, mientras los estados del yo son realidades vivenciales y sociales"(6).

Efectivamente, Berne se esfuerza a lo largo de toda su obra, por conseguir un cuerpo teórico definible en términos fenomenológicos, mediante un lenguaje sencillo, asequible y conceptos claros. En este sentido, representa el contrapunto del lenguaje críptico, misterioso e intrincado de muchos textos del Psicoanálisis.

Otras divergencias profundas y sustantivas son las siguientes:

a) El Análisis Transaccional no trabaja con el concepto del inconsciente; su objeto de estudio es la conducta aprehensible, bien sea por observación, bien por introspección. Como teoría sobre el comportamiento atiende a las connotaciones de éste; hace hipótesis sobre la etiología de cada síndrome de adaptación; verifica y experimenta con esas hipótesis; hace análisis y establece expectativas de cambio.

b) En otro sentido, el Análisis Transaccional rescata la autonomía del Yo como subjetividad, como centro organizado que integra la experiencia y tiene capacidad decisoria sobre sus propias "normas, pulsiones y fantasías". El Yo es el canal, cauce y árbitro de sus propias energías, tiene poder por sí mismo, integra los estados anteriores y se orienta hacia el futuro.

En cambio, el Psicoanálisis constituye un concepto mecanicista del "YO", determinándolo como una instancia agónica que se estructura sobre la confrontación entre las fuerzas represoras (super-yo), los impulsos libidinales eróticos y thanáticos (ello), y el principio de realidad.

c) El concepto de energía, atada, desatada y libre, en Análisis Transaccional es lo biológico heredado, la fuerza que impulsa las apetencias, las aspiraciones y las inquietudes, es decir, es un concepto muy cercano al concepto griego de "energeia", potencialidad, que se aleja considerablemente del sentido misterioso de libido como fuerza que impulsa al sujeto-objeto, incluso a su pesar.

d) Otra diferencia es la metodología de abordaje de los asuntos que plantea el cliente: frente a la asociación libre, la interpretación de los sueños y de los actos fallidos, características básicas del trabajo psicoanalítico, el Análisis Transaccional establece contratos, es combinable con técnicas de experiencia, emplea el método fenomenológico como procedimiento activo de búsqueda de las significaciones del comportamiento humano y efectúa evaluaciones periódicas sobre el proceso de terapia.

e) El rol del terapeuta transaccional es activo, "ex aequo" con el cliente, ambos trabajan a la par desde la formulación del contrato. Hay un compromiso recíproco de cooperar juntos para resolver los problemas del cliente, manteniendo, mediante las transacciones, una cierta simetría en el grado de implicación en el proceso.

f) Es posible trabajar "aquí y ahora" con el Análisis Transaccional, ocupándonos del problema actual que preocupa al cliente, de sus denotaciones y connotaciones, sin necesidad de recurrir a la transferencia como fuente primordial de explicación. Para el Análisis Transaccional, es más importante el proceso actual que las causas biográficas, a sabiendas de que modificando el proceso actual, se termina por modificar la estructura, aunque el análisis no la haya desmontado previamente.

Análisis Estructural

En cada persona existen tres partes diferenciales por sus contenidos y funcionamiento, a las que llamamos estados del yo. Los antecedentes del concepto de estado del yo están en James, W. (1880) que él llama "estados de conciencia", Weis, E. (1950) y Federn P. (1953) y G.H. Mead (1934).

Berne definió cada estado del yo como "un sistema de emociones y pensamientos que se actúa mediante un conjunto de patrones de conducta"(7), y consideró que, básicamente, son tres, a los que denominó Padre, Adulto y Niño.

1. Estado Padre del yo:

Contiene la conducta aprendida de los padres y sustitutos vicarios, tanto en las formas como en los contenidos: los principios e ideas básicas que sustentan la filosofía de la vida de la persona, los valores que informan sus patrones de moral, las normas de convivencia, las reglas y leyes de la conducta en general, el sentido del deber, creencias y estereotipias de pensamiento, el apoyo y consejos que suministramos, advertencias que hacemos, tradiciones y convencionalismos que respetamos, constituyen los contenidos del estado Padre.

En términos generales, podemos decir que el Padre contiene todas las pautas aprendidas sin esfuerzo, que las adquirimos sin que mediara empeño ni método de aprendizaje, porque vimos que las activaban así los papás y otras figuras de prestigio y autoridad que nos rodearon cuando éramos chicos.

En el plano operativo, el Padre cubre dos funciones primordiales, claramente diferenciadas entre sí:

a) Protector o padre crítico positivo: Marca límites. Es firme en la defensa de sus planteamientos. Vigila y exige que los derechos y las normas sean respetados. Señala "lo que hay que hacer", propulsando directivamente a los demás. Mantiene en todo caso el respeto por la persona y los principios que informan la convivencia.

b) Permisivo o padre nutritivo positivo: Se interesa por los demás, los cuida cuando lo necesitan, presta ayuda, da cariño, aplaude y elogia los éxitos alcanzados; con su aprobación explícita y su aliento estimula y refuerza las conductas eficaces; actúa como un entrenador, favoreciendo el desarrollo y el crecimiento de las potencialidades del otro.

2. Estado Adulto del yo:

Los contenidos del Adulto son los datos y señales de la realidad, la información en general, las habilidades técnicas operativas, los métodos de pensamiento y de elaboración de criterio, la experiencia personal, el saber que da sabiduría práctica y puede ser transformada también en datos, en contenidos noéticos.

El Adulto contiene el juicio de realidad, la constatación, el razonamiento, el sentido de la oportunidad, el pulso, el tiento y la compulsión sobre las posibilidades y la adecuación de cada momento.

Operativamente, el Adulto transforma los estímulos en elementos de información, comprueba su veracidad con arreglo a los datos e informaciones acumuladas previamente y elabora los mensajes después de haber depurado la información recibida, separándola de adherencias prelógicas y de percepciones indiferenciadas o distorsionadas.

El Adulto recibe información del exterior y también de los otros dos estados del Yo, del Padre y del Niño: Puede canalizar los sentimientos, las fantasías y los deseos de forma congruente con los patrones y pautas que también configuran la personalidad total.

Finalmente es ineludible añadir que al Adulto le corresponde la toma de decisiones, cumpliendo un papel moderador y arbitral sobre la conducta.

3. Estado Niño del yo:

El sistema Niño son los sentimientos, la intuición, los impulsos, deseos y exigencias, la captación y transducción de las necesidades vitales que cuidan de proteger la vida individual y prolongar la especie, el afán hedonista, la curiosidad y la inquietud por experimentar lo nuevo. Las expectativas del Niño siempre presentan la marca del placer-displacer, excitación-calma, carencia-satisfacción.

En el Niño no hay abstracción, ni entelequias; sus grabaciones son sensitivas, emocionales, vívidas y pueden abarcar desde el recuerdo de un juguete entrañable a la imagen de un paisaje. También son contenidos del Niño la ternura de una escena vivida o fantaseada, el sentimiento de violencia, de gozo, el apocamiento, la indiferencia, la ilusión, la rabia, el miedo ante el peligro amenazador, la tristeza por la pérdida, la necesidad de expresión, la creatividad, la imaginación, la necesidad de moverse.

Hay tres sub-estados o partes del estado Niño que funcionan de forma diferenciada:

a) Niño Libre: Es el Niño Natural, la parte más biológica del aparato psicológico, que detecta nuestras necesidades primarias y las transforma en señales de información. El Niño Libre funciona con espontaneidad, mostrando sus necesidades y emociones abiertamente y con franqueza: ríe ante la situación gozosa, rabia frente a la frustración, siente miedo del peligro, llora y se entristece por las pérdidas y despedidas, muestra entusiasmo cuando se siente atraído y expresa cariño como muestra de cercanía y aceptación.

b) *Niño Adaptado Sumiso*: Funciona mediante conductas automáticas y estereotipadas que utiliza para obtener lo que desea. Sus deseos y aspiraciones suelen estar programados desde fuera y se acomoda aviniéndose y sometiendo con tal de conseguir aplauso y reconocimiento.

c) *Niño Adaptado Rebelde*: Es la manifestación opositora del Yo que ejercemos para adaptarnos de forma contradependiente, cosechar reconocimientos, aunque sean negativos, y lograr que se nos tenga en consideración, aun cuando sea porque digan de nosotros que somos díscolos, difíciles y aun imposibles. Lo importante no es obtener premios o castigos; nos esforzamos por adaptarnos, lo generamos porque necesitamos influir en el campo de interacción social, producir impacto en los demás y hacernos notar.

Transacciones

La transacción es el intercambio que se produce cuando la acción de una persona da lugar a la reacción de otra. La intervención del primer agente, sea de tipo verbal o conductual, constituye el estímulo que desencadena la respuesta que otorga el segundo. Berne consideraba que la transacción o conciliación es la unidad de acción social.

Una definición anterior y más completa de transacción social puede encontrarse en Blumer, (8) psicólogo social de la escuela de Chicago, cabeza de fila junto con Cooley y G.Mead, padres del interaccionismo simbólico. La influencia de este último sobre Berne es patente en las referencias que el propio Berne pone en sus obras. Los intercambios, o transacciones, los efectuamos con referencia a cuatro bienes, a saber: información, caricias, bienes materiales y tiempo. Cuando no hay respuesta, no hay transacción. De forma que, cuando alguien da alguno de los bienes

señalados, sin recibir nada a cambio, no está efectuando transacciones, no está interactuando.

En toda transacción intervienen al menos dos estados del Yo, uno por cada uno de los interlocutores. De esta forma, puede decirse que los estados del Yo actúan como instrumentos emisores-receptores, que intercambian señales en virtud de sus códigos respectivos (marcos de referencia) y ateniéndose a los contenidos estructurales que los singularizan.

Hay varios tipos de transacciones:

a) Transacción complementaria simple: Es aquella transacción cuya respuesta es recibida por el mismo estado del Yo del cual partió el estímulo y, a su vez, proviene del estado del Yo que recibió el estímulo. De esta forma, el estado carencial que dio lugar a la emisión del estímulo es satisfecho por la respuesta. Son consideradas simples todas aquellas transacciones en las que sólo interviene un estado del Yo por cada uno de los sujetos que interactúan.

b) Transacción cruzada simple: Se produce cuando la respuesta es recibida por un estado del Yo distinto del que emitió el estímulo o proviene de otro diferente al que fue sensibilizado por el estímulo. En cualquiera de los casos, el circuito abierto por el estímulo original no se cierra; más bien se sucede un intercambio de estímulos que da lugar a la apertura de una serie de circuitos que quedan inconclusos.

c) Transacción ulterior o encubierta: Consiste en emitir dos mensajes de forma simultánea, que hacen intervenir al mismo tiempo a dos estados del Yo de ambos interlocutores. Sin embargo, su peculiaridad está en que uno de los mensajes es directo, verbal, manifiesto y congruente con la situación, mientras el otro mensaje es no verbal, implícito y ambiguo, de forma que permite múltiples interpretaciones.

Por regla general, el mensaje directo se apoya en las palabras como vehículo expresivo, mientras que el mensaje oculto lo transmitimos mediante los lenguajes no verbales como son los gestos, el tono de la voz, las muecas, guiños, movimientos de hombros, etc.

Leyes de la comunicación

Primera: La comunicación es posible sobre la base de transacciones complementarias, que se suceden hasta agotar el tema o el asunto que ha originado la relación.

Segunda: Las transacciones cruzadas sólo sirven para interrumpir la comunicación y bloquear las posibilidades de entendimiento entre las personas.

Tercera: En las transacciones ulteriores, el mensaje más importante es el encubierto, expresado de forma no verbal.

Hambre de Caricias

La estimulación es absolutamente necesaria para la supervivencia. Una persona privada de estímulos, comienza a tener alucinaciones entre las 24 y las 48 horas; se autoestimula para seguir sintiéndose vivo.

El hambre de estímulos evoluciona al tenor del proceso existencial, promoviendo una sublimación, mediante la cual una cierta dosis de estímulos será reemplazada por un tipo de estímulos especiales a los que llamaremos "caricias". Caricia es toda señal de reconocimiento mediante la cual una persona tiene en consideración a otra. Al igual que la transacción es la unidad básica de comunicación, la caricia es la unidad básica de interacción social.

Una caricia es toda muestra de reconocimiento que una persona da a otra; cualquier conducta, por mínima que parezca, que implique tener en consideración la presencia de otra persona. Por tanto, la caricia es un tipo de transacción, el estímulo intencional dirigido de persona a persona, que puede ser gestual, verbal, físico y simbólico y que tiene posibilidad de ser respondido por parte de quien lo recibe.

El hambre de caricias sigue las leyes del aprendizaje, abundantemente estudiado en Psicología, con la siguiente secuencia:

1. Si el niño pequeño recibe abundantes caricias positivas incondicionales, aprenderá a estar bien psicológicamente y percibirá que sus padres también lo están.

2. Si el niño no percibe las caricias incondicionales que necesita, las buscará: anticipará conductas susceptibles de premio; será obediente, respetuoso, ordenado, conforme con sus padres o tutores. Con tales comportamientos conseguirá caricias positivas condicionales; aprenderá a estar bien, a condición de ganarse antes las caricias necesarias.

3. Si con esta conducta adaptable tampoco obtiene las caricias que necesita, anticipará conductas susceptibles de castigo: será díscolo, opositor, sucio, etc... Estos comportamientos le proveerán caricias condicionales negativas, pero caricias, útiles para nutrir su hambre básica. Aprenderá a estar mal (bien psicológicamente) porque hacer en pro del bien no le da resultado.

4. Si con estos comportamientos también fracasa en su deseo de satisfacer el hambre básica, es posible que entonces enferme, somatizando su desasosiego interior, se lesione o accidente para, de este otro modo, obtener caricias incondicionales de lástima o rechazo. Aprenderá a estar mal y que los demás están mal.

Ahora bien, por cualquiera de estos procedimientos se establece un entrenamiento, un aprendizaje condicionado que sucede de conductas anticipatorias. En este sentido, podemos decir que aprendemos a estar y conducirnos en la vida, aprendemos patrones morales de conducta que nos sirven inicialmente, para satisfacer el hambre de caricias, las señales de reconocimiento que el Yo necesita para sentirse vivo, vinculado social y afectivamente, confirmado en su valía, capacitado y poderoso frente a los retos.

Las caricias, sobre todo las atributivas, tienen un enorme poder constructivista sobre la identidad y el sistema de adaptación de la persona. Así pues, el tipo de caricias que la persona sea capaz de conseguir durante su infancia, no sólo fija el procedimiento para conseguirlas durante toda la vida, sino que contribuye a consolidar su personalidad. Lógicamente, con la edad, cambia el soporte o el vehículo de la caricia, pero la necesidad básica subyacente y el mecanismo para satisfacerla permanecen idénticos, a menos que tercie un proceso de análisis.

Clasificación de las caricias

1. Por el soporte:

1.1. Físicas o de Contacto: por ejemplo, un beso, un apretón de manos,...

1.2. Verbales: "¡Hola!"

1.3. Escritas: Una postal de recuerdo.

1.4. Gestuales: Una sonrisa de asentimiento.

1.5. Simbólicas: Una inclinación de cabeza.

2. Por su carácter:

2.1. Condicionales: Son las que se dan a una persona por su conducta, por algo que ha hecho bien o mal. Ej. Me gusta cómo has trabajado hoy.

2.2. Incondicionales: Se dan a una persona por el sólo hecho de existir; por ser quién es y ser tal como es. Ejemplo: Te quiero.

2.3. De aproximación: Aquellas que se refieren a conductas que acercan a la persona a la meta deseada. Son reconocimientos que atañen al proceso, a los avances que hacemos para lograr el objetivo final y que constituyen un aliciente y una fuente de motivación en pro de éxito. Ejemplo: Valoro el empeño que tienes por aprender.

2.4. Atributivas: Son los reconocimientos que aluden a características y peculiaridades de la idiosincrasia de la persona. Ejemplo: Tu sensibilidad te hace especialmente apto para la música.

2.5. De Orientación: Son expresiones directas con las que sugerimos e indicamos correcciones, bien a quien se ha equivocado, bien a quien no hace uso de sus potenciales habilidades, bien a quien se muestra confuso y descuidado. Ejemplo: Pienso que tú tienes experiencia suficiente para actuar de otra manera...

3. Por la sinceridad que comportan:

3.1. Auténticas: Aquellas que realmente nacen del pensamiento y sentimiento que está experimentando quien las da y reflejan su vivencia verdadera.

3.2. Falsas: Son adulatorias, agresivas encubiertas que ocultan hostilidad.

3.3. Mecánicas: Son reconocimientos rutinarios, ritualizados.

4. Por su intención y efecto:

4.1. Positivas: Producen un buen sentimiento, sensación de bienestar y autoestima. Invitan a comportarse en el sistema positivo de conducta, porque conllevan el mensaje: tú estás bien.

4.2. Negativas: Son de contenido y alcance contrario a las anteriores; a su vez, se subdividen en: Agresivas, que causan dolor, daño moral o físico y De lástima, que favorecen la desvalía personal y disminuyen la autoestima.

Las caricias condicionales positivas y las de orientación son necesarias y útiles para establecer aprendizaje. Las caricias negativas sirven para mermar la autoestima del receptor.

Economía de Caricias

Según Steiner, (9) las Leyes de Escasez de Caricias son reglas paternas aceptadas socialmente, que producen escasez de caricias positivas y obligan a las personas a buscarlas de manera forzada, artificiosa y complicada. Estas reglas son cinco:

1. No des las Caricias Positivas que corresponde dar.
2. No aceptes las Caricias Positivas que necesitas.
3. No pidas Caricias Positivas.
4. No te des a ti mismo las Caricias Positivas que necesites.
5. No rechaces las Caricias Negativas destructoras.

En sustitución de estas leyes, Steiner propone que el comportamiento se rija por las siguientes leyes de abundancia de caricias:

1. Da las Caricias Positivas que correspondan.
2. Acepta las Caricias Positivas que mereces.
3. Pide las Caricias Positivas que necesitas.
4. No aceptes Caricias Negativas destructoras.
5. Date Caricias Positivas.

La satisfacción del hambre de caricias

Una persona para sobrevivir, necesita completar una cierta cuota de Caricias; no parece sino que, en su Niño, hay un depósito, con un polo positivo y otro negativo, que demanda un cierto número de caricias hasta conseguir la cuota mínima de caricias, cuya fórmula: $Hambre\ de\ Caricias = \sum (C+) + (C-)$. Es decir, se considera el valor absoluto y no el signo; de manera que, una unidad de caricia positiva y una unidad de caricia negativa suman dos caricias y no cero caricias que sería el resultado algebraico.

La cantidad de caricias necesarias variará con el desarrollo psicológico de la persona; pero en cualquier caso, si no se cubre la cuota mínima, la persona se ve obligada a ser cada vez menos selectiva. Si no hay caricias positivas, las conseguirá negativas, que pueden ser más fáciles de obtener.

En los primeros 30 meses de la vida, tienen mayor fuerza de carga las caricias positivas de contacto. Las caricias incondicionales son las que mayor vigor muestran en relación con la salud emocional de las personas. Su utilización también es oportuna en la esfera laboral. La sobredosis de caricias positivas incondicionales vuelve pasiva e irresponsable a la persona. Las caricias condicionales son necesarias

como instrumento para favorecer el aprendizaje, el asentamiento de valores y en general todo el proceso de socialización.

El efecto de la caricia es independiente de la intención: de tal modo que una misma caricia puede ser percibida como positiva por una persona y como falsa o negativa por otra, en la misma circunstancia.

Las caricias positivas influyen considerablemente en la estimulación general del comportamiento. Las caricias de orientación pueden servir como guía del comportamiento.

En la administración de caricias hay que evitar la reiteración y la monotonía, ya que la caricia mecánica se devalúa sola. En el sistema positivo de conducta, se antepone las caricias incondicionales a las condicionales, las positivas a las negativas y las auténticas y espontáneas a las rutinarias o mecánicas.

Posiciones Existenciales

Toda persona tiene un concepto básico de sí mismo y de los demás, que juega un papel importante a la hora de hacerse entender y entender a los demás. El concepto positivo sobre sí mismo, equivale a decir: Soy trabajador, inteligente, sé valerme en la vida, resuelvo mis problemas. El concepto negativo es: Soy un inútil, todo me sale mal, no sirvo para nada. El primer caso es una forma de estar-bien y el segundo de estar-mal.

Igualmente, sobre los demás cabe idéntica disquisición: puedo vivenciar que están bien; esto es, que son felices, tienen valores, son personas aprovechables y útiles. O por el contrario, están mal; es decir, son sanguinarios, vengativos, vagos o poco inteligentes.

Para el Análisis Transaccional, esta forma de sentirse a sí mismo y a los demás radica en una decisión temprana, posiblemente anterior a los ocho años de vida, que se adoptó en virtud del ambiente estimular que conformó las grabaciones del Niño Adaptado, las caricias recibidas y sus tipos, generando una posición existencial concreta frente a la vida.

Esta nos lleva a mantener una perspectiva fija sobre las cosas; la panorámica que contemplamos es siempre idéntica; los signos y señales que nos vemos precisados a interpretar y entender son unívocos. Desde la posición existencial favorita simplificamos el modo de estar frente al mundo y reducimos la gama de reacciones a emplear.

La posición existencial viene a ser como el color del cristal de nuestras lentes, a través del cual consideramos el mundo y sus gentes. Coherentemente, el sistema de señales que emitimos para relacionarnos con los demás, ya está condicionado, ab initio, por el filtro mediante el cual han pasado los datos de entrada; cuanto percibimos experimenta las refracciones que impone el filtro, y al emitir, vuelve a ser operativa la posición existencial.

Tipología transaccional

Las posiciones existenciales generan cinco tipos de comportamiento o maneras de estar en la vida:

1. *Eufórico* (Yo+/Tú+): Esta persona es idealista, con un idealismo fatuo y fugitivo.

Mediante su optimismo gratuito, la persona trata de evitar la disciplina, la responsabilidad que entraña la vida y los compromisos, mientras procura zafarse del esfuerzo, de las notas de tristeza desagradables, de las imposiciones de todo género y de las limitaciones, fallos y errores. Niega los aspectos negativos propios y de los demás. Todo es maravilloso. Vive en un continuo estado de euforia. Es alegre y confiado porque no teme que pueda pasarle nada malo.

Se considera capacitado para emprender cualquier hazaña, aun cuando no tenga ninguna viabilidad, ni posibilidad de realización; pero es incapaz de evaluar las dificultades, inconvenientes y hostilidad que la realidad le va a ofrecer. En la infancia de estas personas, abundaron las caricias positivas adecuadas o inadecuadas; nadie le puso límites, ni le facilitó conectar con la frustración, ni crear defensas frente al dolor. Esta persona sólo suministra caricias positivas, aun cuando sean huecas y rechaza las negativas de todo género.

2. *Agresivo*. (Yo+/Tú-): Este tipo de persona tiende a ver los aspectos negativos sólo en los demás; por ello, se comporta de forma persecutoria, tiende a resaltar los defectos y fallos ajenos y utiliza expresiones del tipo: no se puede confiar en nadie, me las van a pagar, la gente es irresponsable, etc.

A veces inculpa a los demás de sus propios fracasos bajo una aparente posición de víctima: Mira donde me has llevado... ¿Porqué tenías que hacerme esto a mí?, etc...; en realidad, son otras formas de perseguir. El origen de esta posición arranca de la interiorización de la posición que tenían los padres y/o educadores. Ante el exceso de rigor de los progenitores, el niño se identifica con la posición básica de ellos para aliviar la angustia que le produce el sistema educativo con el que está siendo tratado.

La posición +/- rechaza todo tipo de caricias, puesto que descalifica la fuente, las personas de quienes provienen; en cambio, suele administrar caricias negativas incondicionales y condicionales. Tienden a sentirse responsables de la conducta ajena; por eso, arrasan la capacidad de decisión de los otros, invitándoles a estar en posición -/+, su complementaria.

3. *Depresivo* (Yo-/Tú+): Al contrario del caso anterior, estas personas tienden a ver en sí mismos todos los aspectos negativos, mientras exculpan a los demás. Rehuirán la responsabilidad y la competitividad; se alejarán antes que asumir el riesgo del fracaso; tampoco tienen energía para decir "no" a lo que no les gusta o no les conviene; adoptan actitudes de pasividad, de espera, dejándose traer y llevar a merced de los otros.

Tienden a manifestar conductas intrapunitivas y autodestructoras, porque ellos mismos se descalifican y humillan y sólo esperan que los demás les salven. Rechazan las caricias positivas, pero aceptan las negativas; se alían con quien esté en posición yo+/tú-, su complementaria, para establecer simbiosis, reforzando así, mediante la interacción, su propia desvalorización interna. Es como si operase con la idea siguiente: Estaré bien (acariciado, protegido, amparado) mientras me muestre inferior, incapaz, desvalido, inútil; es decir, mientras esté mal ante los demás. Ellos están bien porque me ayudan, salvan, piensan en todo, saben todo...

4. Nihilista, (Yo-/Tú-): Son personas que sufrieron el abandono de los padres o su rechazo psicológico, por alguna razón: muerte de los progenitores, sexo indeseado, embarazo prematuro, etc. Su comportamiento tiende a ser de retraimiento, apático, desleído.

No sólo no dan caricias positivas, sino que rechazan las que les llegan; sin embargo, dan y aceptan caricias negativas incondicionales y condicionales. Esta es la posición del suicida y del homicida, del desesperanzado. Es una posición existencial muy angustiada de la que la persona tiende a huir mediante la alienación del alcohol, las drogas, el consumismo, etc.

5. Realista (Yo-+/Tú +-): Esta quinta posición ha sido postulada por Kertész (10), quien resume su descripción de forma plástica como: "Yo estoy más o menos bien, tú estás mas o menos bien"; o bien, "yo estoy básicamente bien, tú estás básicamente bien".

Se corresponde con la actitud realista que identifica, atiende y maneja los datos de la propia realidad interior y los del entorno; conoce los propios valores y las posibilidades que ofrecen los demás; pero, además, reconoce las propias limitaciones y las dificultades que pueden presentarse en la interacción con otras personas. En consecuencia, procura apoyarse en las garantías que le brinda el comportamiento ajeno y cimentar sobre ellas la cooperación; tiene en consideración las deficiencias de aptitud, de capacitación o de actitud para:

a) No invitar a los demás a sentirse mal, pidiéndoles colaboraciones que no pueden prestar por sus limitaciones.

b) No reforzar estas limitaciones, mediante la crítica a las mismas.

c) Mostrarse dispuesto a cooperar, utilizando sus propios recursos, cuando estos complementan deficiencias ajenas, o desiste de hacerlo en atención a las limitaciones propias.

Emociones

Entendemos por emoción el estado de agitación o excitación que experimenta un animal vivo y que le sirve para despertar, sostener y dirigir su actividad. Esta es una definición amplia que además de las emociones naturales, abarca a los sentimientos, los impulsos y los motivos.

Los impulsos están vinculados con señales fisiológicas (conducta neuro-endocrina), mientras que los motivos están relacionados con señales que provienen de la estimulación exterior, tienen carácter social y son inducidos.

Las emociones naturales han sido observadas en animales superiores, que presentan un alto desarrollo de su sistema nervioso. Son innatas en el ser humano. Distinguimos ocho:

1. Alegría o placer: Activa comportamientos de gozo y disfrute, de entusiasmo y entrega a la situación que se está viviendo.

2. Afecto o amor: Activa comportamientos que inducen al acercamiento entre personas; mantiene la vivencia del bienestar por la compañía; favorece el intercambio de caricias positivas y la entrada en relaciones de intimidad.

3. Poder: Es la sensación de fuerza, de energía que nos induce a poner en práctica alguna cualidad o habilidad personal bien sea para desarrollarla, bien para intervenir en el proceso social y enriquecerlo. El poder como emoción fue postulada por G. Wilcox en 1982 (11).

4. Curiosidad: Ante estímulos desconocidos, suscitamos un estado de excitación, de inquietud y alarma, que nos impele a indagar, buscar datos, inquirir, especular para encontrar explicaciones, comprensión, o una nueva fórmula de adaptación ante las novedades (12).

5. Miedo: Activa conductas de evitación, repulsa o rechazo, que pueden manifestarse, bien huyendo del elemento estimular (conducta efectiva), bien generando conductas desorientadas y caóticas (confusión o conducta ineficaz).

6. Ira o rabia: Es una emoción de defensa que desencadena comportamientos agresivos, de ataque, a veces directo hacia el estímulo, a veces indirecto, descargándose vicariamente.

7. Tristeza o pena: Genera comportamiento melancólico, pasivo, de añoranza y resignación. Es la emoción necesaria para efectuar el duelo y la despedida.

8. Asco: Es una reacción defensiva de repulsión hacia objetos putrefactos, situaciones morbosas, inmorales o antiestéticas, o hacia personas que suscitan nuestra aversión por su toxicidad e incompatibilidad con nuestros planteamientos existenciales (13).

Estas emociones naturales son propias del Niño Natural; tienen sus raíces en lo biológico, puesto que obedecen a pautas de conducta neurofisiológica y endocrina.

Rebusco o timo emocional

Fanita English, (1.972), definió el concepto de "rebusco" como: "conducta emotiva inadecuada, patológica, modelada por los padres o figuras paternas de la infancia, que sustituye a una emoción natural no permitida o prohibida". Se han dado otras definiciones: Berne (1964) los definía como sentimientos utilizados para manipular a los demás; Holloway (1973) los consideraba un sistema destructivo subyacente para experimentar sentimientos desagradables; o Goulding (1972) los definía como sentimientos fuera del contexto de aquí y ahora.

La disfunción psicológica del rebusco es doble:

1. Por una parte, el rebusco es un elemento manipulador de la conducta propia y ajena; de aquí que también lo llamemos timo emocional, porque, en la medida que el rebusco es una emoción falsa, su activación siempre confundirá, primero al propio sujeto que activa el rebusco y luego a quienes le rodeen en ese momento. Ejemplo: Alguien tiene un rebusco de inseguridad e inadecuación (falso miedo); la premisa subliminar que da carácter manipulador al rebusco es: Si realmente aparezco incapaz de realizar esta tarea, se la encomendarán a otro. Si esta premisa es verificada una serie indeterminada de veces, el rebusco queda fijado para siempre; el Niño Adaptado alegará que yo no valgo para hacer eso, siempre que quiera endosarle a otro el asunto, o también iniciará con torpeza la tarea para demostrar fehacientemente que no vale, que es inadecuado.

2. Por otra parte, el rebusco impide la expresión y/o activación de la emoción auténtica, la suplanta y por tanto, el secuestro de la emoción auténtica revierte en un mayor gasto de energía psíquica. Toda emoción tiende a su catarsis, pero si ésta no se produce, se constituye un foco de tensión interna, recurrente en términos de conducta.

La emoción liberada cierra la gestalt que abrió el estímulo que la produjo. Por el contrario, la emoción que no llega a su catarsis mantiene abierta la gestalt, es por sí misma un circuito recurrente, de ir y venir, de reiteración, de rebusco.

Aprendizaje de los rebuscos

F. English indica que el rebusco se establece cuando la emoción natural no se permite o se prohíbe. El aprendizaje de los rebuscos proviene de alguna de las cuatro modalidades siguientes:

a) Modelado de los padres: Las expresiones emocionales que estos activan u omiten constituyen el troquel que moldea la conducta de los hijos. Por ejemplo, hay familias en las que los padres nunca se irritan; ante cualquier contratiempo nunca muestran la rabia que les produce esa contrariedad. Este comportamiento equivale a un no-permiso para sentir rabia por ausencia de modelo.

b) Descalificación de la emoción natural: Siguiendo con el ejemplo anterior, cuando el niño pequeño siente rabia, los padres no le administran caricias de ningún género; por tanto, esa conducta se extinguirá.

c) Administración de Caricias: Si se descalifica la emoción natural, es presumible que aparezca el rebusco: el niño siente rabia y es descalificado; después, comienza a llorar (falsa tristeza = rebusco) y entonces el papá o la mamá le administran caricias de lástima, con las que refuerzan la incorporación del rebusco.

d) Órdenes expresas: También los rebuscos se incorporan a instancias sociales y culturales. Cuando un niño varón siente tristeza o miedo, es posible que, en nuestro ámbito cultural, se le indique: Los hombres no lloran, (reprime tu tristeza).

Estructuración del tiempo

Nuestra experiencia personal del tiempo dista considerablemente de la cronología. Las horas que va marcando el reloj tienen la misma magnitud siempre, aunque a veces nos parecen cortas y otras veces, eternas; lo mismo ocurre con los días, las semanas, etc.

Berne dice que la necesidad de estructuración del tiempo tiene la misma importancia que la necesidad de caricias. La programación y estructuración de nuestro tiempo nos sirve para calmar la ansiedad y alejar el aburrimiento que se deriva de no saber qué hacer con el tiempo.

Existen siete formas de estructurar el tiempo, que son las que terminan cristalizando en esos hábitos de consumo del tiempo, a los cuales recurrimos persistentemente, según las circunstancias y situaciones concretas. Estas siete formas de estructurar el tiempo son:

Aislamiento

Aislamiento es la ausencia de transacciones. La persona aislada puede estar envuelta en sus fantasías, en diálogos internos, meditando y planificando su actividad futura, esto dependerá del estado del Yo que esté activado en ese momento. En cualquier caso, la persona se muestra reflejada sobre sí misma, ensimismada, enajenada de lo exterior y de quienes le rodean.

El aislamiento puede producirse cuando la persona está sola en su habitación, pero también en una reunión y en medio de una multitud, siempre que desaparezcan las transacciones y el intercambio de caricias.

El aislamiento puede estar requerido como una condición necesaria para realizar una actividad como leer, estudiar, etc... En estos casos, la mente está ocupada, la atención está centrada en su tarea, la energía está dirigida y orientada; es decir, el estado Adulto del Yo está activo y no permite diálogo interno.

El aislamiento patológico es un tiempo de retraimiento social, que la persona llena con diálogos internos que, por regla general, tienen un cariz persecutorio entre Padre y Niño.

Rituales

Según la definición facilitada por el propio Berne, los rituales son un conjunto de transacciones simples complementarias estereotipadas, programadas y determinadas por fuerzas sociales externas. Proviene de pautas culturales, transmitidas de generación en generación; por tanto, sus contenidos corresponden al estado del Yo Padre, que los activa mecánicamente, en la circunstancia precisa. Pueden ser simples, como un intercambio de saludos, y complejos, como una ceremonia religiosa.

Los rituales proveen caricias estereotipadas cuando se utilizan y caricias negativas cuando no se utilizan o se utilizan mal. Por ejemplo, los saludos entre conocidos es una pauta de cortesía, nadie le otorga una especial importancia; sin embargo, cuando alguien no corresponde al saludo recibido es objeto de crítica y rechazo. El ritual, cuando menos, suaviza la relación entre personas, puesto que suministra caricias que, si bien tienen escaso valor de reconocimiento, amortiguan el distanciamiento y la indiferencia que sobrevendrían tras su desaparición.

Hay personas de quienes se dice que son ritualistas porque dan primacía a cuestiones protocolarias y actúan acomodando sus actos según una secuencia fija, reiterativa, descarnada y sin creatividad; es decir, han convertido sus acciones en ritos. Determinadas profesiones como los políticos, los militares, los sacerdotes y los funcionarios favorecen la eclosión de estos ritualistas, que no saben obtener caricias fuera del rito.

Pasatiempos

Los pasatiempos están constituidos por series de transacciones complementarias, que versan sobre un tema inocuo e intrascendente que suscita el interés de dos o más personas. El objetivo básico del pasatiempo es, como indica su nombre, llenar la máxima cantidad de tiempo, mantener un contacto social durante unos minutos o varias horas, según sean las circunstancias y el interés que se profesen los interlocutores. Hay pasatiempos específicos según la edad, el estatus social, el sexo y la profesión.

Mediante los pasatiempos intercambiamos información sobre nuestras actitudes, nuestra historia personal, nuestras ideas políticas, creencias religiosas, aficiones, etc...Esto nos permite estudiar a nuestro interlocutor y decidir si nos conviene o no continuar el contacto, estrecharlo o alejarnos de él.

También los pasatiempos proveen caricias, cuyo valor de reconocimiento es de mayor cuantía, que el de las que aportan los rituales. No en vano, el compromiso personal del pasatiempo es mayor al girar sobre opiniones y barajar experiencias, aunque éstas sean someras y superficiales.

Actividad

Consiste en efectuar transacciones complementarias, programadas por el Adulto y dirigidas hacia el contacto y transformación de la realidad. Puede ser ejemplo de actividad el trabajo, el cuidado del cuerpo, las aficiones personales y el cultivo de las amistades. Las actividades proveen bastantes caricias, especialmente condicionales, vinculadas con la realización de la tarea.

Aun cuando es determinante la participación del Adulto, la actividad implica a los tres estados del Yo: El Padre la juzga plausible, coherente con las pautas sociales, honesta y prestigiosa; el Adulto la acepta como algo conveniente, al alcance de su conocimiento y posibilidades de realización, útil para desarrollar las propias aptitudes y en consonancia con el proyecto personal de vida; por último, el Niño se siente atraído por la actividad a desarrollar, que le gusta, excita su creatividad y fantasía e incentiva el sentido lúdico y hedonista de la vida, que le son característicos.

La importancia de las caricias que recibimos mediante la actividad puede calibrarse a partir de la quiebra que suele representar la jubilación que, en ocasiones, conduce a la muerte. También el ama de casa experimenta desajustes de comportamiento, cuando sus hijos abandonan el hogar paterno para formar el suyo propio y ha de cesar en las actividades de cuidado y protección que venía desarrollando, experiencia que se conoce con el nombre de síndrome del nido vacío.

Juego lúdico

El juego lúdico lo constituyen transacciones Niño-Niño, mediante las cuales, las personas comparten gozo, experimentan consigo mismos y disfrutan de la creatividad y la espontaneidad mutua. El juego lúdico suministra muchas caricias positivas incondicionales de aceptación, facilita la interiorización de límites y provee esparcimiento.

Intimidad

La intimidad implica intercambios de caricias, compartir pensamientos, experiencias profundas y emociones en una relación honesta en la que cada uno confía en el otro. En la intimidad hay espontaneidad y franqueza, manteniendo la propia autonomía. No hay que explicar conductas, porque se responde libre y directamente a los estímulos que nos llegan, sin temor a ser juzgado, criticado o rechazado.

Los estados del Yo activados durante la intimidad son el Adulto y el Niño Libre; mientras el primero comparte la experiencia personal, el segundo despierta sentimientos de cordialidad, afecto, simpatía, y ternura. La intimidad provee un considerable contingente de caricias incondicionales positivas; sin embargo, es

evitada por el alto compromiso personal que exige, dado que las personas hemos de mostrarnos sin defensas, tal cual somos, sin recovecos, ni tapujos.

La intimidad sólo es posible en la pareja, entre hijos y padres, entre hermanos y entre amigos, es decir, entre personas que están recíprocamente muy comprometidas entre sí, han realizado ya otros tipos de intercambios, pueden garantizar la aceptación incondicional y alejar el fantasma del juicio.

Una condición importante para determinar cuándo hay intimidad es la simetría en la entrega, que todos los implicados aporten información sobre sus vivencias y se enriquezcan con las contribuciones ajenas.

Juego psicológico

Un juego psicológico, según la definición de Eric Berne, es una serie de transacciones complementarias ulteriores, que progresan hacia un resultado previsto y bien definido. Los juegos son conflictivos, repetitivos y dramáticos. Se aprenden de las figuras paternas y se reproducen posteriormente de la misma forma que fueron aprendidos.

En el desarrollo de los juegos no participa el Adulto, sino el Niño Adaptado y el Padre. Mediante los juegos, se satisfacen necesidades del Niño Adaptado que no ha vivenciado otras fórmulas alternativas de dar cauce a las mismas. Pese a su denominación, el Niño Libre no disfruta en los juegos; estos no tienen vertiente lúdica, el beneficio no es gratificante, no hay diversión, ni placer; sólo aportan las ventajas psicológicas que veremos más adelante.

Hay tres roles que activamos en el transcurso del juego: Salvador, Perseguidor y Víctima, que alternamos, de forma sucesiva, en el transcurso de los juegos. El Perseguidor (Padre Crítico Negativo) necesita que los demás le teman para sentirse menos mal; siente mucha rabia e indignación y necesita descargarla sobre los demás; después se siente mejor, porque ha transferido el mensaje tú estás mal.

El Salvador (Padre Nutritivo Negativo) necesita que lo necesiten, hace más de lo que le han pedido o más de lo que se precisa; ayuda, aun no queriendo hacerlo, a su pesar, o sin que se lo hayan solicitado. Realmente, no quiere que el otro (la víctima) se salve: le interesa destacar que tú estás mal y que lo necesitas. La salvación del Salvador no es liberadora, porque éste espera que le quedas eternamente agradecido; de lo contrario, además de desagradecido, puedes llegar a ser un malnacido o puedes ser amenazado con un ya te llegaré a ti la hora..., o ya te darás cuenta.

La Víctima (Niño Adaptado Sumiso o Niño Adaptado Rebelde) se hace de menos, busca que la humillen o que le den patadas. Transmite el mensaje yo no estoy bien, desde que era pequeño; de esta forma consigue caricias de lástima y compasión, de burla y sarcasmo o agresivas.

La peculiaridad de estos roles es su versatilidad, el sentido recurrente que pueden presentar en una conversación o una relación de juego, que hace que una persona pase por dos o por los tres roles, una o varias veces, en un pequeño lapso de tiempo.

Fórmula de los juegos

Berne suministró la fórmula siguiente: Cebo + Flaqueza ⇒ Respuestas ⇒ Cambio ⇒ Confusión ⇒ Ventaja psicológica.

Cebo: Es la trampa que subyace tras la primera transacción, el mensaje ulterior encubierto, que pretende enganchar en la...

Flaqueza: Esta es la parte sensible que tiene el jugador contrincante de quien ha puesto el cebo. La activación de la flaqueza hace que comience el juego.

Respuestas: Son las series transaccionales, recurrentes y reiterativas que producen uno y otro jugador, una vez que han engarzado sus respectivos cebo y flaqueza.

Cambio: Es cualquiera de los trueques en la posición relativa de los jugadores. Estos cambios pueden dar lugar a nuevas respuestas, reproduciéndose indefinidamente.

Confusión: Es una emoción que experimentan los jugadores cuando la situación ha llegado al límite emocional, de forma que el juego está exigiendo apuestas demasiado duras y de seguir jugando, pueden sobrevenir daños o perjuicios que no están dispuestos a arriesgar los jugadores.

Ventajas: La ventaja es siempre el fruto o beneficio negativo de la trampa en la que han incurrido los jugadores; en este sentido, viene a ser como un ajuste de cuentas, que induce pesadumbre a ambos jugadores.

Los juegos provocan sufrimiento, privan a los jugadores de medios materiales y emocionales positivos y les pueden llevar a la cárcel, al sanatorio o a la muerte, cuando la apuesta es muy dura.

Las ocho ventajas psicológicas de los juegos son las siguientes:

1. **Ventaja psicológica:** Los juegos proveen caricias negativas que permiten la supervivencia psíquica.
2. **Ventaja existencial:** Los juegos confirman la posición existencial.
3. **Ventaja argumental:** Confirman mandatos del argumento, expectativas infelices que hacen avanzar el argumento de vida, cuyo concepto examinamos a continuación.
4. **Ventaja emocional:** Los juegos permiten experimentar una y otra vez los rebuscos aprendidos con los que nos chantajeamos y timamos a los demás.
5. **Ventaja psicológica interna:** Los juegos nos permiten la descarga de tensión que proviene de diálogos internos.
6. **Ventaja psicológica externa:** Los juegos permiten evitar situaciones temidas, denostadas por la estructura de adaptación: la intimidad es una falacia..., la gente que tiene éxito lo consigue con malas artes...

7. Ventaja social interna: Permiten llenar tiempo.

8. Ventaja Social externa: Permiten confraternizar, producir acercamientos, seleccionarnos mediante complementariedades patológicas.

Argumento de Vida

El argumento de vida es un plan pre-consciente, elaborado en la infancia, al cual se atiende el desarrollo posterior de todo el proceso vital. Con arreglo al contenido de este programa interno, se toman las opciones importantes de la vida, las decisiones que van configurando el quehacer diario y las que afectan al quehacer total con el cual se identifica la propia vida de cada individuo.

Los antecedentes del concepto de argumento de vida hay que buscarlos en Adler A. "El mundo de la Psicología", Campbell J. "El héroe de las mil caras", Erikson E. "Childhood and Society", Freud S. "Más allá del principio de placer", Glover E. "The Technique of Psycho-Alysis", Jung C. "Tipos psicológicos", Rank O. "The Myth of the Birth of the Hero".

A mayor abundamiento, para comprender esta idea del argumento de vida, hay que encuadrarla dentro del marco del quehacer intelectual en el que Berne trabajó. Entre 1940 y 1950, Lewin desarrolla los conceptos de campo psicológico, holismo y espacio vital, que son fundamentales para entender la dinámica de la interacción familiar (grupo primario) y sus consecuencias psicogenéticas. En la misma época, Reich elabora la tesis de las corazas caracteriales, concepto parecido al de Berne, aunque más intrincado por las componentes sexuales. Por esos años, E. Fromm otorga al hogar el carácter de agencia psíquica y usa conceptos como escenario de vida y conformismo automático, que Berne apenas varía. Pero, quizás sea Sullivan, el padre del Psicoanálisis Social, quien aporta conceptos como situación psicológica, inadvertencia selectiva y modos de experiencia prototáxico, paratáxico y sintáxico que circulan por la literatura berniana con términos más accesibles al usuario y al profesional, aunque su sencillez resulte escandalosa académicamente. Berne (14) quiso construir una teoría sistemática de la dinámica de la personalidad social, derivada de las experiencias clínicas.

Puede parecer que, bajo la idea del argumento de vida, estamos propiciando una concepción fatalista de la existencia humana, que quebranta la libertad de acción y la responsabilidad privativa de cada ser humano, y, en cambio, hace recaer el riesgo de elegir y de vivir sobre un difuso concepto psicológico, que puede parecer próximo a otros conceptos mágicos ya arrinconados por el avance cultural, tales como pudieron ser los conceptos de "Hado" y "Destino". Veamos cómo se diferencian entre sí, según nos adentramos en la descripción de los aspectos denotativos del concepto de argumento de vida.

Características del argumento de vida

A) Elaboración personal: Cada argumento es peculiar de la persona que lo tiene, porque los elementos de su composición están en sus vivencias propias, en las escenas y situaciones que le ha correspondido vivir, de las cuales fue seleccionando aspectos parciales, para configurar su argumento. Recordemos que "el Destino" es ajeno al individuo, porque lo definen y determinan fuerzas extrañas, como las diosas Moira, Fortuna, o la Providencia. La persona no participa en la génesis de su destino, se lo encuentra hecho.

B) Es pre-consciente: Es decir, cognoscible; está en la sombra de la conciencia, pero es susceptible de ser avistado por el propio sujeto que lo ha elaborado para sí. Igual que el contenido de un libro no es patente cuando está cerrado; sin embargo, podemos ir pasando sus hojas y conocer lo que hay escrito en él. El "Destino" no era asequible para el individuo que lo sufría. A lo más era augurado mediante procedimientos mágicos.

C) Es un plan o programa de vida: Es tanto como decir que es cambiable; cada uno podemos rectificar y variar la evolución y el objetivo final de nuestro argumento. También podemos prescindir de la utilización de ciertos medios, que son dañinos y en los cuales nos venimos apoyando. Podemos utilizar otros medios diferentes, que son saludables y pueden facilitarnos un sistema de equilibrio interno y/o de relación con nuestro entorno, distinto del que veníamos manteniendo. También esta característica aleja el concepto de argumento de vida de la creencia del destino, cuyos contenidos son irrevocables y, por supuesto, quedan fuera de la intervención personal del "destinado".

D) La vida, como proceso: Es una opción que la vida se desarrolle según un argumento prefijado; pero la vida es creación, captación de la realidad y adecuación a la misma, reflexión sobre lo aprendido para aplicarlo y aprovecharlo a la hora de afrontar el riesgo del futuro. La vida se recrea en cada momento, puede ser nueva segundo a segundo.

Formación y matriz del argumento

El argumento de vida se gesta en etapas muy tempranas de la vida, antes de los dieciséis años, sobre un protocolo o borrador elemental, cuyos componentes esenciales son los mensajes paternos que, posteriormente, se transforman en mandatos, a los cuales se ajustan las decisiones básicas (posición existencial, tipos de juegos preferidos, etc...) que constituyen la estructura del argumento. Vamos a examinar cada uno de estos componentes:

Mensajes paternos: Están constituidos por conductas verbales, pero sobre todo no-verbales, que el Niño observa y capta. Estas conductas contienen: las tradiciones familiares, las expectativas que se formulan sobre cada uno de los miembros de la familia, el contenido de lo que hacen los padres: cómo se comportan, sus relaciones y amistades, la falta de éstas, sus ilusiones, la ausencia de ellas, su felicidad, su displacer, sus muestras de cariño y ternura, su indiferencia. Todo cuanto es comportamiento observable son mensajes paternos que percibe y asimila el niño.

Los mensajes provienen del Niño Adaptado de los padres, o del de sus sustitutos, que contiene su propio programa: qué hacer y cómo hacer en cada situación y ante cualquier circunstancia respecto a la religión, la política, la elección de carrera, el matrimonio, etc...

La instancia receptora de los mensajes es el Niño del hijo, que contiene la dotación biológica y natural con la cual llegamos a la vida, el instinto de supervivencia, las necesidades básicas de asociación, pero, sobre todo, una incontenible necesidad de crear una identidad para sí.

Mandatos: Una vez captados los mensajes, son analizados de forma sensual y analógica. El funcionamiento del estado Niño del yo no tiene razonamiento lógico deductivo; parte de una aprehensión sensitiva, cuyos contenidos son decodificados, en lo que se llama lenguaje marciano. Este, no es otra cosa que un sistema de comprensión de la realidad, desprovisto de símbolos, que corresponde a la

inteligencia senso-perceptora y operacional; ni siquiera las palabras fonéticas tienen cabida, ni valor, ni son utilizadas por su valor semántico, como representación abstracta de sus correspondientes significados; a lo sumo, se utilizan por su fonética o por su asociación inmediata con una realidad concreta. Mediante el lenguaje marciano, el Niño, a través de sus experiencias directas, construye los mandatos del argumento. A continuación, describimos algunos de ellos:

No crezcas: Los mensajes que lo apoyan implican Sobreprotección aquí y ahora, amenazas en relación al futuro, caricias por conductas producidas durante la primera infancia, descalificación de las conductas que significan crecimiento, desarrollo físico o psíquico, caricias por comportamientos regresivos.

El programa argumental que deriva de este mandato supone relaciones simbióticas, de dependencia, juegos de desvalimiento, miedos irracionales, torpeza e insuficiencias, que generalmente se juegan desde el papel de víctima.

No disfrutes: Los mensajes provienen de un estilo de vida de los papás que trabajan siempre, no se permiten solaz alguno, sufren estoicamente las exigencias de la vida sin pedir ayuda, para encontrarse al final con una parca y exigua retribución a su esfuerzo. En congruencia con tal modelo, cuando el niño disfruta, se ríe y juega, lo dejan solo (descalificación); los padres no están disponibles para el asueto. Incluso en el plano verbal, pueden verbalizarse expresiones del orden siguiente: "Te vas a enfermar (Amenaza) de tanto jugar...", o "Diviértete ahora, que cuando seas mayor, no te quedarán ganas..." (Amenaza); o comparan la felicidad y placer actual del niño, con la infelicidad, desánimo o angustia de otras personas: "tu ahora de pequeño te lo pasas bien, y aquí tu tía/o, abuela/o... sola/o sin que nadie venga a verme..." (Culpabilidad).

Consecuentemente, el programa argumental va a entrañar la exclusión de las emociones agradables y placenteras, que quedarán prohibidas y de la expresión de cualquier tipo de deseo o necesidad lúdica o de diversión.

No lo logres: Los mensajes fueron El padre fracasó en sus múltiples intentonas de éxito; de pequeño, le imponían tareas o deberes que estaban por encima de su capacidad de logro; reiteradamente, le decían: "¡Qué mala suerte ha tenido este niño desde que nació!", y a continuación hacían balance general de todas las desgracias. Cada vez que obtenía un fracaso, era reforzado con caricias de lástima o agresivas. Por tanto, va a desarrollar un programa de juegos que le garantice un resultado de perdedor.

Goulding hace un inventario de catorce mandatos básicos, sobre la base de datos de su experiencia clínica.

Decisiones básicas:

Los mandatos constituyen el fundamento de las decisiones básicas que el estado Niño del Yo adopta en la infancia y que se refieren a las siguientes áreas:

1. Caricias: Decide qué tipo de caricias va a recibir, cuáles va a rechazar; y también, qué caricias dar y pedir.
2. Posición Existencial: Decide cómo prefiere estar, según sea el contenido del mandato sobre el cual gira la decisión. Igualmente, decide ver a los otros (tú bien o mal) configurando así la posición existencial preferida.

3. Rebuscos: También el tipo de rebuscos que va a coleccionar viene determinado por el contenido de los mandatos del argumento.

4. Estructuración del Tiempo: Del mismo modo, los pasatiempos, ritos, y, sobre todo, los juegos, son elegidos en función del mandato que incorpora, de tal manera que resulten coherentes con el mismo, así como el uso u omisión de la intimidad y el aislamiento.

Programa:

Los elementos señalados componen la estructura argumental. El programa del Niño Adaptado es el plan con el cual va a desarrollar su vida posterior, su relación con el mundo, los objetivos que va a perseguir, los medios que va a utilizar, procedimientos, maniobras y manipulaciones y el desenlace final que va a tener el argumento.

Miniargumento

Como la palabra indica, el Miniargumento es un recorrido argumental que una persona, una organización o una sociedad pueden hacer en un corto período de tiempo. El origen del concepto fue esbozado por Berne, en su libro "Análisis Transaccional en Psicoterapia", donde afirma que "en pocos segundos, puede observarse cómo se desarrolla plenamente el contenido de un argumento" (15) y a continuación, registra el recorrido que efectuó una paciente suya en un grupo de psicoterapia:

1. Se encierra en sí misma: Muestra timidez, no se atreve a...
2. Se muestra torpe
3. Pide disculpas, mientras los demás ríen.
4. Se siente confundida, aturdida y vuelve a encerrarse en sí misma, más profundamente.

Esta sucesión de hechos y sentimientos eran repetidos constantemente por esta paciente, variando los roles, los escenarios y el tiempo de duración de cada intervalo, de tal modo que el contenido argumental pudo averiguarse con base en ese recorrido simple y breve en el tiempo.

Quienes más profundamente han estudiado el concepto y funcionamiento del Miniargumento han sido Kahler y Capers, que han efectuado registros muy precisos de sesiones de grupo y analizado posteriormente su contenido. De estos estudios, se desprende que siempre estamos en algún circuito del argumento, de forma que hay un micro proceso negativo que nos empuja a estar mal y otro micro proceso positivo que nos invita a estar bien.

En resumen, el micro proceso negativo se desencadena tras una descalificación interna y comprende cuatro fases reactivas y concatenadas entre sí.

A. Del impulsor: Es consecuencia de los consejos y orientaciones recibidas de los

padres y educadores, cuya intencionalidad era corregir los efectos apreciables de la puesta en marcha del argumento de vida.

B. Del freno: Este segundo momento del micro proceso supone una cierta profundización del efecto negativo del mandato del argumento de vida. La hipótesis de Kahler es que el remedio del impulsor no es eficaz nunca y sólo sirve para agudizar más el síndrome.

C. De rebeldía: Busca la rectificación de las consecuencias de la fase anterior, recurriendo a la emotividad y apoyándose en ella principalmente.

D. Final: Representa un momento de constatación del carácter fallido de la acción que ha arrojado un saldo negativo. Éste refrenda la descalificación interna previa a la fase primera y abre la posibilidad de iniciar el circuito de nuevo. Tal posibilidad otorga un carácter recurrente al micro proceso.

Impulsores

Kahler ha agrupado sus observaciones en cinco categorías que se enuncian plásticamente mediante el imperativo de un verbo: Sé perfecto, Sé fuerte, Apúrate o date prisa, Trata más o inténtalo otra vez, y Complace, que definimos a continuación:

1. SÉ FUERTE: Su pauta de conducta se ajusta al mito griego de Hércules; cómo él, quienes se conducen por este impulsor carecen de permiso para mostrar sus emociones, tampoco pueden pedir ayuda, ni mostrar sus limitaciones. La conducta observable que podemos referirle consiste en: No satisfacer las propias necesidades, no pedir ayuda a otros, bastarse a sí mismo, no mostrar afecto, sino indiferencia y distanciamiento.

2. SÉ PERFECTO: La pauta de comportamiento puede estar representada por Casandra, cuyas profecías eran todas verdaderas y exactas, que nadie las tomaba en consideración. El impulsor sé perfecto es observable porque la persona que lo sigue se esfuerza en conseguir la perfección en todos sus actos y movimientos: modula exactamente las palabras; éstas son elegidas para no incurrir en impropiedad de ningún género; cuida y mimosa los detalles de su vestido, el orden instrumental de su puesto de trabajo, la disposición y ornamentación de su cuarto, de su casa, del acto que le haya correspondido organizar, etc.

Esto es, vive esclavo de la exactitud y precisión y, al igual que a Casandra, nadie le hace caso de sus predicciones pormenorizadas y exactas; quienes tratan de ser perfectos, en multitud de ocasiones, cosechan fracasos estruendosos ante la imposibilidad de su empeño, cuando no ocurre que el afán perfeccionista es un obstáculo en sí mismo.

3. DATE PRISA: Como el centauro Euritio, que intentó raptar a Hipodania el día de sus bodas y terminó vencido por los Lapitas y desterrado, sin haber conseguido satisfacer ninguno de sus deseos. Bajo este impulsor, la conducta observable es una pura condensación para hacer ya todo cuanto haya que desarrollar; mientras hace algo concreto, no está en lo que hace, sino en lo que va a hacer luego, más tarde; le falta tiempo, hasta para hablar; sus palabras se agolpan y atropellan unas a otras; muestran la impaciencia constituida en cualquier oportunidad; no escuchan a quien les habla, interrumpen o tamborilean con los dedos, se adelantan a decir lo que va a

decir el otro, pasean agitadamente mientras escuchan. Su reloj, en lugar de ser un indicador del tiempo, es un indicador de la ubicuidad que deberían tener, pues, mientras están aquí, ya tenían que haber ido allí...

4. TRATA MÁS: El símbolo mítico que incardina este impulsor puede estar representado en Jasón y la expedición de los argonautas, promovida por la conquista del Vellochino de Oro y que terminó con la muerte de Jasón aplastado por la propia nave (Argos) de la expedición, tras haber sufrido innumerables incidentes, luchas, fracasos, éxitos parciales, más luchas y más fracasos, con las consiguientes demoras e interrupciones. La expedición no terminaba nunca, ni consiguió su objetivo.

En el terreno concreto de la conducta observable, este impulsor conduce a estar en acción permanente, continuamente tratando de hacer algo, consiguiéndolo pocas veces, pero sin perder por ello el afán y el empeño de intentarlo de nuevo. Incluso en el lenguaje, estas personas tratan de decir cosas pero se repiten, se pierden en el marasmo de los vocablos, vuelven a comenzar las frases una y otra vez, vacilan y se agotan sin haber logrado hacerse entender por sus interlocutores. En otros planos de su vida, también comienzan muchas empresas y concluyen pocas o ninguna.

5. COMPLACE: Este impulsor cabe ser adjudicado a Edipo, quien, apenas nacido, fue alejado del hogar paterno para evitar el maleficio augurado; posteriormente, vuelve a huir de su hogar de adopción con el mismo propósito; más tarde, por satisfacer la adivinanza de la esfinge, cumple fatídicamente su destino y termina arrancándose los ojos y mendigando la compasión de los demás. En definitiva, los hechos importantes de la vida de Edipo están promovidos desde fuera de él mismo; son los temores de los demás los que condicionan inicialmente su destino, después su deseo de no hacer daño y luego, finalmente, depende de la benevolencia ajena.

Del mismo modo, la conducta característica de este impulsor está representada por la necesidad de caer bien a los demás, gozar de su aprobación y beneplácito; y este empeño se manifiesta en no atreverse a contradecir, ni oponerse a las afirmaciones, pretensiones o caprichos que le hayan manifestado los demás; anteponer las necesidades e intereses ajenos a los suyos propios, que quedan insatisfechos y asumir la responsabilidad de conseguir que los otros se sientan bien.

Micro proceso positivo

El micro proceso positivo se desencadena a partir de un momento de protección personal, cuando activamos la parte sana del estado Padre del Yo, o el Adulto y nos permitimos mostrarnos como somos realmente, sin hipérbolos, ni afectación alguna, utilizando nuestras habilidades, saberes y capacidad reales.

La segunda fase que Kahler y Capers llaman arrancador, moviliza energía y permisos, motivación para llevar a cabo la operación y coronar con éxito. El tercer momento es de asertividad, de afirmación del yo. La persona constata que está desarrollando felizmente lo que puede hacer, que disfruta de su realización y que cuanto va logrando es coherente con su pretensión y posibilidades iniciales. Por último, la cuarta etapa es de consecución del beneficio final. La acción termina arrojando el saldo esperado.

Corrientes

El proceso de intervención depende de la escuela transaccional que consideremos. A vuelapluma, sin entrar en pormenores, cualquiera de las escuelas coincide en que el

proceso de intervención es un proceso de aletheia, de autodescubrimiento veraz, subjetivo, pero veraz aunque sea doloroso, que suele serlo.

Berne, desde el principio planteó un requisito formativo previo, encaminado a que el futuro practicante sea persona en sentido humanista y tenga un compromiso. Dice Berne: "...lo que sucede (en la terapia)... depende tanto del método elegido por el terapeuta como de su compromiso en lo que se refiere a su propio desarrollo. Las sucesivas etapas en que se va concretando este compromiso se manifiestan por el grado en que el terapeuta tiene conciencia de sí mismo como ser viviente en un mundo real" (16).

La preparación de los terapeutas está formalizada a través de las diferentes asociaciones privadas que operan en Norteamérica, Suramérica y Europa, que otorgan las correspondientes acreditaciones, tras un cómputo prefijado de horas de formación y supervisión, y la superación de un examen de aptitud que se rinde en los congresos internacionales de la especialidad.

No obstante, en el plano teórico, podemos diferenciar modos de emplear el Análisis Transaccional muy dispares:

1. Escuela de la Redecisión: Está encabezada por Robert y Mary Goulding, que apuestan por reconfigurar las experiencias traumáticas mediante métodos psicodramáticos, que varíen la situación emocional de la persona, de forma que ésta pueda desarrollar habilidades de adaptación que no fueron posibles en la situación original. Su sistema implica:

A. Límites externos: Procesos breves, de un mes de duración, intensos, en régimen de internado y destinando seis horas diarias a psicoterapia grupal.

B. Límites internos: Los del contrato del grupo y los del contrato individual.

2. Escuela de la Reparentalización: Su institución emblemática, "Cathexis Institut", fue creada por J. Schiff y está especializada en tratar esquizofrénicos. Usa un sistema de tratamiento en comunidad, reproduciendo terapéuticamente los sistemas de convivencia familiar y social en general, con la hipótesis de promover nuevas vivencias, similares a las primarias, que sean susceptibles de neutralizar el impacto negativo que éstas tuvieron, de forma que la persona sea capaz de reconstruir su actitud existencial básica respecto a los demás y rectificar su propia identidad.

La diferencia fundamental entre esta escuela y la anterior es que Goulding, mediante los contratos, mayor y menor, restituye el poder y la responsabilidad al cliente y la regresión está limitada al acto terapéutico, que tiene lugar en grupo, con miras a que el estado Niño del yo revise una decisión arcaica que ha promovido patología y dificultado la adaptación. En cambio, Schiff hace una regresión más diacrónica, con el riesgo de establecer dependencias, porque su hipótesis pretende que la persona configure un modelo paterno - materno nuevo, que sea acogedor, cálido y permisivo, en sustitución del modelo interiorizado que era afectivamente frío, hostil, o intrapunitivo.

3. Escuela de la fundación Asklepeion: Encabezada por Martin Groder, combina la metodología original de Synanon y el Análisis Transaccional para tratar psicópatas presos.

4. Seminario de Psiquiatría Social de San Francisco, donde se encuadraron, además de Steiner y Karpman, Dusay, profesor universitario en Berkeley, y F. English, también con actividad docente en sendas universidades alemana y suiza. Este grupo enfatiza la importancia de analizar los egogramas, los sentimientos, los juegos y sus opciones de conducta y el guión y sus alternativas existenciales.

Es destacable la derivada de Steiner que le llevó a implicarse en el movimiento de la Psiquiatría Radical, en perfecta coherencia con los principios de Análisis Transaccional que propugna que "tú estás básicamente bien, aun cuando tengas problemas", confía en el poder de autocuración de la persona, en su implicación en el proceso de cambio a través del contrato y, en cierto modo, socializa la patología mediante el carácter constructivista que otorga al argumento de vida.

En otro sentido, es también remarcable la labor realizada por F. English por enriquecer la comprensión funcional de los estados del Yo, especialmente del estado Niño, asimilando la aportación del constructivismo epistemológico hecha por Piaget.

5. Neopsicoanalistas, grupo encabezado por los italianos Moiso y Novelino, que han vuelto a la transferencia, buscando abreviar el lenguaje del Análisis Transaccional con los conceptos psicoanalíticos. En esta misma línea, abunda Escribano, que incluso encuentra el paralelismo entre las fases de evolución de Freud -oral, anal y fálico genital- y las que propuso P. Lewin dentro del Análisis Transaccional.

Si bien la práctica profesional de esta escuela se aleja, considerablemente, de la asociación libre e interpretación de los actos fallidos, su contenido reduce al Análisis Transaccional a una mera psicología del yo, prescindiendo del carácter de Psicología y Psiquiatría Social que Berne pretendió darle.

6. Escuela fenomenológica, que lidera José Gregoire, cuyo rigor intelectual y sistematización procuran dar precisión a la teoría y coherencia a la aplicación práctica. Su pretensión es muy encomiable, toda vez que el desarrollo del Análisis Transaccional es extraacadémico. A mayor abundamiento, la facilidad de su lenguaje lo convierte en una teoría asequible incluso a los legos; consecuentemente, son ciertos los riesgos de derivar hacia una práctica de charlatanes, desacreditada en el mundo intelectual y científico.

7. Psicoterapia integradora, en torno a R. Erskine (17) que, en el plano teórico, busca la conjunción de aquellas aportaciones psicoterapéuticas que estén orientadas hacia el área afectiva, cognitiva, conductual, fisiológica y sistémica. En la práctica, facilita el proceso de integración de la personalidad, ayudando a los clientes a tomar conciencia de los estados del yo fijados, para integrarlos en un yo actual, que desarrolle su propia mismidad, reduzca la dependencia respecto al argumento y mecanismos de defensa, y se involucre en mantener relaciones plenas de sentido con el mundo.

En cierto sentido, Erskine pretende la subsistencia de un solo estado del yo, el Adulto integrado o integrador, que se contrapone a los elementos Niño y Padre, estados fijos, que considera patológicos. Esta propuesta contraviene la idea berniana de que los tres estados del Yo son sistemas potencialmente sanos y positivos, y cada uno de ellos presenta un modo peculiar y diferenciado de captar la realidad y relacionarse con ella.

8. Escuela cognitiva: Kertész, en Argentina, hace una combinación creativa del Análisis Transaccional con la Terapia Multimodal de A. Lazarus, que pretende que el cambio de conducta abarque aspectos biológicos, afectivos, sensoriales,

imaginativos, cognitivos, de comunicación y sociales. Detrás subyace la concepción holística que Pichon Riviere promulgara sobre el hombre, como ser integrado por componentes biológicas, psicológicas y sociales. Esta aportación, también proveniente del Psicoanálisis, remarca cómo los roles desarrollados en el área social constituyen identidad, en paridad con cualesquiera otra componente, y encaja, perfectamente, con la idea de Berne del Análisis Transaccional como Psicología y Psiquiatría Social.

Las diferentes sensibilidades transaccionales tienen en común varias pautas. A saber:

1. El uso de contratos: Terapéutico, intermedio, de protección, etc., que fija el objetivo de la terapia y precisa la demanda que hace el cliente.
2. La búsqueda del cambio de conducta, para aliviar el sufrimiento y lograr el cese de las conductas inadaptadas.
3. La confrontación para conseguir la reestructuración cognitiva, o descontaminación del Adulto y lograr "el desequilibrio psíquico necesario para provocar una redistribución de la cathexis". Es decir, mayor flexibilidad de respuesta.
4. La facilitación de autonomía, bien sea mediante la técnica transaccional del permiso, bien mediante ensueño dirigido, visualizaciones, modelado, etc.
5. La reintegración de poder a la persona, ayudándole a incrementar su autoestima y a establecer un proyecto existencial coherente con sus competencias y circunstancia real, su "ser en".

NOTAS

(1) Berne, E.: Análisis Transaccional en Psicoterapia, (orig. 1960), Buenos Aires: Psique, 1976.

(2) Berne, E.: Ob. Cit., Buenos Aires: Psique, 1985, pág. 32

(3) Ibídem, pág. 28

(4) Berne, E.: Ibídem, pág. 32

(5) Berne, E.: Ibídem, pág. 28

(6) Berne, E.: "Introducción al tratamiento de grupo", Barcelona: Grijalbo. 1983, pág.249.

(7) Berne, E.:

(8) Blumer, H: Interaccionismo simbólico, Barcelona: Edit. Hora. 1981, pág. 83.

(9) Steiner, C.: Libretos en los que participamos, México: Diana.

(10) Kertész, R.: Manual de Análisis Transaccional Integrado, Buenos Aires, IPPEM, 1985.

- (11) Wilcox, G.: Transactional Analysis Journal, San Francisco, octubre, 1982
- (12) Reeve, J.: Motivación y emoción, McGraw Hill, Madrid, 1992, pág. 140
- (13) Reeve, J.: Ibídem, pág. 369
- (14) Berne, E.: A.T. en Psicoterapia, Buenos Aires, Psique. 1976, pág. 21
- (15) Berne: "A.T. en Psicoterapia", pág. 47.
- (16) Berne, E.: "Introducción al Tratamiento de Grupos", Grijalbo, 1983, pág. 37 y sigs. y 97
- (17) Erskinne, R.: Nos. 7, 10 y 16 de "Actualités en Analyse Transactionelle", Bruselas

REFERENCIAS

- Antognanza (1.983). El placer de estudiar. Buenos Aires: IPPEM
- Barrios, M.J. (1992). El Análisis Transaccional y los límites del método científico. Sevilla: Alfar.
- Berne, Eric (1976). Análisis transaccional en psicoterapia. Buenos Aires: Psique.
- Berne, Eric (1974) ¿Qué dice ud. después de decir hola?, Grijalbo.
- Berne, Eric. (1974) Los juegos en que participamos. México: Diana
- Berne, Eric (1983). Introducción al tratamiento de grupo. Barcelona: Grijalbo
- Blakeney (1979). Manual de A.T. Buenos Aires: Paidós.
- Cirigliano, G. y Fourcade, H. (1982). Análisis Transaccional y Educación, Buenos Aires: Humanitas.
- Calvin, D. (1989). Les outils de base de l'analyse transactionnelle, Paris:ESF.
- Campbell, J. (1997) El héroe de las mil caras, México Fondo de cultura económica. Original (1949) The Hero Wit a Thousand Faces, Nueva Cork.
- Chandezón, G. y Lancestre, A. (1984) El Análisis Transaccional, Morata.
- English, F. (1976). Aventures en analyse transactionnelle. París: Desclée de Brouwer
- Ernst (1977) Juegos en que participan los estudiantes. México: Diana.

Escribano, G.(1992). Analyse Transactionelle et Psychologie Clinique. Psicom Editions, Gap.

Fernández Lópiz, E. (2000) Los equipos asistenciales en la Instituciones. Guía teórico-práctica de técnicas de Análisis Transaccional. Madrid: Narcea.

Graaf, J. van de y otros (1989). L´analyse transactionelle, Méthodes d´application en travail social et en psychologie clinique. Privat, Toulouse.

Greer (1978). En el cielo no hay adultos. México: Diana

Gregoire, J. (2000). Les états du moi: de la séparation à la synergie. Beaurains.

Harris, Thomas (1973). Yo estoy bien-tu estas bien. Barcelona: Grijalbo.

Harris, Thomas. (1985). Para estar siempre bien. Barcelona: Grijalbo.

Hostie, R. (1987). Analyse Transationelle: L´Âge adulte. París: Intereditions.

James, W. 1989, Principios de Psicología, Fondo de Cultura Económica, México, Orig.: The Principles of Psychology, 1890

Jongeward y Scott: Mujer triunfadora, F.E.I., Caracas, 1.979

Jongeward y Seyer: En busca del éxito, Limusa, México-80

Kertész, R.: Análisis Transaccional integrado, IPPEM. BB.AA, 1985

Kertész, R El manejo del estrés, IPPEM, BB.AA., 1985

Kertész, R ¿Quiere ud. hacer terapia?, IPPEM, BB.AA., 1987

Lassus, René: El Análisis Transaccional, Salvat, Barcelona, 1995

Lazarus, A.1983 Terapia Multimodal, Buenos Aires: IPPEM.

Lenhardt, V.: L´analyse transationelle: concepts et procedures bioscénarios, Retz, Paris, 1980

Massó Cantarero, M.F.: Ponte a vivir, Eneida, Madrid, 2000

Massó Cantarero, M.F Los pilares del poder humano, Eneida, Madrid, 2003

Martorell, J.L.: Guiones para vivir. P.P.C. Madrid 1.988

Martorell, J.L.: El análisis de juegos transaccionales Un estudio empírico, UNED, Madrid, 2002

Mead, G.: Espíritu, persona y sociedad, Paidos, BB.AA., 1972, Orig. Mind, Self and Society, Universidad de Chicago

Oller Vallejo, Jordi: Vivir es autorrealizarse, Kairós, Barcelona, 2001

Portu, J.C.: L'Analyse Transactionelle à l'École, Les éditions d'organisation, Paris, 1992

Riban, B.: Prendre ma place à l'école avec l'Analyse Transactionelle, Chronique social, Lyon Cedex, 1978

Rogoll, R.: El Análisis Transaccional. Herder, Barcelona 1.981

Steiner, Claude Libretos en que participamos. Diana. México 1.980.

Steiner, Claude (2000). La educación emocional, Madrid: Suma de Letras.

Steiner, Claude (1995) L'autre face du pouvoir. Paris: Desclée de Brouwer

Steiner, Claude. (1981) À quoi jouent les alcooliques?, Paris : Desclée de Brouwer

Taner (1975). La soledad y el temor de amar. México: V Siglos.

Tapia, J.J. (1978) Estrategia a la okeidad. Buenos Aires: Okeidad.

Vincent, Ch. (1988). Développez votre pouvoir par l'analyse transactionelle, Les Editions d'organisation, Paris.

QUINTA PARTE - TÓPICOS ESPECIALES

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Roberto Llanos Zuloaga
Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Perú

ANTECEDENTES

El encuentro psicoterapéutico grupal es una forma especial de psicoterapia en la cual, un número determinado de personas ayuda a otras con la guía de un experto que es llamado "facilitador", "guía", "líder", "director" o "psicoterapeuta de grupo". El psicoterapeuta selecciona a sus integrantes, los cuales van a beneficiarse con esta forma de psicoterapia, sobre todo para resolver sus dificultades emocionales y para trabajar en su desarrollo personal. Los participantes intercambian sensaciones individuales, ideas y dificultades, resultando finalmente una interacción que producirá efectos sobre sus patrones de conducta; especialmente porque ve en otros lo que es difícil de ver en el propio yo. El grupo brinda siempre soporte moral para el que se siente aislado y solo, y también comenta acerca de alternativas útiles para el que busca soluciones.

La terapia grupal ofrece a sus integrantes la oportunidad de experimentar y aprender lo concerniente a relaciones interpersonales y a la interacción afectiva dentro del

contexto social. Cada integrante recibe resonancia en su intento de estar y actuar con los demás, expresa sentimientos que estaban bloqueados, experimenta, analiza y trabaja los conflictos interpersonales del pasado. La terapia grupal es la opción de tratamiento para el que desea desarrollar su libertad emocional y ejercer las relaciones interpersonales.

Los integrantes de un encuentro grupal son colaboradores en el proceso terapéutico del grupo. El papel del psicoterapeuta es ostensiblemente no-directivo; no usa un plan de actividades preconcebido, aun cuando su influencia sobre el grupo es muy alta. El psicoterapeuta participa en varios papeles a la vez: es conductor, árbitro, animador, instigador, maestro e integrante del grupo.

Muchos de nosotros somos altamente dependientes de las palabras y otras formas de comunicación, ellas son las que recargan las baterías de nuestros pensamientos y sentimientos. Cualquier grupo produce estimulación y fuerza para considerar nuevos caminos en el entendimiento de lo que somos o queremos ser. En cada instante que transcurre un encuentro grupal, somos familia, académicos o psicoterapeutas en un nivel consciente o inconsciente.

En un encuentro grupal podemos ver el mundo a través del cristalino de los demás. El proceso de observación y cambio se da en forma íntima. El aprendizaje de la relación interpersonal no puede conseguirse en la psicoterapia individual. La participación en un grupo puede volver a una persona más afectiva, flexible; crea maneras de pensar y sentir más intensas y productivas. Un "buen" encuentro grupal puede iniciar la satisfacción de vivir, incrementa la espontaneidad y productividad, conecta el "si mismo" personal con el de los otros y mejora la salud psicofísica.

El encuentro grupal en su forma moderna tiene su origen en los Estados Unidos (Battegay, 1973); en 1905, el médico norteamericano Pratt promovió la psicoterapia de grupo en pacientes tuberculosos utilizando el entonces denominado "método de clases" (actualmente sería el de "interacción dinámica"). En la actualidad es encuentro grupal la reunión de varias personas que trabajan sus problemas personales bajo la dirección de uno o dos psicoterapeutas. Existen variantes donde el grupo es un paciente y varios terapeutas.

Uno de los postulados para formar grupos consiste en la necesidad innata que tiene el ser humano de reunirse para compartir: la pena compartida es más soportable y la alegría cuando se comparte se hace más intensa. Todo ser humano relaja su tensión y disminuye sus preocupaciones cuando satisface sus necesidades de comunicación, en cambio cuando está a solas con sus preocupaciones surge el peligro de la evolución psicopatológica provocada por los conflictos. Cuanto más prolongada es la enfermedad, o cuanto más radical es el aislamiento humano, más grave es el riesgo de enfermar.

La acción intensificadora del grupo sobre las emociones, la resonancia psíquica de cada uno en asociación con otro, la activación de ideas y fantasías que hasta ahora quizá habrían permanecido ocultas, conduce a menudo a la comprensión, que seguramente el integrante del grupo no lo había conseguido hasta ese momento. Dentro de un grupo es posible reconocer las propias tendencias, comparar las nuevas situaciones con las ya vividas, sobre todo en el nivel familiar o parental infantil.

El contexto grupal es la característica del grupo: sus costumbres, normas, leyes, reglas, su forma particular de interacción, su historia, su idiosincrasia, su clima permisivo, el grado de tolerancia, el grado de comprensión, todo lo cual establece el clima terapéutico (Castilho, 1982). La catarsis como en ningún otro método

psicoterapéutico, resulta activada en el encuentro grupal, allí se encuentra en forma diáfana a las emociones reprimidas o contenidas desde hace tiempo. Como las acciones recíprocas intensifican las emociones, el grupo intensifica los sentimientos.

Existe el aislamiento deliberadamente escogido, que tiene múltiples causas, oscilando desde la pobreza de contacto, continuando con el resentimiento, las agresiones, el narcisismo y el fanatismo, hasta las fobias, las neurosis y las psicosis. Existe igualmente otra conducta humana, más complicada, en la cual el hombre utiliza su libertad, y termina decidiendo que la soledad es la única forma soportable de seguir viviendo, la forma más llevadera de soportar la existencia humana, o que esta soledad es el mal menor. Pertenecer a un grupo puede garantizar que sea menos patológica esta evolución y decisión.

Las expresiones de tipo emocional de un integrante del grupo, provocan inmediatamente la aparición de asociaciones y emociones similares en uno o varios de los demás integrantes. La resonancia emocional en el encuentro grupal determina además que los sentimientos de animadversión subliminales reprimidos, superen el umbral y sean expresados (Battegay, 1973). Mediante la superación de los sentimientos de aversión y la reactivación de los afectos reprimidos, los integrantes se sienten aliviados de la carga que conllevan sus conflictos. Al observar a los demás, el paciente puede evaluar mejor la intensidad de sus acciones.

Los integrantes de un grupo no se comportan necesariamente frente a los demás como padre, madre, o los hermanos competidores o no (Battegay, 1973). Cada integrante se da tal cual es, con su pasado y su presente, esto obliga a cada integrante a revisar su pasado, sus reacciones y el trato vivido con aquellas personas, al mismo tiempo, está identificando a las personas del grupo y a los que participaron de su pasado. Esto le hace revisar y eliminar sus prejuicios, fijaciones, y proyecciones como consecuencia de su "desilusión", aprendiendo de nuevo. Los grupos no deben ser numerosos porque "masa" no es grupo.

En los tiempos antiguos, la religión y la filosofía producían tal satisfacción, que al ser humano le bastaban para sentirse bien y no había necesidad de pensar en otras cosas, pero, en los tiempos actuales, en los cuales hay una búsqueda incesante de nuevas formulaciones, de nuevos sentimientos, símbolos y formas de vida, es lógico que aparezcan sectas muy visitadas, profetas sin igual, grupos de encuentro, predicciones sensacionalistas; todo esto buscando un sentido a la vida. Esto lo escribió Hesse en 1927, y es increíble cómo es válido hasta hoy. Se ha acortado la distancia entre lo real, el creer y la superstición.

Sirviendo el grupo para que el integrante se dé cuenta cómo ellos se comportaron en la situación familiar original, comprueban la insuficiencia del grupo primario en el cual habían nacido, y toman conciencia de superar esta deficiencia padecida, compensarla de alguna otra forma, o rededicir una vida mucho más saludable. Si la seguridad familiar le fue negada, comprueban entonces que ahora ya no necesitan exigir a otros seres humanos demandas excesivas que no corresponden a la realidad. Los grupos se forman para compartir y solucionar y no exigirse en demandas inaceptables.

El grupo terapéutico es una "sociedad en pequeño" (Battegay, 1973), en ella se dan leyes, fenómenos sociales y psicológicos que hacen recordar a la gran sociedad. Todo aquel que ingresa a un grupo se ve obligado a aceptar las leyes de la convivencia humana. Si la alteración de la convivencia humana fue manifestación de la neurosis, la aceptación de aquella llevará al paciente a estar más cerca de la realidad, esto obliga a una revisión de actitudes y aproximaciones, todo lo cual es terapéutico. En

la medida en que se corrigen las formas de comportamiento equivocadas, se produce la autorrealización personal.

Existen también grupos masculinos y femeninos; cuando se estudia el estereotipo de estos grupos exclusivos, se encuentra que ellos hacen lo posible, sin darse cuenta, de impedir el ingreso de integrantes de personas del sexo opuesto. Los hombres observan la formación de grupos femeninos como una provocación. Las mujeres observan por su parte el ingreso de ellas a partidos políticos como una curiosidad, sin llegar a la participación plena. El ingreso a la participación grupal política es en la mujer más intenso como deseo de autorrealización. El estereotipo masculino hace creer que de él dependen las grandes responsabilidades.

Moreno, en 1959 escribió lo siguiente: "Se puede hablar de tres revoluciones psiquiátricas: La liberación de las cadenas a los enfermos mentales, hecho por Pinel, y que simboliza a la primera revolución. El desarrollo del psicoanálisis por Freud y la ubicación de la psicoterapia como parte de la medicina es la segunda revolución. El desarrollo de la terapia grupal, el psicodrama, la sociometría, y la sociatría, representa a la tercera revolución". El encuentro grupal sería el nuevo laboratorio humano con fines terapéuticos.

El grupo sobrevive sólo cuando los participantes empiezan a renunciar a sus formas de comportamiento equivocadas (Battegay, 1973). Esto obliga a un proceso de adaptación, que realmente es un esfuerzo individual muy significativo. En la medida en que sus integrantes van tomando conciencia de cómo se adaptan, aumenta su deseo de permanecer en el grupo. Los grupos de adaptación democrática son aquellos en los cuales sus integrantes tienen dentro del alcance de sus capacidades, la facultad de reconocer, definir y resolver sus problemas comunes, satisfaciéndolos en el trabajo conjunto.

La organización humana que inicia nuestra adaptación es la familia. Familia y terapia grupal tiene el mismo principio de adaptación, con el cual se garantiza el crecimiento y desarrollo individual de sus miembros a través de acciones humanas tales como soporte, estimulación y reconocimiento. La familia y la terapia grupal están organizadas de tal manera que otorga beneficios a sus miembros todo el tiempo. Ambas organizaciones tienen dos líderes ó padres, por cuyas funciones pueden ser llamados "facilitadores", "estructuradores" u organizadores, y que son vitales para mantener vivo el sistema y brindar salud.

Cuando se coordina un grupo terapéutico, se aplica un saber teórico elaborado, añadiendo al arsenal de conocimientos generales y particulares, el estudio concreto de otras experiencias y observando aquello que surge de la dinámica (Cabral, 1985). La teoría brinda la comprensión del aquí y ahora del grupo, y la práctica facilita las interpretaciones y promueve los cambios en el ser, pensar y sentir de sus integrantes. En las terapias grupales de liberación emocional, el contacto humano es relevante y cada cual es lo que es, sin perder el optimismo.

En los grupos vivenciales, la característica distintiva es el método, a través del cual las personas aprenden mediante la acción (Jordan y Querol, 1992), la experiencia y el ensayo de las cosas, intentando aproximar sus sentimientos, y expresándolos a otras personas, verbalmente o no. "Ensayar las cosas" le brinda la oportunidad al integrante de comprender sus propios sentimientos, y cómo ellos afectan a otras personas: si soy manipulador, me basta actuar, y seguramente los demás me lo dirán al comentar mi actuación. El facilitador no da respuestas, sino simplemente ayuda a mantener una atmósfera adecuada.

El proceso de formación de un grupo, genera en cada momento vivencias o experiencias reales de la vida. Estas experiencias, traducidas en acciones, interacciones y transacciones que se suceden en el "aquí y el ahora", son susceptibles de observación, análisis, interpretaciones y conceptualización, de tal manera que sirve a sus integrantes como aprendizaje. En la terapia individual sólo puede el psicoterapeuta darse cuenta de cómo se comporta el paciente, cuál es la comunicación que tiene en la sala de espera si se encuentra con otras personas (Berne, 1969), conocer a sus padres y a algunos parientes.

Berne define al grupo como una agregación social, con un límite externo, y, por lo menos, un límite interno. Límite externo es la distinción constitucional, psicológica o espacial entre el ambiente externo (zona de no miembros), y los miembros del grupo. El límite interno es la distinción constitucional, psicológica o espacial entre miembros, miembros y líderes, y líderes. En un grupo se debe tomar siempre en consideración: el aparato externo, el aparato interno, el liderazgo, la cultura de grupo, las condiciones para el funcionamiento, y el trabajo de grupo.

ESTADO ACTUAL

Es sumamente difícil realizar una clasificación de las terapias grupales, debido a la multiplicidad de los parámetros que se tiene en su teoría y práctica. Nosotros tomaremos en cuenta primero que se pueden separar en: sus bases teóricas, forma de participación del psicoterapeuta, técnica utilizada, orientación de las metas por obtener, criterios formales, el grupo de clientes, y el grado de amplitud de los mismos. Tomaremos en cuenta las clasificaciones de diversos autores, con el fin de no confundir al lector y dejar que él mismo llegue a su propio criterio.

Battegay (1973), quien es de orientación psicoanalítica profunda, separa en: terapia grupal de orientación analítica, terapia directiva-sugestiva, psicodrama y de metodología focal. El estilo directivo de las terapias grupales tiene en común su deseo de que la psicoterapia empleada sea efectiva y breve (Haley, 1963). Uno de los líderes de este método es Erickson, quién fue psicoterapeuta privado en Phoenix, y a quien se le reconoció primero como médico hipnotizador. El estilo de su método tiene sus bases en la técnica hipnótica, y entre el pasado y el presente no es imprescindible la exploración de la infancia.

Cosini (1975), separa a los grupos en directivos y no directivos de la siguiente manera: a) directivo verbal: terapia grupal analítica, análisis transaccional, grupos de consejo, grupos didácticos y grupos conductuales; b) directivo accional: psicodrama, gestáltica, juego de roles y conductual; c) no directivo verbal: grupo centrado en el cliente y de autoayuda, y d) no directivo accional: grupos de psicodrama y de actividades.

De acuerdo con sus parámetros, los grupos pueden separarse en los siguientes: De apoyo, de orientación analítica, psicoanalíticos, transaccionales, conductuales, psicodramáticos, gestálticos y centrados en el cliente.

Si clasificamos por el contenido, sería de la siguiente manera: Los grupos de apoyo trabajan los factores del medio ambiente. Los analíticos, las situaciones pasadas y presentes, dentro y fuera del grupo. Los psicoanalíticos, las experiencias primarias del pasado y las relaciones interpersonales grupales. Los transaccionalistas, las relaciones primarias interpersonales y el énfasis en el "aquí y ahora". Los

conductuales, los síntomas específicos sin dar énfasis a la causalidad. Los psicodramatistas, las situaciones presentes y pasadas, y las relaciones dentro y fuera del grupo. Los gestálticos, las situaciones presentes con énfasis en el "aquí y ahora" y los grupos centrados en el cliente, en las situaciones presentes y la relación dentro y fuera del grupo.

Si los separamos por la dependencia: Los grupos de apoyo la intensifican entre ellos y sobre todo la dirigen al líder. Los grupos analíticos tiene dependencia interna y es variable frente al líder. Los grupos psicoanalíticos no tiene dependencia interna, y es variable frente al líder. Los grupos transaccionalistas valoran la dependencia interna y tratan de no reforzarla hacia el líder. Los grupos conductuales no refuerzan su dependencia interna, y aumentan su confianza hacia el líder. Los grupos psicodramáticos no refuerzan su dependencia hacia el líder. Los grupos gestálticos rechazan toda forma de dependencia. Los grupos centrados en el cliente refuerzan la dependencia intragrupal. De la misma manera puede separarse el proceso del grupo, la conducta del terapeuta, las interpretaciones, etc.

Los grupos de autoayuda, pueden clasificarse de la siguiente manera: a) grupos de farmacodependientes y jugadores compulsivos (Ej., Alcohólicos Anónimos); b) grupos de familias y amigos de farmacodependientes y jugadores compulsivos. (Ej. Alanon, Gamanon); c) grupos de víctimas de abuso. (violación, incesto, prostitución, etc.); d) grupos de apoyo para víctimas de enfermedades (cáncer, herpes, paraplejía, ceguera etc.), y e) grupos de población en transición (separación y divorcio, adolescencia, climaterio, etc.).

DIFERENCIAS ENTRE TERAPIA GRUPAL Y TERAPIA FAMILIAR

La primera diferencia está en relación con el tiempo. La terapia familiar es necesariamente breve, o trata de ser breve. En la terapia grupal, sus integrantes no están presionados por finalizar la terapia lo más pronto posible, tampoco es el problema principal el tiempo. Cuando un grupo familiar ingresa a terapia, tiene la sensación de iniciarlo con dolor y temor; en la terapia grupal, la mayoría de sus integrantes van percibiendo una fascinación en el proceso, reciben y brindan resonancia (feedback), aprenden nuevos papeles (roles) y experimentan nuevas conductas.

Las buenas terapias familiares tiene metas específicas, las cuales, cuando son alcanzadas, hablan del éxito de la terapia. En las terapias de grupo son importantes las metas y la resolución de las crisis, pero solamente como una parte de la estructura caleidoscópica de la terapia. En el proceso de la terapia grupal, los sueños, las personalidades, los estilos de vida, los valores y hasta los tipos constitucionales van variando. Los integrantes aprenden a crecer, pelear, amar, jugar, etc. La sensación de comunidad une al grupo en todo momento, y es el agente principal de curación. El proceso de cambio puede ser "rápido" o "lento". Los integrantes de grupos de autoayuda expresan sus sentimientos y se dan cuenta de que no están solos en sus dificultades. En todas las formas de grupos de autoayuda, los participantes reciben el calor y afecto de otros, tanto como para percibirlo como apoyo y aliento frente a la resolución de sus problemas inmediatos. La potencia del grupo no puede ser alcanzada por el psicoterapeuta en la terapia individual.

Para algunas personas que están experimentando una crisis vivencial, es suficiente la acción del grupo de autoayuda y, cuando ha resuelto su problema inmediato, pide la salida del grupo. Para las personas que tienen problemas personales severos o

difusos, y desean conocerse profundamente, o para los que deciden hacer cambios importantes en sus vidas, es más apropiada la terapia grupal. En la terapia grupal, los participantes reciben la misma forma de atención como la de los participantes en grupos de autoayuda, pero las metas a alcanzarse van mucho más lejos que recibir soporte e información.

Cuando una persona ingresa a un grupo terapéutico, es seguro que él ha experimentado insatisfacción hacia sí mismo o hacia su vida, y se siente insuficiente comparándose con los demás; él espera la ayuda del grupo para ser mejor, los cambios serán individuales o microcambios, o grupales o macrocambios.

Berne (1983) clasifica al líder en tres formas: líder responsable, líder efectivo, y líder psicológico. El responsable ocupa su lugar en la estructura, el líder efectivo es el que toma las decisiones, y el psicológico es el carismático frente a los otros.

PSICOTERAPIA GRUPAL PSICOANALÍTICA

El grupo psicoanalítico está basado en los principios del psicoanálisis (Cohn, 1983), por ej. las asociaciones libres, la interpretación de los sueños y el análisis de los mecanismos de defensa. El trabajo grupal está dirigido a la reorganización profunda de las tendencias instintivas y de sus consecuencias en la vida de los participantes. La teoría y práctica de la terapia individual se lleva a la situación de grupo. Es quizá la forma más frecuente de terapia grupal.

En el grupo psicoanalítico, el terapeuta consigue una atmósfera que favorece la exploración verbal y la interacción. Esta interacción dentro de los integrantes del grupo ayuda a investigar las conductas, sensaciones y pensamientos, la historia de su propio desarrollo, y la psicodinámica de la personalidad de los participantes. La tarea del analista de grupo es conseguir tal interacción, que pueda diferenciar los contenidos y su significado, en la alianza personal e interpersonal.

La teoría psicoanalítica acepta a una persona como enferma, mientras no pueda percibir la realidad y no llegue a la autodeterminación (Cohn, 1983). En este caso, su yo, la percepción y la integración funcionan disminuidas, su pensamiento y sentimiento están limitados debido a las fijaciones que tiene. Las causas de esta problemática son múltiples, y frente a ellas, el neurótico cree que su percepción del mundo es real.

La psicoterapia psicoanalítica tiene como finalidad mejorar la percepción y la adaptación reales. Se trabajará entonces sobre los mecanismos defensivos de abandono y omnipotencia. El paciente encuentra en el grupo a otras personas con las cuales, cualitativamente va a interactuar benéficamente.

ESTRUCTURA DE LOS GRUPOS

En el estudio de los encuentros grupales podemos distinguir la siguiente estructura (Castilho, 1982): objetivos, contenido, método, profundidad, tiempo, facilitador y participantes. Quizá se puede entender mejor al establecer las diferencias entre grupo de psicoterapia y grupo de desarrollo interpersonal:

- *Objetivos.* El grupo de psicoterapia tiene como objetivo el ajuste individual de sus integrantes, reorganizando sus valores, percepciones y necesidades. En el caso del grupo de desarrollo interpersonal su objetivo es desarrollar las habilidades sociales de sus integrantes, como son, por ejemplo, saber oír, hablar adecuadamente, tolerancia, aprender y recibir reconocimiento (Castilho, 1982). Es importante para los objetivos de un grupo, conocer la capacidad de trabajo y el éxito potencial de sus participantes. Si existen integrantes que se aíslan, acuden irregularmente, o destruyen, interfieren a todo el grupo (Schneider, 1980).

- *Contenido.* El grupo de psicoterapia analiza las situaciones pasadas que interfieren el presente de sus integrantes. En el grupo de desarrollo interpersonal, el contenido es el "aquí y ahora" de sus integrantes, y el significado actual que produce en ellos. Debe tomarse en cuenta el factor homogeneidad vs. heterogeneidad. Los grupos homogéneos llegan más rápidamente al alivio de sus síntomas y sus integrantes se protegen más, asisten más regularmente, tiene menos conflictos, y llegan más fácilmente al contenido.

- *Método.* En el grupo de psicoterapia se utilizan métodos para llegar a los planos más profundos de la personalidad de sus integrantes. En el grupo de desarrollo interpersonal, el método consiste en analizar y discutir actitudes y reacciones.

- *Profundidad.* El grupo de psicoterapia tiene como meta llegar igualmente a las partes profundas de la personalidad. En el grupo de desarrollo interpersonal, el plano de acción es superficial, centrando su atención en las relaciones interpersonales, sobre todo de trabajo. El llegar a la profundidad es diferente según las variables que tenga el grupo, estas variables pueden ser: edad, inteligencia, estatus socioeconómico, etc. Cuando existe gran heterogeneidad de síntomas es muy difícil llegar a una buena profundidad, y más bien las metas del grupo pueden fracasar. En los grupos heterogéneos hay más inhibición para verbalizar.

- *Tiempo.* El tiempo del grupo psicoterapéutico varía según la técnica y estilo del facilitador (puede ser desde una a cinco horas sin interrupción). En el grupo de desarrollo igualmente varía con la técnica empleada, pero el tiempo generalmente se mide proyectándolo a todo el año. Cuando los problemas son comunes, se consigue rápidamente una atmósfera cálida y propicia y, a través de la propia exploración, se consigue el aprendizaje y el cambio. Todos los grupos terapéuticos ofrecen alternativas después de la confrontación. Si el grupo demográficamente no es muy amplio, se conseguirán más logros en menor tiempo.

- *Facilitador.* En el grupo de psicoterapia, el facilitador dirige al grupo utilizando su experiencia y el marco referencial teórico (Castilho, 1982), obteniendo primero la atmósfera grupal y luego, la salida de conflictos por resolverse en la vida de cada integrante. En el grupo de desarrollo interpersonal, el facilitador dirige al grupo, ejerciendo su autonomía y procurando la aparición del líder espontáneo.

- *Participantes.* En el grupo de psicoterapia, las personas buscan a un facilitador con el que puedan trabajar sus problemas, o "crecer", o desarrollar su personalidad. (Castilho, 1982). El grupo de desarrollo interpersonal está conformado por personas que actúan buscando soluciones a sus problemas de relación humana y los laborales de toda índole. De lo expuesto se deduce que la persona que busca espontáneamente integrar un grupo de psicoterapia, está más consciente de sus necesidades personales y ofrecerá menores resistencias al proceso terapéutico. En el grupo de desarrollo interpersonal habrá competencia laboral y social.

Los grupos terapéuticos son estructurados por el propio facilitador, generalmente provienen de su propia clientela y de otras personas que desean incorporarse a uno de ellos. El facilitador conoce a todos porque son personas en terapia individual o han tenido una entrevista previa para ser aceptados a incorporarse a un grupo. Cumplidas estas condiciones, se puede entonces conformar un grupo de acuerdo con los objetivos del facilitador, pueden ser: de parejas, niños, adolescentes, personas con desarrollo mental moderado, profesionales que desean hacer un seguimiento terapéutico grupal, de uno o ambos sexos.

Pueden haber igualmente grupos "abiertos" o "cerrados". En un grupo abierto, al salir un participante, otra persona ocupa su lugar. En un grupo cerrado se establece el contrato grupal, mediante el cual se ubican plazos y, al iniciarse el grupo, ya no ingresan otras personas. Los grupos psicoterapéuticos tienen a un psicoterapeuta como líder, el cual maximiza con sus conocimientos el potencial terapéutico del grupo. Los grupos de autoayuda no necesariamente tienen un psicoterapeuta como líder, sino un experimentado en el problema. La forma más simple del encuentro grupal es la clase o conferencia, en la cual los participantes reciben información y motivación.

TÉCNICA DEL ENCUENTRO GRUPAL

Algunos facilitadores realizan los encuentros grupales en su propio consultorio (Castilho, 1982), adaptando la sala y su habitación de entrevistas, o habilitando una sala especial, la cual puede tener sillas o almohadas. Estos grupos pueden reunirse una a tres veces por semana. En cualquier lugar que se hubiera escogido, la técnica del psicoterapeuta debe incluir la intervención didáctica y la aclaración (Schneider, 1980), sin desestimar los consejos entre los pacientes. Los consejos que se intercambian van aumentando la fuerza interna de los grupos.

Los grupos que se encuentran los fines de semana, o para una maratón, o los 7 grupos, se reúnen más frecuentemente en hoteles, seminarios, casas de retiro, colegios, o locales especiales, útiles para este fin. El facilitador visitará primero estos locales para conocer el espacio que tendrán él y los integrantes del encuentro. En los locales pequeños, el paciente vivencia que no está solo en sus problemas, y que no está aislado. La expresión de las preocupaciones propias y el descubrirlas también en otros integrantes, es acompañante de la catarsis y de la cohesión grupal.

Durante el trabajo grupal, habrá siempre a disposición papel facial, papel higiénico, almohadas grandes, o colchones pequeños como para descargar agresividad. Igualmente es importante tener toallas, biberones, juguetes, tocacintas y vídeos. Toda filmación debe tener la aceptación previa de los integrantes del grupo. No debemos olvidar que algunos integrantes del grupo pueden presentar vómitos o diarreas producto de la misma ansiedad, por lo que es importante poseer un servicio higiénico cercano.

El sentarse sobre cojines es aparentemente la posición más cómoda. Sentarse en círculo y cercanamente puede expresar identificación con el grupo. Sentarse frente a frente podría interpretarse como desafío y lucha por el liderazgo. El más desinteresado se sentará al costado de la puerta. Si se usan sillas, siempre deben sobrar tres o cuatro si se va a trabajar con la técnica de la "silla vacía". Siendo un grupo como una familia, se encontrará rivalidad fraterna y otras más, que hará

sentarse a sus integrantes en diferentes lugares según la repetición de antiguos conflictos familiares.

El cambio de lugar de los integrantes, cualquiera que sea el pretexto que indique, estará significando que desea expresar en ese momento alguna emoción y le resulta difícil o que está incómodo al lado de un participante específico. Los participantes se darán cuenta cómo sus costumbres sociales, sin que ellos lo sepan, pueden haber malogrado sus relaciones sociales, ofreciendo el grupo al mismo tiempo un campo de entrenamiento para nuevas conductas, nuevos desplazamientos, nuevas ubicaciones. A todo este proceso se ha convenido llamarlo de "socialización".

Nunca se acepta ingresar a un nuevo integrante sin saber si está o no en tratamiento psicoterapéutico (Castilho, 1982), y en qué consiste. Igualmente es importante saber cuáles integrantes han estado hospitalizados por motivos psiquiátricos, y en qué grado de recuperación se encuentran. Si el grupo está integrado por ejemplo, por ejecutivos, es casi seguro que pedirán reunirse en horas de oficina, si son selecciones o equipos deportivos, posiblemente tendrán que ser las reuniones en los intervalos entre los entrenamientos. En los grupos clínicos, cualquier hora que sea acordada, siempre tendrá interferencia con alguna actividad.

La mejor forma de disminuir la tensión de la interferencia será realizando el encuentro grupal los fines de semana, por ejemplo, viernes a domingo, terminando al mediodía. Estos encuentros técnicamente pueden hacerse en cinco bloques de tres horas cada uno, que hacen un total de quince horas, con una frecuencia mensual. No se aconseja que sean muy frecuentes, porque equivale a interferir con los obligaciones familiares y sociales de cada participante, al mismo tiempo que, un encuentro de fin de semana agota a los participantes y al facilitador. El ambiente físico debe ser orientado a no agotar (Gibb, 1964).

En la práctica, la dinámica grupal ha servido para desarrollar las siguientes áreas (Reyes, 1969): adiestramiento para la dirección, descubrimiento de nuevas técnicas, desarrollo cultural grupal y relaciones comunales, y deber social. El adiestramiento consiste en seleccionar personas y prepararlas para las acciones que van a desempeñar. El descubrimiento de nuevas técnicas significa encontrar todo aquello que aumente la profundidad y la participación. El desarrollo cultural significa utilizar todo aquello que aumente el valor educativo, y las relaciones comunales es aprender a mejorar los procesos sociales.

Toda interacción genera estructuras y brinda motivos para implementarlas (Cabral, 1985). Básicamente cualquier forma de terapia grupal podría ser útil para toda forma de conflicto humano (Schneider, 1980), en la práctica sin embargo, es importante señalar que unas técnicas grupales ayudarán más que otras y que, en otros casos, también pueden dañar si son mal aplicadas. El proceso grupal se mueve siempre con base en técnicas (Beal, 1969), las cuales constituyen el medio para llegar al fin. Las técnicas no se utilizan en todas las situaciones, sino en las específicas.

APLICACIONES

Las aplicaciones de la psicoterapia de grupo son múltiples, daremos como ejemplo de ellas en la psicoterapia por el Análisis Transaccional y en Gestáltica.

1. Análisis Transaccional

El *Análisis Transaccional* (AT) es una técnica psicoterapéutica individual y grupal que fue creada por el psiquiatra canadiense *Eric Berne*, quien vivió entre 1910 y 1970. Berne publicó en 1958 el artículo: "Análisis transaccional, un método nuevo y efectivo de terapia grupal". En este artículo, Berne da a conocer el modelo estructural de la personalidad según su teoría, que comprende tres instancias: *Padre, Adulto y Niño*.

Desde 1958 hasta su muerte en 1970, Berne dirigió los Seminarios de Psiquiatría Social en San Francisco, donde formó a la mayoría de sus discípulos, quienes han seguido ampliando esta teoría psicoterapéutica.

Instrumentos

El AT trabaja básicamente con 10 instrumentos (Kertesz, 1977) que son: análisis estructural y funcional, análisis de las transacciones, caricias, posición existencial, emociones y rebusques, análisis de los juegos, estructuración del tiempo, argumento de vida, miniargumento y dinámica de grupos. A continuación describiré brevemente cada uno de estos instrumentos:

- *Análisis estructural y funcional*. La estructura de la personalidad está formada por tres instancias: padre, adulto y niño. Según Berne (1981), cada uno de ellos es "un sistema de emociones y pensamientos, acompañados de un conjunto de patrones de conducta".

La descripción de estos estados del yo es la siguiente: (a) Estado del yo padre: es la parte de la personalidad que contiene y transmite los elementos culturales, las pautas sociales, morales y religiosas y las reglas de convivencia. Es el concepto aprendido de la vida. (b) Estado del yo adulto: comienza a formarse a los dos años de edad y continúa su desarrollo toda la vida. Mediante el uso de este estado, la persona procesa la realidad utilizando el razonamiento lógico y el pensamiento racional. (c) Estado del yo niño: es la parte de la personalidad que siente, piensa y actúa como si se estuviera en la niñez. Aquí se encuentran las emociones, la intuición, creatividad y espontaneidad, en otras palabras, todo lo sentido de la vida.

El análisis funcional de la personalidad considera cinco estados funcionales del Yo: padre crítico, padre nutritivo, adulto, niño libre y niño adaptado. Describiremos brevemente a cada uno de estos estados: a) Padre crítico: presenta conductas firmes, da orden y protección; sus manifestaciones negativas son los prejuicios, la desvalorización y el autoritarismo. b) Padre nutritivo: presenta comportamiento afectivo, nutricional, da ayuda, permisos para vivir, para disfrutar y para crecer; negativamente brinda sobreprotección. c) Adulto: dentro de sus múltiples funciones, las más importantes son las de pensar en forma abstracta y tomar decisiones; igualmente forma la destreza del individuo y el conocimiento técnico e intelectual. d) Niño libre: posee las emociones auténticas, la espontaneidad y la creatividad; cuando es negativo es egoísta y grosero. e) Niño adaptado: cuando es adecuado, es disciplinado y respetuoso; si es negativo puede ser sumiso: retraído, desvalorizado y confuso y, si es rebelde, será desafiante, hostil y opositor.

- *Transacciones*. Son intercambios de estímulos y respuestas entre estados específicos del yo de diferentes personas (Kertész, 1977). Las transacciones pueden ser: simples y complejas, complementarias y cruzadas, no ulteriores y ulteriores, y

éstas, a su vez, pueden ser ulteriores angulares y ulteriores dúplex. Las transacciones cruzadas pueden ser: transferenciales, contratransferenciales, deshumanizadas, exasperantes, de queja mutua, y finalmente "la transacción del infinito".

- *Caricias*. Es el estímulo intencional dirigido de una persona a otra, sea de orden físico, verbal, gestual o por escrito. Las caricias pueden ser: positivas y negativas y éstas a su vez agresivas y de lástima, mixtas, condicionales e incondicionales, con sus combinaciones de positivas y negativas. Igualmente tiene sus "leyes de economía de caricias" que son las siguientes todas ellas parentales: no dé las caricias positivas que corresponda dar, no acepte las caricias positivas que merezca, no pida las caricias positivas que necesite, no se de a sí mismo caricias positivas y no rechace las caricias negativas.

- *Posición existencial*. Es la forma como el adulto del niño elige la forma de sentirse y sentir a los demás. Esta decisión ha sido tomada en cada ser humano antes de los ocho años y seguirá básicamente por toda la vida (Kertesz, 1977).

Todas las personas nacen en la posición ok y, según los estímulos que reciban del ambiente, la conservarán o será el mismo ambiente quién las obligará a cambiarla. Las posiciones existenciales son cinco: *yook-tuok* (maníaca), *yook-tunook* (paranoide), *yonook-tuok* (depresiva), *onook-tuynook* (nihilista), y *yo+/-ok-tu+/-ok* (real). Cada posición tiene relación con un estado funcional.

- *Emociones y rebusques*. Las emociones auténticas son cinco: alegría o placer, afecto, tristeza, miedo y rabia. Todas ellas corresponden al estado funcional de niño libre. Cuando una persona funciona en el sistema ok puede expresar emociones auténticas. Si la persona sólo recibe caricias cuando la emoción es "rebusque", ella actúa entonces en el sistema nook de conducta. El "rebusque es entonces una conducta inadecuada, patológica, fomentada en la infancia, y que reemplaza a una emoción auténtica no permitida. El adulto racionaliza el "rebusque", y cada uno de ellos corresponde a una contaminación.

- *Juegos psicológicos*. Son "series de transacciones ulteriores que progresan hacia un resultado previsible y bien definido" (Berne, 1969). Tienen las siguientes características: cebo, flaqueza, respuesta, cambio y beneficio final. Todo juego comienza con una descalificación y el cebo descalifica alguna característica del que lo envía, del destinatario, o de ambos (Kertesz, 1977). Flaqueza es el punto débil del interlocutor que "enganchará en el cebo". Respuesta es la entrada en el juego. Cambio es la modificación de los estados del yo de los participantes. Beneficio final es la experimentación del rebusque.

- *Estructuración del tiempo*. El ser humano posee una necesidad de programar el tiempo disponible. Existen seis formas de estructurar el tiempo: aislamiento, rituales, actividad, pasatiempos, juegos e intimidad. Aislamiento es la falta total de transacciones. Rituales son conjuntos de transacciones simples y complementarias originadas por pautas culturales y transmitidas de generación en generación y programadas por el padre. Actividad son transacciones complementarias programadas por el adulto y dirigidas hacia el contacto con la realidad. Pasatiempos son transacciones complementarias que giran alrededor de un centro de interés. Juegos psicológicos son transacciones ulteriores. Intimidad significa intercambio de caricias, pensamientos, experiencias y emociones en una relación de confianza.

- *Argumento de vida*. "Es un plan preconsciente de vida, decidido en la infancia, bajo influencia parental y que dirige la conducta del individuo" (Berne, 1983). Sea bueno o malo, evita la incertidumbre de tener que tomar decisiones a cada instante. El argumento responde siempre a tres preguntas: ¿quién soy? ¿qué hago en este mundo? y ¿quiénes son los demás que me rodean?. Si el argumento lo decidió la persona siendo muy pequeño, fue seguramente porque el ambiente fue muy negativo y tuvo que sobrevivir. La decisión temprana depende siempre del ambiente familiar. El adolescente es más libre de este influjo.

- *Miniargumento*. Es una secuencia de conductas observables, propias de cada persona, que se repiten frecuentemente, y que pertenecen al sistema no ok. Kohler (1959) observó cinco categorías de mensajes contraargumentales (impulsores) que son: "sé perfecto", "sé fuerte", "apúrate", "complace" y "trata más". Las personas en "sé perfecto" se esfuerzan por alcanzar la perfección y se descalifican pensando que no hacen las cosas suficientemente bien. Las personas en "sé fuerte" no tienen permiso para mostrar sus emociones auténticas ni para pedir ayuda. Las personas en "apúrate" tienen que terminar las cosas "inmediatamente". Las personas en "complace" se sienten responsables de conseguir que todos los demás se sientan bien. Las personas en "trata más" están siempre esforzándose más, pero sin conseguir resultados.

Estructura y dinámica de grupos

Grupo es cualquier agregación social con un límite externo y por lo menos un límite interno. Límite externo es la distinción entre el ambiente externo y los miembros del grupo. El límite interno es la distinción entre los miembros, miembros y líderes y líderes. Todo grupo tiene seis elementos básicos: Aparato externo, aparato interno, liderazgo, cultura del grupo, condiciones para su funcionamiento, y el trabajo del mismo. El aparato externo está conformado por los miembros del grupo en sus relaciones externas. El aparato interno está conformado por los miembros del grupo afectados por los límites internos. El liderazgo es la autoridad en el grupo. La cultura del grupo está conformada por los puntos de vista normativo, técnico y emocional. Las condiciones del grupo están conformados por el aparato externo, las bases para ser miembro, y la información sobre actividades, objetivos y clase de miembros, y finalmente el trabajo de grupo está formado por la actividad y el proceso. La actividad es el trabajo grupal propiamente dicho y el proceso es el trabajo del grupo sobre sí mismo.

Metodología

El encuentro grupal en AT se realiza con personas que ya tienen conocimiento previo elemental de esta técnica psicoterapéutica. Los grupos habituales son de 10 a 20 personas, aún cuando en los talleres grupales que se llevan a cabo en congresos por ejemplo, participan entre 100 a 200 personas a la vez. La forma más práctica y provechosa de utilizar grupalmente los conocimientos del AT es en el análisis y escenificación de los juegos psicológicos, donde todos los integrantes del grupo, directa o indirectamente se ven involucrados, a veces confrontados, e invitados finalmente a tomar nuevas decisiones en su vida que redundarán beneficiosamente en su crecimiento personal.

Después de haberse escenificado un juego (Steiner, 1982) siempre se recomienda que se discutan las siguientes preguntas: ¿En qué consiste el juego? ¿Quiénes intervienen en el juego? ¿Cuáles son los mensajes que se cruzan entre sí las

personas que están jugando? ¿Qué ventajas trae jugar? ¿Por qué cada uno de los participantes realiza ese rol y no otro? ¿Cómo podemos salir de ese juego?

Como cada persona lleva al grupo el temperamento, que a cada cual le es innato, en el encuentro grupal se pueden reproducir las capacidades, la lucidez, la espontaneidad y la intimidad. Estas funciones, en el desarrollo del ser humano pueden haberse convertido en desfavorables de acuerdo con las experiencias que en su vida le ha correspondido vivir. En este sentido, el grupo es restaurador y motivador. En el grupo se pueden analizar los argumentos destructivos que han interrumpido el proceso normal de crecimiento. Al comienzo se aprende la terminología del AT, luego el facilitador trata de hacer comprender la interacción del yo de los integrantes y sus respectivos argumentos. Se refuerzan seguidamente las transacciones en el estado del yo adulto. Los integrantes llegan finalmente a trazarse metas desde el comienzo, y se comprometen a realizar tareas de tal manera que su comportamiento fuera del encuentro grupal, representen paso a paso, los logros terapéuticos.

Práctica

Las posibilidades de interacción que se puede tener en los encuentros grupales de AT son numerosos; sólo describiremos a manera de ilustración algunos juegos psicológicos comunes que se representan en ellos:

* *Jugando al niño.* Consiste en pedir siempre ayuda. Es empujar a los "otros" a asumir con él, el rol de padre, obligándolos a complacer, complacencia nunca satisfecha. En el fondo lo que se busca es el fracaso del padre. En este caso gana el niño porque llega a la conclusión de que el padre es un incapaz, y, por lo tanto, no puede imponerle nada. El niño está al acecho de las faltas o incapacidades ajenas, ("te agarré desgraciado") y cuando se producen, sale triunfante. En el fondo nunca da una caricia positiva pura, no sabe afrontar sus responsabilidades, y llega a expensas de los otros a desespeararlos porque nunca cumplirán.

* *Juego del alcohólico.* Se lleva a cabo con cinco integrantes, como frecuentemente el grupo tiene 11 ó más participantes, el resto de integrantes asumen la responsabilidad de dar respuesta a los interrogantes que recomienda Steiner (1982) resolver cada vez que se presenta una de estas acciones. Los roles son: el alcohólico, su perseguidor (que generalmente es una mujer que lo llena de reproches), su salvador (que puede ser un amigo, el terapeuta, o la misma mujer si desempeña doble rol), el "tonto protector" (que puede ser la madre, que lo comprende, hace como que no entiende el problema y le da el dinero para sus borracheras), y el proveedor o contacto (que sería el bodeguero). El alcohólico repite muchas veces que quiere dejar la bebida, que lo ayuden. El perseguidor dice frecuentemente "tienes que", y el niño dice en voz baja, "trata de impedirme beber".

* *Mira lo que me has obligado a hacer:* Consiste en arreglársela para descargar la responsabilidad sobre los otros, por ejemplo: el marido se encierra en la biblioteca para acabar de escribir un trabajo, la esposa ingresa en ese momento para avisarle que la cena está servida, él se distrae y se equivoca en el texto de la computadora, entonces se enfurece, tira al suelo el cenicero, y le grita a la esposa diciéndole: "mira lo que me has obligado a hacer". Otra forma sería la de pedir un consejo, lo cumple, le salen mal las cosas, y le echa la culpa al que lo aconsejó. Una variante parecida es: "Tu me metiste en esto"

* *Jugar a la violación.* En el fondo es un resentimiento hacia los hombres (o hacia las mujeres). La persona, en este caso una mujer, se deja cortejar por un desconocido, y cuando él se insinúa sexualmente, lo rechaza diciéndole: "que se ha creído Ud. que quién soy yo". Este sería el juego de la violación de primer grado. El juego de segundo grado sería cuando ella lo increpa a él diciéndole que se ha equivocado, y luego le cuenta a todos el incidente. El juego de tercer grado sería cuando ella se deja violar, para después gritarle, insultarle y, a veces, matarlo. La variante conyugal consiste en negarle la relación al cónyuge.

Ejemplo: Describiremos una práctica del juego del "alcohólico", realizado con alumnas de psicología. El alcohólico es Gina, su perseguidor es Marianella, su salvador Johanna, el tonto es Mónica, y el contacto es Cecilia. El diálogo fue más o menos el siguiente:

- *Gina:* (ingresa sigilosamente con los zapatos en la mano, tratando de no hacer ruido, con grandes dificultades abre la puerta de casa, al abrirla se prende la luz de la sala y encuentra a su esposa). Qué haces levantada a esta hora, por qué no te acuestas, mañana tienes que llevar a los chicos al colegio?

- *Marianella:* (enfurecida) Tú eres el que tiene que responder porqué vienes a esta hora, nunca has tenido respeto a tu hogar, no te importa la casa en donde vives, y tu falta de responsabilidad hace que los chicos ya no sean aceptados en el colegio por falta de pago, desde hace meses tengo que pedirle a mi madre para que me preste dinero a fin de pagar las pensiones del colegio. No te importa nada, sólo beber. Me arrepiento en el alma haberte conocido, y haberte creído y no haber hecho caso a todos los que me dijeron la clase de hombre que tú eras, tu me has mentido y me has hecho creer que cambiarías y que yo iba a ser la mujer más feliz del mundo al lado tuyo.

- *Gina:* Tu no me entiendes, nunca me has entendido, nadie me entiende, no me comprendes, nadie me comprende, tu me obligas a tomar para ser feliz, yo tomo para olvidar, déjame en paz, tú a lo tuyo y yo a lo mío, que sería de ti sin mí, te mataría con toda seguridad. (Se retira a su dormitorio, molesto, desafiante. Las escenas que vienen son en los días siguientes).

- *Johanna:* No puedes continuar con este mismo sistema de vida, existen otras formas mejores de vivir a las cuales tú tienes derecho, sólo por el hecho de haber nacido. Tú puedes decidir ser una persona mejor, y en cuanto lo hagas te daré toda la información necesaria para que puedas iniciar un tratamiento, o incorporarte con tu familia a un grupo de trabajo.

- *Gina:* Lo pensaré.

- *Mónica:* Otra vez discutiste con esa mujer, ella no te comprende, la única que te entiende es tu madre, si no fuera por mí no tendrías ni qué ponerte encima, te voy a dar alguna cantidad de dinero para que te compres ropa nueva y puedas estar más presentable, confía en mí.

- *Gina:* gracias mamá.

- *Cecilia:* Que gusto tengo que hayas venido a la bodega, tengo guardado para ti un licor fino, de esos que a ti te gustan, y está a precio de oferta, aprovecha y cómpralo, si no te alcanza el dinero, déjame en prenda la casaca de cuero que llevas puesta y que parece nueva, yo la venderé y te daré el vuelto, confía en mí.

Este ejemplo es sumamente ilustrativo, el juego del alcohólico responde siempre a un desafío: "atrévete a quitarme la bebida", y consiste en que el niño del alcohólico invita a jugar a los otros participantes, saliendo siempre ganador, porque en el fondo no quiere cambiar y se regocija de la desesperación de los demás integrantes del grupo al que pertenece.

Los personajes que intervienen en el juego son de la vida cotidiana, generalmente familiares que se sienten involucrados dentro del problema, unos con mayor o menor culpa que los otros, algunos tratan de pagar su culpa, o comprará reconocimiento con dinero, y otros haciendo el papel de víctima, pero tampoco sin la decisión de dejar de serlo, cada transacción que realizan responde a un argumento de vida que el grupo tendrá que analizar. Los mensajes que se cruzan son todos pertenecientes a transacciones ocultas. Les trae ventajas jugar calmando su angustia, obteniendo caricias negativas condicionales y manteniendo conductas no productivas. El juego se realiza porque en el fondo es una competencia por el poder. Sólo se podrá salir del juego mediante su análisis grupal. De ahí la importancia de los encuentros grupales.

Comentario

La capacidad de Berne para describir las formas de comunicación humana ha hecho que el AT rápidamente se popularice. Los integrantes de esta escuela piensan que siendo la psicoterapia una necesidad, al producirse su "desmitificación" se convertirá esta necesidad en un recurso agradable. Aún cuando a veces el AT usa términos "esotéricos", es de fácil comprensión y ha llegado a grupos populares, que a veces lo entienden superficialmente y hacen de él un juego social. La fuerza del AT seguramente radica en el determinismo de la calidad descriptiva del argumento de vida y la actitud terapéutica optimista. Si el paciente no toma su psicoterapia como un juego más, el éxito de ella como ayuda en su vida está garantizado.

2. Terapia Gestáltica

Bases teóricas

El creador de la *Terapia Gestalt* (TG) fue *Fritz Perls*, quien primero fue psicoanalista, y luego de separarse de la doctrina de Freud, comenzó a desarrollar su propio sistema. El principio básico de la gestáltica es el siguiente: "Las carencias personales y los deseos psicológicos precipitan al ser humano hacia la desesperación por satisfacerlos, cada vez que se satisface un deseo, inmediatamente aparecen otros nuevos en el mismo lugar. Cuando este proceso se desarrolla normalmente, entonces el ser humano se adapta psicológica y biológicamente a su medio ambiente. En el caso de que se encuentre disminuido el reconocimiento del propio cuerpo o el reconocimiento de las necesidades psíquicas, el camino será hacia la enfermedad." Desde el punto de vista terapéutico "cuerpo y alma" son dos aspectos de la naturaleza humana íntimamente relacionados entre sí, de tal manera que la riqueza de las capacidades intelectuales no es completa si no se desarrollan igualmente la conciencia de los sentidos y el reconocimiento de la expresión corporal. Todo esto es posible conseguirlo a través del trabajo gestáltico grupal.

La Terapia Gestáltica Grupal (TGG) es rica en contenido humanístico. Utiliza en primer lugar las capacidades creativas de cada ser humano, al mismo tiempo que restituye la salud personal a través del mantenimiento de la autoregulación del organismo. Cada ser humano debe aprender a *darse cuenta* de que en el *aquí y el*

ahora tiene la capacidad de orientar su propia vida y tener bajo control a sus emociones. Mientras el ser humano sea más neurótico, le será más difícil lograrlo plenamente y tendrá entonces que aprender a conseguirlo.

Fritz (Frederic) Perls, nació en Alemania en 1893, después de graduarse de médico, trabajó varios años en Sudáfrica, hasta 1946 en que se radicó en los Estados Unidos. Los últimos diez años de su vida los dedicó enteramente a formar grupos en el Instituto Esalen de Big Sur-California. Falleció en 1970.

Una gestalt es un todo que incluye y trasciende a la suma de sus partes, haciendo participar también al campo que le rodea. La teoría psicológica de la gestalt, que ya tiene 70 años de antigüedad, hace recordar hoy en día a la teoría general de los sistemas. Las necesidades, según los gestálticos, organizan el mundo psicológico fenomenológico e integran armónicamente el comportamiento humano. La necesidad central persiste hasta que esté satisfecha y luego desaparece para dar lugar a otra. En cada momento esta necesidad organiza la relación entre la persona y su ambiente.

Toda persona distingue en su vida lo que es *figura* y *fondo*. Las personas neuróticas según los gestálticos tienen dificultad para hacerlo, esto significa que no llegan a satisfacer sus necesidades y reemplazarlas por otras, igualmente les es difícil reconocer cuáles son, su motivación está confundida y no es real, y sus reacciones son estereotipadas.

Algunas de las perspectivas novedosas más convincentes que sirven de fundamento teórico a la TGG son las siguientes: a) el poder está en el presente, b) la experiencia es lo que más importa, c) el terapeuta es su propio instrumento, y d) la terapia es demasiado beneficiosa para limitarla a los enfermos.

La palabra gestalt puede significar muchas cosas, así por ejemplo puede ser: "conjunto, continente, tamaño, configuración, forma, figura, integración, una totalidad mayor que la suma de las partes". De una manera práctica se reconoce a la palabra gestáltica, como a la escuela psicoterapéutica que utiliza los conocimientos de la teoría psicológica de la gestalt y que se identifica con la obra de Perls. En el mundo entero ocupa aproximadamente el sexto lugar dentro de las escuelas terapéuticas.

La gestáltica tiene la influencia de cinco corrientes humanistas: el psicoanálisis, el análisis del carácter según Wilhelm Reich, la filosofía existencial, la teoría psicológica de la gestalt, y las religiones orientales, principalmente el budismo zen. La TGG toma en cuenta lo que surge en el aquí y el ahora en el grupo, no lo que fue, o lo que debería ser. La experiencia actual no necesita ser explicada o interpretada, sino debe ser contactada, sentida, descrita en el aquí y ahora, basándose en la concienciación de lo obvio.

En el encuentro grupal el interés está centrado en el cuerpo, mediante su percepción total, y , sobre todo externa: sentidos, sentimientos, sensaciones, no existen elementos cognitivos ni imágenes. Perls (1959) dijo: "Deje su mente, use sus sentidos".

Las gestalt pueden destruirse por las siguientes interferencias: (a) mala percepción del mundo, el cuerpo y sus interrelaciones; (b) bloqueo en la percepción y expresión de las necesidades, y (c) bloqueo muscular y corporal en el decir y hacer.

Darse cuenta en gestáltica significa darse cuenta del mundo exterior, del mundo interior y de la fantasía. Toda fantasía tiene una realidad encubierta y toda idea del futuro puede ser también ficción irreal.

Metodología

La TG tiene como finalidad el reconocimiento de la realidad interna y externa. Desde este punto de vista es de poca importancia el reconocimiento de las experiencias infantiles en cada ser humano. El punto central de su acción está en la experiencia de los nuevos modelos de reacción, que ejercitan el "aquí y ahora". Para poder conseguir la propia responsabilidad del paciente, se trabajará su tendencia a usar el "pero" a través del uso del: "yo", "yo no puedo", "yo no quiero". Es muy conocida la técnica de la "silla vacía": el paciente se sienta en una silla, y tiene otra vacía enfrente, sobre ella proyecta imaginariamente a una persona significativa, con la cual hablará sobre sensaciones, personas, objetos o situaciones. Dentro de las variaciones de este método puede el paciente presentar diferentes planos de sus conflictos, aprendiendo a vaciar elásticamente sus roles personales, y dándose cuenta cómo su propia persona tiene necesidades y obligaciones.

Es importante señalar que en gestáltica se tienen señales no verbales y paralingüísticas, tales como: movimientos corporales, expresiones faciales, tono de la voz, velocidad de la expresión verbal, y maneras de comunicarse con los demás.

En el grupo, el modelo de interacción se centraliza alrededor del director del grupo, como si todos formaran una estrella y como si el grupo fuera el mediador del proceso terapéutico. Son muy conocidos los talleres gestálticos, en los cuales no existen fronteras rígidas entre "terapia" y "vivencias". Se trata fundamentalmente de que los terapeutas y los participantes del grupo realizan un encuentro humano: "todos juntos y bajo el mismo techo", y durante un tiempo limitado. En la TGG el terapeuta conoce los problemas específicos de cada participante y trata de conseguir para cada uno, un modelo positivo de creatividad y espontaneidad.

Ocho son los elementos que intervienen en toda metodología gestáltica, a saber: desensibilización, introyección, confluencia, proyección, retroflexión, deflexión, fijación y retención. Describiremos brevemente algunos de ellos:

- *Desensibilización*. Es un proceso mediante el cual la persona bloquea su sensibilidad a las sensaciones tanto del medio externo como del interior, esto estimula el proceso de intelectualización, por lo cual la persona intenta explicar racionalmente su ausencia de contacto sensorial. La metodología terapéutica grupal consiste en facilitar al paciente el contacto con sus zonas de relación mediante el método de completar la frase: "aquí y ahora me doy cuenta de...". El paciente debe concentrar su atención en sus zonas de relación, desbloqueando su auto-interrupción.

- *Introyección*. Es el uso por la persona de conductas distónicas con su yo. La persona está llena de "debes", a los cuales obedece por diversos motivos, pero con los que no está de acuerdo. Como está su espacio personal lleno de órdenes histórico-vivenciales, le será muy difícil crear nuevas gestalts en su vida. La metodología consiste en crear polaridades, trabajo con sillas, diálogos externos, mitos y refranes, proverbios y cuentos. De esta manera, metodológicamente se canaliza un proceso creativo que lleva al paciente a proponerse nuevos modelos de vida más acordes con su realidad.

- *Confluencia*. Es la pérdida de los propios límites de "yo" con el fin de encontrar la aceptación y reconocimiento del "otro". La metodología consiste en invitar al paciente a expresar diferenciaciones, favoreciendo la separación del "sí".

- *Proyección*. Es atribuir a otros las situaciones propias. Esto permite no asumir responsabilidades sobre los actos propios, las palabras, los pensamientos y las emociones. La metodología consiste en trabajar con sillas facilitando la re-identificación.

- *Retroflexión*. Consiste en hacerse a sí mismo bajo la forma de agresividad, lo que la persona quisiera hacerle a otros. De esta manera el paciente descarga su energía sobre su "sí mismo" provocándose somatizaciones. La metodología consiste en descargar la energía sobre objetos neutros, después de haber localizado los introyectos.

- *Deflexión*. Consiste en evitar el contacto una vez iniciada la acción que va a llevar a cerrar la gestalt. La metodología consiste en: enfrentar, confrontar, manejar fantasías, hacer diálogos externos, cambio de roles, y aclaraciones sobre fondo y figura.

- *Fijación*. Es toda experiencia que se queda trunca y sólo produce molestias. La persona puede encontrar uno de dos obstáculos en su vida: (a) la obsesión ó compulsión que convierte a la solución del problema antiguo en necesidad rígida, convirtiendo en rigidez a la figura-fondo y (b) La mentalidad lábil que no permite la experiencia de cierre de la gestalt. La metodología consiste en buscar figuras alternativas y anclajes en fantasías.

- *Retención*. Es la interrupción de la continuidad de los acontecimientos, no llegando a constituir unidades en nuestra vida. La metodología consiste en trabajar polaridades, exageración y autoestima, aprendiendo lo que es sostener y retener.

Práctica

La primera parte de la práctica consiste en: observación, retroflexión, proyección, interiorización y reanudación del proceso. Describiremos brevemente cada uno de ellos.

- *Observación*. El grupo de gestáltica interviene siempre como espectador, se pide al grupo que diga de la persona que interviene lo siguiente: ¿cómo anda?, ¿qué hace con las manos?, ¿qué hace con los brazos?, ¿qué hace con los pies?, ¿cómo habla?, ¿cuál es el tono y el ritmo de la voz?, ¿sus palabras están o no de acuerdo con lo que expresa?, ¿qué siente?, y ¿qué proyección puede desenmascarar el grupo?. En la observación, el bloqueo del contacto visual se resuelve restaurando la voluntad de ver y volviendo a sentir los efectos de mirar. El paciente debe aprender a mirar a su terapeuta y a los demás integrantes.

- *Retroflexión*. Será captada por el grupo en ciertos gestos y actitudes, por ejemplo "encogerse"; encerrándose cuidadosamente detrás de los brazos y las piernas

cruzadas para que ninguna energía pueda franquear la barrera hacia el exterior. La retroflexión se supera mediante la toma de conciencia de sus componentes, el levantamiento del bloqueo y el despliegue hacia el exterior de la energía prisionera. El retroreflector dibuja siempre una línea demarcatoria entre él y su medio ambiente,

produce los cambios en el ambiente que satisfagan sus necesidades. Es una permanente retirada patológica contactando errado con el mundo.

- *Proyección*. Se practica frente a la silla vacía, sobre la cual se proyectan los elementos con los que se lucha. La práctica frente a la proyección, como toda transferencia, se realiza con los circuitos de conducta. Cuando un paciente se queja de que su padre no quiere hablarle (Polster, 1974), el terapeuta grupal no tiene que tomar al pie de la letra sus impresiones. Puede indicar al hijo ofendido que de vuelta a la frase y diga más bien que él no quiere hablar a su padre. Esto le permite al paciente darse cuenta su juego en el distanciamiento.

- *Interiorización*. Es un conflicto reprimido, que antes de haber sido llevado hasta su conclusión, desemboca a menudo en la interiorización del "adversario", el cual generalmente es el autor de la prohibición, al no poder vencerlo, el paciente se ha asimilado a él, y juega al incapaz (soy torpe, lo intentaré mañana, etc.). Una persona puede estar exageradamente consciente de sí misma sólo para no hacer (Polster, 1975), por descuido, algo de lo que no "quisiera" tener conciencia. No quiere hacer nada de lo que no desea darse cuenta y no desea darse cuenta de que no está haciendo nada.

- *Reanudación del proceso*. En el momento de esta práctica hay que abrir de nuevo la herida, reanudar el conflicto e ir hasta el final, todo debe escenificarse hasta la reintegración, vista con los propios ojos.

A continuación daremos una breve descripción de 15 técnicas usadas en gestalt (Polster, 1975; Kertesz, 1977 y Kerman, 1990):

* *Banquillo de los acusados*. Alguien se ofrece como voluntario para trabajar con el facilitador, esta persona es figura contra el fondo del grupo. Se trata de una experiencia en comunidad.

* *Banquillo flotante*: Estando seguro el facilitador de las características de relación de los integrantes del grupo, expone los dos lados de todas las historias, atacando resistencias.

* *Impasse infantil*: Se resuelve volviendo a actuar la situación, haciendo presente la falta de satisfacciones positivas, y la de recursos propios que llevan a la manipulación del ambiente.

* *Observación de los signos de conducta*: Se observan las partes cerradas y abiertas del cuerpo: inferior (apoyo), superior (contacto).

* *Concienciación en la pareja*: Se dan estímulos verbales, físicos y gestuales, estableciendo y reestableciendo el contacto.

* *Zonas de la conciencia*: Se observan las tres partes: zona interna (yo niño), zona intermedia (padre-adulto-niño), y zona externa (modales).

* *Implsión*: Se trabaja la desesperación, los duelos, la autocompasión, el autodesprecio, los temores y las dudas.

* *Explosión*: Se liberan las energías no usadas, encapsuladas o polarizadas, consecuencia de las proyecciones.

* *Acompañamiento*: Se trabaja el contenido y el proceso de la conducta, es similar a la identificación.

* *Diálogo*: Los diálogos pueden ser internos, imaginarios y externos. Es importante encontrar quién determina lo bueno y malo.

* *Transferencia*: La transferencia y la proyección son similares. El trabajo se hace con los circuitos de conducta.

* *Asuntos no resueltos*: Se practica el contactarse y decir adiós, o resolverlos con los ejercicios anteriores.

* *Ejercicios de comunicación*: Pueden ser: (a) imaginación de estímulos, problemas, u objetos, y (b) expresión no verbal e imitación.

* *Trabajo con sueños*: Los sueños se practican relatándolos en el presente, se usa la primera persona incorporando verbos, evitando sustantivos y adjetivos. Se establecen diálogos entre las partes del sueño, sobre todo entre las polarizaciones.

* *Despedidas*: Es importante señalar aquí las partes de la despedida que ha señalado el norteamericano-colombiano Brendson a raíz del desastre de Armero. Algunos de los 40 ejercicios son reconocimiento, valorización del tiempo y del ser, etc.

Ejemplo: Brindaremos un breve relato de un encuentro grupal realizado en el año 1990 en la Universidad Femenina. Las participantes son: Elsa, Cecilia, Adelaida, Giuliana, Carol y Jéssica:

- *Elsa*: (molesta) Estoy furiosa, también temerosa, ayer manejaba mi auto, mejor dicho el de mi abuela por la avenida Benavides, en la curva con Diagonal entré a ella correctamente pero, a mi costado se desplazaba un auto muy grande donde iba una persona sentada atrás leyendo, y el que manejaba era prácticamente un anciano. No se pueden imaginar la sensación de impotencia que se siente cuando ves que el otro auto se te aproxima y no puedes hacer nada sino gritar, y el otro no te escucha por la ventana cerrada. Total chocamos, al bajar fui insultada, me dijeron que no sabía manejar. Además el otro propietario me dio su tarjeta y se fue.

- *Facilitador*: Vas a repetir el diálogo que hubo con el propietario con Cecilia, y después ambas dirán lo que sienten.

- *Cecilia*: Mire señorita, usted es muy joven para manejar, debería haber tenido mas cuidado, yo sé que los trámites que vienen son muy complicados y usted es muy joven para hacerlos, para poder ayudarla arreglaremos entre nosotros este problema, aquí está mi tarjeta, búsqume mañana en mi oficina y arreglaremos, hasta luego.

- *Elsa*: En ese momento quise decir: "que tal raza", me chocan, me insultan y me dicen que no sirvo, no puedo aguantar la injusticia.

- *Cecilia*: Yo siento que aproveché el momento y saco ventaja.

- *Facilitador*: Pueden hacerlo. Traigan dos sillas y hagamos el diálogo hasta agotarlo. (Se realiza). Ahora continuemos con Elsa.

- *Elsa*: El siguiente diálogo fue con la secretaria del propietario, fui a su oficina, me hizo esperar dos horas y no me atendió.

- *Facilitador*: (Llamando a Giuliana) Hagamos ahora esa respuesta:

- *Giuliana*: Tenga la bondad de esperar, el Dr J. está muy ocupado, pero ha dicho que de todas maneras la va a atender....El Dr. J. le pide disculpas pero no la puede atender, regrese mañana.

- *Facilitador*: Adelaida, Carol y Jessica son tus amigas y las personas que han visto tus expresiones, gestos y actitudes, todo ello lo discutiremos en este momento (Se realiza).

- *Elsa*: Tengo mucho temor al regreso de mi abuela, ella es la dueña del auto, siempre me ha dicho que cuide sus cosas, me parece que no cree en mí, que me irá a decir esta vez.

- *Facilitador*: Trae una silla y dialoga con ella (Se realiza).

Ahora trae cinco sillas: en la primera está el propietario, en la segunda su secretaria, en la tercera el chofer, en la cuarta tu padre y en la quinta tu abuela. Dialoga uno por uno con ellos:

- *Elsa*: Ud no manejó bien, no ha podido darse cuenta que yo estaba a su costado, y ahora quiere aprovecharse del momento, estoy en mi derecho de reclamar y de exigir que se me repare el auto, exijo que se me atienda cuando voy a la oficina, y que no se me haga esperar (llora)...Ud no sabe manejar,...es muy joven para hacerlo.. debería practicar más. Te pareces a mi hija que tan joven como tú ya quiere sacar brevete, me da risa....

- *Facilitador*: En esa silla que tienes enfrente estás tú, háblale a tu persona... Tengo rabia de lo que sucedió, tengo rabia de lo que me dijeron.... por más rabia que sienta sé quien soy y que no cambiará a mi persona resintiéndola.... Sé que lo sucedido me hace conectar con los momentos en que yo he escuchado dudas acerca de mis capacidades, de mis posibilidades, pero por más que las escuche, se valorarlas, y si me las dicen sobredimensionadas tengo capacidad para hacerlas cada vez más pequeñas hasta que sean insignificantes... no tengo dudas de mí, sé como hablarle a los míos, conozco mis emociones, las respeto y las quiero... Tú y yo podemos llegar muy lejos juntos... Te invito a seguir el camino...

Comentario

A pesar de que la PGG tiene algunas bases orgánico-biológicas, sus métodos están orientados psicológicamente. Igualmente la parte filosófica de su contenido estaría en relación con la "sabiduría del cuerpo", la "unidad de las vivencias" y la "oración gestáltica". La TG no tiene metas terapéuticas muy precisas, no usa exámenes mentales muy estrictos, y no sigue un procedimiento sistemático. Está garantizado su éxito en las personas intelectualizadas, o en pacientes psicósomáticos principalmente.

Los cambios terapéuticos se consiguen directamente a través de la experimentación de las sensaciones y de la posición optimista que puede llegar a alcanzar el paciente, librándose de su atadura al pasado. Al mismo tiempo se brinda al paciente la

posibilidad de escoger bajo su propia decisión la nueva personalidad que se quiere adquirir. Comparado con el psicoanálisis, lo valioso de esta técnica es el énfasis que brinda a lo emocional y a lo no verbal. Si tuviera metas terapéuticas más precisas, sería mucho más efectiva. En los últimos años, se ha presentado asociada a la terapia conductual, el análisis transaccional, y a otros grupos de encuentro; se está viviendo una etapa de transición, que esperamos sea para mejor.

En el Perú existe la *Asociación Peruana de Gestáltica*, la cual está integrada por psiquiatras y psicólogos. Las primeras enseñanzas fueron impartidas hace ya veinte años por los esposos Huneus de Chile, quienes dejaron las bases para la formación del primer grupo de trabajo. Aquí se realizan talleres de formación profesional en forma continua.

PERSPECTIVAS DE LA TERAPIA GRUPAL

El grupo de terapia de adolescentes gestantes recibe aceptación o rechazo del medio. En cualquiera de los dos casos se trata de un grupo patológico porque sus integrantes están atravesando una situación de intenso conflicto humano que altera su calidad de vida y su potencial futuro. La terapia grupal debe reemplazar el rechazo de sus grupos significativos de soporte social y de las instituciones a las cuales ha pertenecido hasta ese día.

El grupo anterior al cual perteneció la adolescente no siempre acepta su cambio de condición humana, generando conflictos. Esta actitud obliga a la adolescente a aislarse del grupo de pares. El grupo de madres adolescentes es siempre dependiente y el embarazo profundiza aún más la dependencia con los padres, familia (Salaverry, 1994) y sociedad. El control de la natalidad es menos efectivo en el grupo de madres adolescentes por lo que la repetición del embarazo es fácil y frecuente. Un grupo de ellas se embarazaron por descuido (75% según Salaverry, 1994) y ninguna deseó quedar embarazada aunque hizo poco por evitarlo. Los padres de los grupos de adolescentes generalmente están separados o son convivientes siendo entonces sus hogares inestables. En los estudios de Salaverry (1994) y González (1994), sólo el 20% pertenecieron a grupos religiosos y el 93 % a ninguna clase de grupo. El padre es conocido en la calle, fiestas y colegio, no habiendo agrupaciones juveniles previas.

La terapia grupal en estos grupos debe tener un programa que incluya el soporte físico y emocional antes, durante y después del parto, dando énfasis a la depresión *post-partum* (Black, 1985). Debe incluir la visita al hogar de los integrantes del grupo (Konopka, 1966). Los miembros del grupo deben tener visitantes de grupos de adolescentes no embarazadas (Smith, 1982). La dinámica en los grupos con integrantes que poseen estudios secundarios o superiores puede consistir en una exposición previa y la discusión posterior (Braen, 1982).

Las adolescentes embarazadas y sus padres no constituyen grupos homogéneos, necesitando ambos psicoterapia individual complementaria a la grupal. Generalmente el tutor escolar es el primero en enterarse del embarazo, el tutor es el intermediario entre la adolescente y el grupo terapéutico. Tutores y facilitadores mujeres son mejor entendidos que los masculinos. La facilitadora mujer puede ser vista representante del modelo positivo y además en el grupo las mujeres aperturan su problemática sexual y humana más fácilmente frente a una mujer.

La terapia grupal se irá ampliando en el futuro a diferentes campos de la conducta humana en forma insospechada y sobre todo en aquellas actividades que actualmente merecen sólo nuestra curiosidad. Por ejemplo, en el encuentro grupal religioso, se ha iniciado el encuentro con participantes de dos ó más religiones (Cax, 1989) o entre matrimonios constituido por cónyuges de diferentes religiones, con miras a obtener el mejor desarrollo personal e influir sobre la conducta de sus hijos.

Otra perspectiva actual de la terapia grupal es el trabajo con los llamados grupos "marginales"; es cierto que los aspectos conflictivos de determinados grupos caracterizados por exhibir comportamientos que se desajustan de las normas sociales pueden ocasionar rechazo y marginamiento de la sociedad, obligando el apoyo psicológico mediante la terapia grupal. En este aspecto se abren grandes perspectivas.

En estos grupos existirían al interior núcleos patológicos y el ajuste a la norma moral social les es sumamente difícil por la existencia de su propia subcultura. De ahí la doble importancia de estudiar la patología por la pertenencia al grupo y la terapia por la acción sobre el grupo de apoyo.

En cada subcultura se dan mitos específicos, por ejemplo la mujer terrorista, aceptada en su grupo, lo cual refuerza su conducta antisocial; lo mismo sucede con el delincuente. Podemos enumerar algunos de estos grupos: homosexuales, adolescentes gestantes, prostitutas, enfermos de SIDA, cancerosos, niños de la calle, delincuentes grupales, farmacodependientes, políticos y religiosos extremistas.

Si examinamos las perspectivas de la terapia grupal en homosexuales hombres y mujeres podemos incluir lo siguiente: si aceptamos la definición de subcultura de Bronski (1948): "Cualquier grupo que se excluye de la cultura dominante sea por autodefinición u ostracismo", los homosexuales constituirían una de ellas. Los homosexuales rechazan en su grupo a los afeminados por lo que su participación grupal es hasta hoy mínima. El grupo homosexual que brinda aceptación y apoyo colectivo a las tendencias de sus integrantes, desarrolla además un fuerte lazo emocional que puede ser usado terapéuticamente. El tema central en las reuniones terapéuticas no necesariamente es sobre el sexo, ofreciéndose gran variabilidad. El denominador común es la amistad, pero no existen dos grupos iguales en su temática. El soporte común se dirige a ofrecer comprensión y protección, compartiendo información y socialización.

REFERENCIAS

Alarco, F. (1977). *Psicoterapia de grupo: una terapia de liberación*. Lima: Galeno.

Alarcón, W. (1991). *Entre calles y plazas, el trabajo de los niños en Lima*. Lima: UNICEF.

Alarcón, I. (1992). Comportamiento sexual en varones adolescentes de colegios estatales de Lima, Cuzco e Iquitos. *Tesis de Maestría*. Lima: UPCH.

Alva J. (1969). Psicoterapia de la timidez con técnicas combinadas de grupo. *Primer Congreso Nacional de Psiquiatría*, Lima, Perú.

- Anzieu, D. et. al. (1978). *Psicoanálisis del genio creador*. Buenos Aires: Vancú.
- Assagioli, R. (1965). *Psychosyntesis*. New York: 1965.
- Anzieu, D. (1961). *El psicodrama analítico en el niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Bach, G. (1963). *Psicoterapia intensiva de grupo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bachmann, C. (1989). *Adolescencia: riesgo reproductivo*. Lima: Concytec.
- Balint, M. (1976). *Der arzt, sein patient und die krankheit*. Stuttgart: Ernests Klett.Ç
- Balint, M. E. (1976). *Psychotherapeutische techniken in der medizín*. Stuttgart: Ernst Klett.
- Bancroft, J. (1977). *Desviaciones de la conducta social*. Barcelona: Fontanella.
- Bassili, F. (1992). *Crisis y comercio sexual de menores en el Perú*. Lima: Asociación Germinal.
- Battegay, R. (1973). *Der mensch in der gruppe*. tomo II. Berna: Huber.
- Beal, G., et. al. (1964). *Conducción y acción dinámica del grupo*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Beltrán, F, y Benítez, H. (1986). Las posibilidades del psicodrama. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, XXIV, 4, 220-4.
- Berenstein, Y. (1970). *Patología y terapéutica del grupo familiar*. Buenos Aires: Acra.
- Berne, E. (1970). *Sprechstunden für die seele*. Hamburgo: Rowohlt.
- Rohracher, H. (1953). *Einführung in die psychologie*. Viena: Urban y Schwarzenberg.
- Berne, E. (1981). *El análisis transaccional en psicoterapia*. México: Siglo XXI.
- Berne, E. (1969). *Juegos en que participamos*. México: Diana.
- Berne, E. (1983). *Introducción al tratamiento de grupo*. Barcelona: Grijalbo.
- Black, Ch. y , De Blassle, R. (1985). Adolescent pregnancy: contributing factors, consequences, treatment and plausible solutions. *Adolescence*, 20, 78.
- Braen, B.B. (1982). *Adolescents. The evolution of a therapeutic group. Therapies for adolescents*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Buber, M. (1967). *The knowledge of man*. New York: Harper and Row.
- Cabral, C.A. (1985). *Psicoterapia grupal, ciencia y mito*. Buenos Aires: Buenos Aires.
- Cassius, J. et. al. (1980). *Horizons in bioenergetics*. Tennessee, USA: Prometheam.

Castilho, A. (1982). *Dinámica de grupo y psicoterapia de grupo*. Recife: Fundación Dos Santos.

Cohn, R. (1974). *The theme -centered interactional method. models of group therapy and sensivity training*. New Jersey: Englewood Cliffs.

Cohn, R. (1983). *Von der psychoanalyse zur themenzentrierten interaktionen*. Stuttgart: Ernst Klett.

Cox, H. (1982). *Many mansions: a christian's encounter with other faiths*. USA: Beacon Press.

Dreyfus, C. (1977). *Los grupos de encuentro*. Bilbao: Mensajero.

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV, Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington, D.C.: APA.

Ellis, A. (1976). *New guide to rational living*. Hollywood, C.A.: Wilshure Book Co.

Erickson, M.H. (1980). *The collected papers on hypnosis*. Volumen 1 and 2. New York: E. Rossi.

Foulkes, S.H. (1974). *Gruppenanalytische psychotherapie*. Munchen: Reinhardt,

Frankl, V.E. (1956). *Theorie und therapie der neurosen*. Viena: Urban y Schwarzenberg.

Gibb, J. (1964). *Manual de dinámica de grupos*. Buenos Aires: Humanitas.

Gonzáles, G. (1994). *La adolescencia en el Perú*. Lima: UPCH.

Goulding, R. M. (1986). *Neuntscheidung*. Stuttgart: Ernst Klett.

Gurman, A. y Kuiskern, D. (1981). *Handbook of family therapy*. New York: Brunner Mazel.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune y Straton, Inc.

Haley, J. (1980). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Harris, T. (1973). *Yo estoy bien, tu estas bien*. Barcelona: Grijalbo.

Heigl-evers, A. (1972). *Konzepte der analytische gruppenpsycho-therapie*. Gottingen: Vandenhoeck y Ruprecht.

Herrink, R. (1980). *Psychotherapy handbook*. New York: Jason Aronson.

Hetem, L.A. et. al. (1992). Dificultades na formação de grupo em instituição-o papel de terapeuta. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 41, 7, 345-50.

IENI (1991 y 1992). *Encuesta demográfica y de salud familiar*. Lima: IENI.

Izaguirre, E. (1974). Concepto psicosocial del supralíder. *Tercer Congreso Nacional de Psiquiatría*, Lima, pp. 314-319.

Jahara, M. (1986). *Zen schiatsu*. Sao Paulo: Summers.

Janov, A. (1974). *Anatomie der neurose*. Berlín: Fischer Verlag

Janov, A. y Holden, M. (1985). *Das neue bewusstsein*. Frankfurt: Fischer.

Janov, A. (1977). *El grito primal*. Buenos Aires; Sudamericana.

Jordan, C. (1992). *Grupo vivencial*. Comunicación personal.

Kerman, C. (1990). Terapia gestalt. *Anales del Congreso de Psicoterapias del Instituto IPPEM*. Buenos Aires: Conantal.

Kertesz, R. y Induni, G. (1977). *Manual de análisis transaccional*. Buenos Aires: Conantal.

Knowles, M.H. (1962). *Introducción a la dinámica de grupo*. México: ELSA.

Kohler, W. (1959). *Gestalt psychology*. New Jersey: American Library.

Konopka, G. (1966). *The adolescent girl in conflict*. New Jersey: Prentice Hall.

Kroeger, M. (1976). *Themenzentrierte seelsorge nach C. Rogers und R. Cohn*. Stuttgart: Kohlhammer.

Leuner, H. et. al. (1986). *Gruppenimagination*. Berna; Hans Huber.

Leutz, G. (1986). *Psychodrama*. Berlín: Springer Verlag.

Lewin, K. (1952). *Field theory in social science*. Londres: D. Cartwright.

Loli, A. y Aramburu, C. (1985). *La sexualidad en la adolescencia en el Perú*. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar.

Lowen, A. (1965). *Bioenergetics*. New York: Penguin Books.

Martínez, B.C. (1977). *Fundamentos para una teoría del psicodrama*. México; Siglo XXI.

May, R. (1969). *Love and will*. New York: Delta book.

Moreno, J.L. (1932). *The first book of psychotherapy*. New Jersey: Beacon.

Moreno, J.L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: F.C.E.

Moscoso, M. (1992). Stress y enfermedad. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación.*, 5, 2, 129-146.

- Oblitas, L. (1992). Ejercicios chinos y bienestar psicocorporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 5, 2, 161-175
- Perls, F. et. al. (1959). *Gestalt therapy*. New Jersey: Julian Press.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy*. Lafayette, CA: Real People.
- Polster, E.M. (1974). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Polster, E.M. (1975). *Gestalttherapie. Theorie und praxis der integrative gestalttherapie*. Munich: Kindler.
- Querol, M. (1992). *Grupo vivencial*. Comunicación personal.
- Reik, T. (1986). *Listening with the third ear*. New Jersey: Farrar-Straus.
- Reyes, J. et. al. (1969). *Dinámica de grupos*. México: Oasis.
- Richardson, D. (1990). *La mujer y el sida*. México.: El Manual Moderno.
- Rispoli, L. (1992). Avances y perspectivas de la terapia psicocorporal. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2, 2, 13-25
- Rogers, C. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*. New York: Harper y Row.
- Rogers, C. y Kinget, G. (1971). *Psicoterapia y relaciones humanas*, Tomos Y y II. Madrid: Alfaguara.
- Rojas, R.. (1991). Perfil psicosocial de las adolescentes gestantes de estrato socio-económico bajo. *Memoria para optar el grado de bachiller en humanidades con mención en psicología*. Lima: PUCP.
- Salama, H. (1991). Psicoterapia ggestalt. *Revista Internacional de Ggestalt*, 1, 1.
- Salaverry, O. y Gonzáles, G (1994). Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes de las ciudades de Lima, Arequipa, Cuzco y Pucallpa. *Salud Reproductiva*, pp. 199-257.
- Sandner, D. (1986). *Gruppenanalyse*. Berlín: Springer.
- Schneider-Duker, M. (1980). Gruppenpsychotherapie. En W. Wittling (Ed.), *Handbuch der klinischen psychologie*. Tomo 2. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Schifter, J. (1989). *La formación de una contracultura*. Costa Rica: Guayacán.
- Schultz, W. (1976). *Schiatsu-japanese finger therapy*. New York: Bell Publishing.
- Schultz, J (1962). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona: Científico Médica.
- Sciapa, J.C. (1990). Etiología social de la delincuencia juvenil en Lima metropolitana. *Ciencias Sociales*.

Smith, D.A. (1982). Needs-based curriculum for teenage mothers. *Education*, 285-92.

Steiner, C. (1982). *Libretos en que participamos*. México: Diana.

Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Vander, J. (1986). *Manual de psicología social*. Buenos Aires: Piados.

Vidal, G. y Alarcón, R. (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Whitaker, D. y Lieberman, M. (1964). *Psychotherapy through the group process*. New York: Atherton.

Wieht, J.J. (1986). Realidad demográfica y crisis de la sociedad peruana. *Problemas Poblacionales Peruanos II*, pp. 7-115.

Witte, E. (1979). *Das verhalten in gruppensituationen*. Göttingen: Hogrefe.

Wolpe, J. Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques: a guide to the treatment of neuroses*. Londres: Pergamon Press.

Yalom, I.D. (1974). *Gruppenpsychotherapie, grundlagen und methoden*. München: Kindler.

TERAPIAS DE FAMILIA

Alfonso Martínez-Taboas
Centro Caribeño de Estudios Postgraduados, Puerto Rico

INTRODUCCIÓN

Las terapias de familia constituyen actualmente uno de los enfoques más favorecidos por muchos psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. No importa si su uso se inserta en un modelo psicodinámico, sistémico, conductual, feminista o cognoscitivo, cada vez hay más interés y curiosidad en entrelazar los aportes de dichas escuelas con un tipo de intervención que trascienda la postura clásica individual. Es por esta misma razón que los libros, artículos, seminarios e institutos orientados a la intervención familiar se hacen más conspicuos.

De entrada debe quedar completamente claro que no existe un monolito que podamos llamar "terapia de familia". Con lo que sí nos encontramos es con una diversidad multifacética y heterogénea de terapias de familia. Cada una con sus pioneros y sus premisas particulares, las cuales en muchas ocasiones parecen provocar en el lector una aparente confusión de variadas interpretaciones.

Como un claro ejemplo de esto, podríamos mencionar el interesante estudio de Chasin, Gruenbaum y Herzig (1990). En el mismo, más de una docena de terapeutas de familia, cada uno representando escuelas divergentes (psicodinámicas, sistémicas, feministas, contextuales, conductuales, etc.), discuten a cabalidad el caso de una pareja que busca ayuda para sus problemas maritales. Lo importante de este estudio consiste en demostrar que cada terapeuta interpretaba el caso de esta pareja de acuerdo con su formación teórica, llegando entonces a recomendar y prescribir intervenciones y movidas contradictorias con la de los otros colegas. El libro de Chasin, Grunebaum y Herzig (1990) demuestra fuera de toda duda que el movimiento de terapias de familia es pluralista tanto en su parte teórica como en su vertiente pragmática.

En este capítulo el autor se ha encomendado como una de sus metas el abundar en dos tendencias teóricas particulares: (a) las escuelas estructurales y estratégicas sistémicas; (b) las terapias de familia conductuales-cognoscitivas. Esta selección no es arbitraria. Deben su presencia a que al día de hoy éstas son las que cuentan con más apoyo empírico y las que más han sido evaluadas de manera crítica. Adicional a esto, ambas vertientes indudablemente han creado un impacto considerable en el campo de las terapias de familia.

ANTECEDENTES

Muchos historiadores del tema ubican a los precursores de las terapias de familia en los comienzos de la organización del trabajo social. En varios países ya para finales del siglo XIX se defendía la idea de que no era suficiente trabajar con las personas problemáticas, removidas de su contexto familiar. Al contrario, el énfasis iba dirigido a la familia en su totalidad. Tal y como lo expresó Dubois en 1907: "No debemos de limitar nuestros esfuerzos terapéuticos al paciente solamente, sino además extender nuestro servicio a esas personas que viven con él también. Muchas veces esta es la mejor manera de lograr resultados completos y duraderos" (citado en Broderick y Schrader, 1991, p. 4).

No obstante, el movimiento de trabajo social y su énfasis en contextualizar las intervenciones en un nivel más macro, no tuvo mucha resonancia dentro del trabajo clínico con familias. Esto se ha atribuido a varias influencias ideológicas que permeaban a principio de siglo y que eventualmente continuaron ejerciendo gran influencia por las próximas cinco o seis décadas. Una de las más importantes fue constituida por la fuerte renuencia de los psicoanalistas a trabajar con familias. Freud se mantuvo aferrado a la idea de que era contraproducente trabajar clínicamente con los familiares de los pacientes (Freud, 1912, 1915). Por tal razón, Freud nunca hizo trabajo clínico de familia y evitaba entrar en terapia de parejas.

Tal y como ha sucedido con muchas otras posturas freudianas, las preferencias de Freud rápidamente se convirtieron en cánones inflexibles, lo que trajo como consecuencia que el trabajo clínico con familias se comenzara a ver como inefectivo en el mejor de los casos y como peligroso en el peor de ellos. Por ejemplo, Glover (1955) realizó una encuesta en el 1938 entre psicoanalistas británicos sobre el uso de analizar miembros de la familia del paciente. Los resultados indicaron que, casi sin excepción, los psicoanalistas veían como muy inadecuada la intervención con familias.

Para la década de los 1940 algunos psicoanalistas comenzaron a considerar seriamente la idea de incluir en el tratamiento al esposo (o esposa) del paciente, pero de manera separada. Aunque esto era un avance, el mismo sólo era un paso tímido en contra de toda una tradición dogmática que aseguraba de antemano lo "peligroso" de dicho procedimiento.

Es en la década de los 1950 cuando definitivamente comienza a tomar forma un movimiento organizado que ya tenía como agenda prioritaria un enfoque de familia. Entre los pioneros tenemos que mencionar a Bell (1967), Ackerman (1950), Midelfort (1957), Bowen (1976), Wynne (1961) y Whitaker (1958). Una mención muy especial tiene que ser dirigida para lo que llegó a conocerse como el *Grupo de Palo Alto* (California) en donde tuvieron la oportunidad de compartir juntos varias de las figuras más impactantes del campo, tales como Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, Don. D. Jackson y Virginia Satir.

Producto de este grupo se llegaron a entretener varias posturas y acercamientos de vanguardia, tal como lo sería la teoría de Bateson del "doble-nudo" (*double-bind*). Esta teoría proponía que el origen y mantenimiento de la esquizofrenia se debía a que los encargados del paciente esquizofrénico se comunicaban con él/ella de maneras contradictorias, ofreciendo casi simultáneamente mensajes verbales que cancelaban el anterior, produciéndose unos patrones confusos de comunicación en dichas familias (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

Factores como estos dieron margen para que en la década de los 1960 se estableciera la primera revista de terapia de familia titulada *Family Process* y varios libros de texto que llevaban un mensaje claro y contundente: la familia es importante y vital en el entendimiento y manejo de situaciones clínicas.

DESARROLLO

Tal y como lo indicamos al comienzo, nuestro énfasis va a ir dirigido a cubrir dos enfoques de familia en particular. En esta sección expondremos su desarrollo y tesis medulares. Comenzaremos con las terapias de familia sistémicas de tipo estructural y estratégica.

1. Terapia de familia estructural y estratégica

Aunque estas dos vertientes no son idénticas, sí guardan fuertes similitudes entre sí para que puedan ser discutidas como modalidades de tipo sistémico. La similitud esencial es que ambas parten de un paradigma sistémico. Un sistema es una serie de unidades, organizadas e interdependientes, que se relacionan unas con otras. Todo sistema está compuesto de subunidades o subsistemas, los cuales en su totalidad y conjunto le dan configuración a la totalidad del sistema. Estas subunidades suelen estar en relaciones continuas unas con otras y se organizan alrededor de funciones cruciales que harán que el sistema en su totalidad continúe.

En terapia de familia sistémica, como veremos a continuación, se propone que la familia es un sistema y que éste a su vez es constituido por varios subsistemas (parental, de hijos, de hermanos, de esposos). Comenzaremos con la terapia de familia estructural.

Terapia de familia estructural

El exponente principal de la corriente estructural lo es Minuchin (1974, 1993), aunque también Aponte (1974) y Montalvo (1973) son prominentes. Dentro de esta orientación, uno de los presupuestos básicos es que un sinnúmero de psicopatologías y problemas familiares se deben a la manifestación disfuncional y desadaptativa del sistema familiar. En vez de enfocar el problema de un niño en el nivel individual y con énfasis en procesos internos del niño, el clínico sistémico arranca de la premisa de que el problema de ese niño no es otra cosa sino la manifestación de un sistema familiar desadaptado. ¿Y qué es un sistema familiar disfuncional? Básicamente a éste lo caracteriza su inhabilidad de poder negociar los cambios de ciclo de vida familiar y otros estresores internos. Por esto nos referimos a los cambios que son necesarios, por ejemplo, cuando un niño entra a la adolescencia, o cuando una esposa tiene su primer bebé.

Por lo tanto, si un niño presenta una conducta problemática, la intervención del terapeuta sistémico no debe ir dirigida al niño, sino a todo el sistema familiar. El niño en este caso es visto como el portavoz o el chivo expiatorio de la crisis de su hogar.

Para que quede más claro, tomemos el ejemplo de una adolescente de 14 años que comienza a evidenciar unas convulsiones psicogénicas. Dentro del paradigma sistémico dichas convulsiones tienen la función de mantener a esa familia unida, ya

que sin ellas habría una crisis familiar. En este caso, supongamos que los padres de dicha joven han empezado a manifestar intenciones de renegociar su matrimonio o incluso separarse. Las convulsiones no tienen otra función que restablecer que la madre y el padre se unan en una causa común (su hija) y que posterguen indefinidamente los planes de separación. Así, la comunicación y acciones de esta familia comienzan a girar alrededor de la "enfermedad" de la hija desligándose así de la crisis marital. Los clínicos sistémicos usan el término de homeostasis para significar que toda familia necesita lograr un balance de funcionamiento. En el caso hipotético de esta joven, sus ataques y convulsiones logran restablecer una homeostasis en su familia. Claro está, el costo es muy alto ya que dicha homeostasis se logra a través de un miembro de la familia que comienza a enfermarse.

Minuchin (1974) mantiene que niños y jóvenes con trastornos conductuales y psicossomáticos usualmente toman el papel de chivo expiatorio, cuando en realidad lo que sucede es que las familias de éstos son altamente disfuncionales en términos de renegociar diversos cambios en el ciclo de vida familiar. Así analizan Minuchin, Rosman y Baker (1978) el trastorno de anorexia nerviosa y Minuchin, Baker, Rosman, Liebman, Milman y Todd (1975), jóvenes con ataques de asma.

Para el clínico familiar estructural, es vital lograr entender cuatro categorías de funcionamiento familiar, ya que las mismas brindan la clave para conceptualizar el comienzo de una disfunción familiar. El primero de ellos es denominado como problemas de estructura jerárquica. Por jerarquías de poder nos referimos a cómo se negocian las decisiones dentro de una familia y quien o quienes tienen poder decisional sobre las mismas. En las familias saludables el poder jerárquico es representado por el subsistema de los padres quienes son los encargados de velar por sus hijos. En una familia disfuncional, es posible que una hija adolescente tome las decisiones principales en su hogar junto a su madre, dejando desligado al padre. Dentro del paradigma estructural, esta distribución de poder no es correcta y traerá repercusiones sistémicas nefastas. Según los clínicos sistémicos, estos desbalances de poder son muy frecuentes en familias en donde hay un niño o adolescente con alguna dificultad física o mental, ya que los padres muchas veces le han permitido un margen de poder decisional y de otra índole a éstos.

La segunda causa frecuente de disfunción se debe a peculiaridades en las fronteras entre los subsistemas. Por fronteras nos referimos a que la familia es vista como una microunidad social. Las divisiones o fronteras entre los individuos que componen dicha unidad social son importantes en el funcionamiento de dicha familia. Las fronteras son las que imponen las reglas tácitas del grado de permeabilidad entre los diferentes subsistemas que componen una familia. Tengamos en cuenta que según Minuchin *et al.*, el subsistema de los padres y el subsistema de los hijos debe quedar nítidamente delimitado. Estas fronteras entre los subsistemas son las que al fin de cuentas definen quienes participan del poder jerárquico y de qué manera. La función de la frontera es asegurar la diferenciación y el buen funcionamiento familiar.

Cuando existen fronteras claras y bien definidas, se propone que el funcionamiento familiar propiciará una autonomía saludable entre sus miembros y el propio crecimiento del sistema. Cuando las fronteras son muy difusas, poco claras y muy permeables, suele ocurrir que padres e hijos transgreden los respectivos subsistemas y se propicie un ambiente de sobreprotección y de falta de separación psicológica y emocional entre sus miembros. Por otro lado, cuando las fronteras se mantienen muy rígidas y cerradas, la familia suele padecer de dejadez y de poca comunicación entre sus propios miembros.

Como bien lo comenta Umbarger (1983): "Mientras que en una familia con fronteras difusas un evento simple, como lo sería el estornudo de un niño, es suficiente para producir una movilización inmediata de parte de los padres para buscar ayuda médica, en la familia con fronteras rígidas se pueden tolerar cantidades marcadas de patología en algunos de sus miembros sin que los padres se preocupen por ello". En la Figura 1 el lector puede apreciar de forma gráfica diversos tipos de fronteras.

Un tercer factor importante en el entendimiento sistémico de familias es lo que se conoce como las alianzas o coaliciones. Sobresalen dos tipos de alianzas disfuncionales: a) la de desvío del conflicto a través de un chivo expiatorio; b) las coaliciones transgeneracionales. En la primera se observa a la madre y al padre uniéndose en común contra algunos de sus hijos. Esta estrategia suele desviar el conflicto de la pareja, pero genera mucho estrés en los hijos. En la segunda típicamente se forma una coalición entre uno de los padres y un hijo, formando un frente antagónico contra el otro padre. Esto trae como consecuencia el alejamiento de dicho padre y la unión transgeneracional de uno de los padres con uno de los hijos. Desde el punto de vista sistémico este tipo de acomodo suele ser patológico.

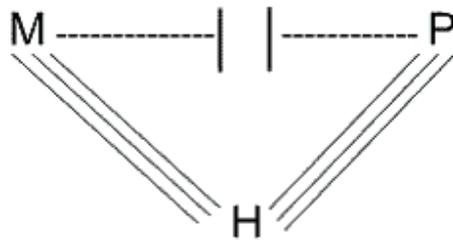
El cuarto factor importante en la identificación de un sistema familiar patológico son los triángulos. En este tipo de arreglo familiar, muchas veces dos miembros de la familia se unen contra un tercero. Minuchin (1974) y Umbarger (1983) han identificado varios tipos de triangulaciones. Las más comunes son: (a) la de una madre que crea una alianza o coalición con su hija, aislando al padre del sistema; (b) la de un padre y madre que para evitar enfrentarse a sus conflictos enajenan a uno de sus hijos y lo convierten en el chivo expiatorio o el "enfermo" de la familia (véase figura 2 para varios tipos de triangulaciones).

Como el lector habrá notado, estas cuatro categorías mayores de patología familiar tienden a traslaparse entre sí, pero las mismas suelen ser útiles al momento de realizar una formulación sistémica de una familia.

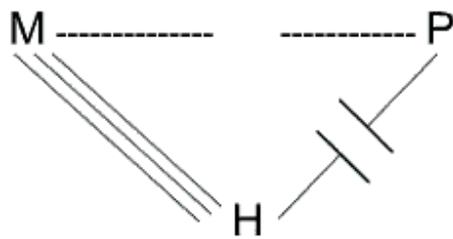
Otro constructo importante en las terapias sistémicas es el de causalidad recíproca. En este caso, los problemas de los miembros de la familia no son interpretados en términos de causalidad lineal o intrapsíquica, sino como procesos interdependientes que logran el balance homeostático, el cual explicamos con anterioridad.

Asimismo, en las terapias sistémicas se utiliza el término resistencia para connotar una tesis medular: toda familia se resistirá al cambio de las estructuras o procesos sistémicos. Se entiende que esto es así ya que dichas familias se han mantenido funcionando a través de una homeostasis particular y cualquier desbalance en la misma crearía una crisis sistémica. Por tal razón, el terapeuta sistémico ya de antemano previene resistencias al realinear los subsistemas o a cualquier tipo de intervención que socave el funcionamiento desadaptativo anterior. En la sección de técnicas elaboraremos cómo el terapeuta se las ingenia para lograr vencer las mismas.

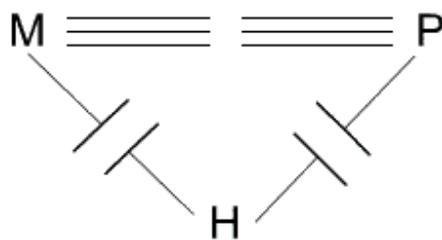
Figura 1 . Tres tipos de fronteras entre padres e hijos.



Triangulación en donde unos padres en conflicto le piden una alianza a su hijo.



Un triángulo en donde existe una coalición de la madre e hijo, en contra del padre.



Madre y padre crean una alianza y se usan contra un hijo "enfermo" (chivo expiatorio) de la familia.

Terapia de familia estratégica

Esta modalidad se identifica mayormente con autores como Jay Haley (1976) y Cloe Madanes (1981). La premisa básica en la cual se engrana esta terapia familiar de corte sistémico consiste en conceptualizar un síntoma como un acto de comunicación familiar o como una secuencia de conductas que conllevan mantener la homeostasis del sistema. Lo que todo terapeuta estratégico desea hacer es interrumpir y desbalancear la homeostasis patológica anterior, lo que le permitiría a la familia desarrollar y practicar nuevos estilos de comunicación. En esta modalidad sistémica no se intenta que los miembros desarrollen intromisión de los patrones desadaptativos anteriores; todo lo que se pretende es usar el síntoma del paciente para crear un nuevo sistema o una nueva estructura. Sin embargo, y contrario a la escuela estructuralista, no se le da énfasis ni estudio a la estructura familiar; las familias son libres de reorganizarse como lo deseen. Asimismo, el terapeuta asume un papel sumamente activo, iniciando o dirigiendo intervenciones estratégicas para cada problema. Para lograr esto, el terapeuta establece metas claras, en donde siempre queda explícita la necesidad de resolver el problema o síntoma actual. Este

es, por lo tanto, altamente pragmático, el cual le ofrece énfasis a los detalles de los síntomas y mucho menos al crecimiento o reestructuración sistemática de la familia.

Una de las características de los clínicos estratégicos lo constituye su énfasis en combatir la resistencia proveniente de la homeostasis familiar patológica. Para lograr contrarrestar la resistencia, el terapeuta prescribirá síntomas o utilizará técnicas paradójicas, en donde el terapeuta se coloca en la posición de no perder, no importa lo que suceda. Abundaremos sobre esto en la sección de técnicas.

Al igual que otras escuelas sistémicas, los terapeutas de familia estratégicos ven la familia como un sistema interpersonal análogo a otros sistemas cibernéticos. La familia funcionaría a través de procesos circulares, en donde entrarían en función mecanismos complejos que por su propia naturaleza se influyen de manera interdependiente, los cuales se repiten en secuencias regulares entre tres o más personas. Por ejemplo, en uno de sus libros Haley expone la siguiente interacción circular: a) el padre se torna triste y se retira, b) el niño se comporta mal, c) la madre no puede manejar al niño, d) el padre interviene con el niño y la madre, e) esto trae que el niño se comporte bien, f) la madre se torna más efectiva, espera más del padre, g) el padre se torna triste y se retira.

Como el lector habrá notado, este ciclo se repite continuamente entre tres o más personas. Según Haley, el terapeuta estratégico no descubre "causas" lineales que expliquen los síntomas que una familia trae al consultorio. En lugar de esto, se aboca a ver las familias como implicadas en un juego, el cual tiene la función de mantener la homeostasis del sistema.

2. Vertiente conductual-cognoscitiva

Contrario a muchos movimientos y escuelas de familia, este modelo no ha tenido líderes carismáticos. En vez de esto, el terapeuta de familia conductual-cognoscitivo se ha nutrido más que nada de varias teorías de aprendizaje y en el estudio minucioso y sistemático de las interacciones y transacciones familiares, tanto de familias "normales" como de esas disfuncionales.

Gerald Patterson y sus innumerables colegas (Patterson, 1974; Patterson y Brodsky, 1966) durante la década de los 1960 y 1970 iniciaron una variedad de trabajos empíricos y de conceptualización teórica, los cuales dieron paso al estudio de los procesos familiares. Dentro de esta vertiente se trabaja con la premisa de que las conductas disfuncionales son en gran parte aprendidas y otra porción de ellas se adjudican a disfunciones de corte biológico. Un ejemplo de estas últimas sería la conducta antisocial de un adolescente, la cual podría explicarse por un sistema nervioso central hipoactivo (Parker, 1993).

Durante las décadas de los 1960 y 1970 el énfasis iba dirigido a la búsqueda de explicaciones de corte operante o respondiente (Patterson, 1974; Liberman, 1970; Stuart, 1969). La tesis medular consistía en postular que las transacciones de los diversos miembros de la familia estaban regidos por contingencias de refuerzos y castigos, modelaje, condicionamiento clásico, etc. Se desprende que en una familia desadaptativa las transacciones entre sus miembros se enmarcan dentro de patrones interactivos en donde se refuerza la conducta desadaptativa, se castiga o se extingue la conducta prosocial, hay un extenso modelaje de conductas inadecuadas, etc. De hecho, los estudios empíricos de diferentes investigadores enmarcados dentro del paradigma del aprendizaje social, comenzaron a encontrar que este era el caso en familias desadaptativas (Patterson,, 1982).

En particular, el terreno investigativo era muy fértil en lo que se refiere al estudio y modificación de niños que son llevados a la clínica por conductas inadecuadas.

Y a mediados de la década de los 1960 Wahler, Winkel, Peterson y Morrison (1965) presagiaban correctamente lo que se convertiría en un enfoque muy productivo. Citamos:

La mayoría de los psicoterapeutas asumen que los padres componen la influencia principal dentro del medio ambiente natural del niño. Desde el punto de vista del aprendizaje social es probable que la conducta de los primeros sirva la función de ofrecer una variedad de estímulos, los cuales controlan las conductas respondientes y operantes de sus hijos. Por lo tanto, si algunas de las conductas de ese niño son desviadas desde una edad temprana, sus padres probablemente son la fuente de los estímulos y reforzadores que han producido y mantenido dichas conductas. Un procedimiento lógico para lograr la modificación de la conducta desviada de ese niño, implicaría cambiar la conducta de sus padres. Dichos cambios deberían de ser dirigidos a entrenarlos para que eliminen las contingencias que actualmente apoyan la conducta desviada del niño y proveerle a éste nuevas contingencias con el propósito de producir y mantener unas conductas más normales las cuales ahora competirían con la conducta desviada (p. 114).

Precisamente, este enfoque se le conoce hoy en día como "entrenamiento a padres" (*parent training*), el cual ha sido estudiado y aplicado de manera extensa y con un éxito resonante (Dangel y Polster, 1984). En el mismo, se le enseña a los padres una variedad de técnicas e intervenciones conductuales y se les ofrecen unos módulos psicoeducativos para que logren entender, de acuerdo con los modelos de aprendizaje social, sus errores en la crianza anterior de su niño.

Estos modelos al principio se presentaron de manera algo lineales y simplistas, pero con el pasar del tiempo y a tono con la complejidad de las interacciones de las familias desadaptadas, los mismos tomaron un giro más circular, recíproco e interdependiente. Por ejemplo, en los nuevos modelos de Patterson (1982; Patterson, Reid y Dishion, 1992), los cuales él ha tildado de procesos familiares coercitivos, se postula que gran parte de las dificultades entre hijos y padres se debe a un ciclo repetitivo de interacciones coercitivas y de conductas negativas que se retroalimentan entre ambos. Así, si la niña desea salir con sus amigas tarde en la noche y su madre le contesta negativamente, la niña comenzará a protestar y a emitir una serie de conductas aversivas para la madre (gritar, empujar muebles, etc.), las cuales son terminadas cuando la madre no resiste más y le indica a ésta que salga y se vaya con sus amigas. De esta manera, hubo un refuerzo positivo para la conducta coercitiva de la niña y hubo un refuerzo negativo para la conducta permisiva de la madre, quien así terminó los gritos aversivos de su hija. Por lo tanto, ambas comienzan a jugar papeles importantes en mantener este ciclo negativo de transacciones interpersonales.

Por otro lado, durante la década de los 1970 comienza a aparecer una literatura muy abundante sobre terapia conductual de parejas (Jacobson, 1977; Jacobson y Margolin, 1979). Esta literatura ha seguido creciendo y ahora abarca los procesos cognoscitivos también (Dattilio y Padesky, 1990). Aquí se parte de la premisa de que las transacciones maritales o de pareja no están funcionando cabalmente debido a que los miembros de la pareja poseen deficiencias en habilidades de comunicación de sentimientos, presentan dificultades en destrezas de solución efectiva de problemas, tienden a darle énfasis y atención a las conductas indeseables del otro y concomitantemente extinguen o no refuerzan las conductas deseables del otro, etc.

Paralelo a esto, surge todo un movimiento robusto dentro de los enfoques conductuales-cognoscitivos a las dificultades sexuales de la pareja, llegándose a llamar esto como *terapia sexual*. En la misma el énfasis iba dirigido a enseñarle a los miembros de la pareja cómo comunicar gustos, intereses y sentimientos; emplear técnicas específicas que propiciaran una ejecución sexual más placentera; cambiar cogniciones desadaptativas e irracionales que cohibieran a uno o ambos miembros de la pareja (Heiman, LoPiccolo y LoPiccolo, 1981).

Entrada la década de 1990, las terapias de familia conductuales-cognoscitivas se han alejado considerablemente de los modelos de condicionamiento puro y se han acercado a enfoques más circulares, sistémicos y de interacción recíproca. Asimismo, las áreas de las cogniciones y del afecto están siendo integrados paulatinamente (Epstein, Schlesinger y Dryden, 1988).

TÉCNICAS

1. Terapias de familia sistémicas

Debido a las similitudes existentes entre los enfoques estructurales y los estratégicos, hemos decidido entrelazar las técnicas de ambas.

Tal y como lo explicamos en la sección anterior, dentro de las terapias sistémicas de familia se hace hincapié en lograr cambios en la homeostasis familiar patológica. En el modelo estructural se desea lograr cambios sustantivos en una estructura jerárquica en donde existen triangulaciones o coaliciones entre hijos y padres que no son apropiados. Para lograr esto, es importante que el terapeuta logre realizar exitosamente los siguientes tres tópicos: (a) el terapeuta se une a la familia en una posición de liderazgo; (b) el terapeuta va realizando un mapa de la estructura subyacente de dicha familia (coaliciones, triangulaciones, distanciamientos, enredos, fronteras), y (c) interviene activamente para transformar esta estructura. Esta tarea se hace viable utilizando técnicas como las siguientes:

- *Acomodo y unión.* Debido a que cada familia llega al consultorio con unos patrones rígidos y una homeostasis inflexible, el terapeuta debe de acomodarse como un experto empático entre los demás miembros de la familia. Una vez que este acomodo se realiza, es importante confrontar y retar los estilos y hábitos anquilosados de la familia. Esta labor es sólo posible si el terapeuta le demuestra a la familia que él puede desarmar sus defensas, pero de tal manera en que no se sientan amenazados y en donde cada miembro se sienta que el terapeuta los acepta y los entiende. Por lo tanto, el terapeuta no debe aliarse de manera permanente con un solo miembro o con un solo subsistema, sino que sus confrontaciones o alianzas temporales están condicionadas de manera estratégica para ir debilitando coaliciones disfuncionales y fortalecer subsistemas deteriorados.

- *Realineamiento de fronteras.* Las familias disfuncionales usualmente presentan dinámicas en donde sus fronteras o son muy flexibles (o abiertas) o muy inflexibles (o cerradas). El terapeuta debe entonces de intentar realinear dichas fronteras incrementando o la proximidad o la distancia entre los subsistemas familiares.

Si la familia está muy enredada, el terapeuta usará intervenciones que irán creando fronteras donde no las había para ir creando la independencia de sus miembros. Por

ejemplo, en una familia con una joven de 25 años en donde sus padres no le han permitido una vida de mujer adulta, el terapeuta fomentará activamente el que a ella no la interrumpen al hablar, propiciará el que ella vaya tomando sus decisiones sin consultar continuamente sus acciones y tratará de unir más a su padre y su madre, para que de esta forma el subsistema marital se fortalezca, teniendo como resultado la formación de un subsistema de hijos con una frontera adecuada con sus padres.

- *Reinterpretar el síntoma.* Aquí el terapeuta redefine el síntoma del paciente identificado (el chivo expiatorio) dándole a su vez un nuevo significado, el cual el terapeuta usará para lidiar con algún problema estructural. Por ejemplo, si un paciente de 30 años viene a terapia con sus padres quejándose continuamente de depresión y de que no puede manejar su vida, se podría reinterpretar el síntoma como que él en realidad no está deprimido. Se le explicaría a su familia que lo que sucede es que la queja de la depresión le permite quedarse en la casa con sus padres y así velar para que éstos no discutan o peleen. El propósito de esta técnica no es sólo remover o desenfocar el síntoma de la depresión, sino más importante aún, el abrir nuevos canales que permitirán una nueva estructura de subsistemas en la familia. En el caso del joven deprimido, a éste se le libera de vigilar que sus padres no peleen, tarea que obviamente no le corresponde, y rehacer su vida más independiente. Al quitarle todo este peso de encima, la depresión probablemente desaparecerá.

- *Crear desbalances.* Para lograr cambiar la jerarquía imperante de relaciones familiares, el terapeuta sistemáticamente se afilia en ciertos momentos con algunos miembros, puede que ignore a otros o inclusive entre en una coalición de unos miembros contra otros. Estas estrategias tienen el propósito central de desbalancear y deshacer una estructura familiar sintomática, e ir creando nuevas relaciones de poder entre sus miembros.

Debido al espacio reducido con que contamos, no nos es posible detallar todas las técnicas que el terapeuta de familia estructural emplea. En la Tabla 1 se presenta un bosquejo de algunas de las más importantes a la luz de los cambios sistémicos y estructurales deseados. El lector interesado debe consultar las siguientes referencias para más detalles (Aponete y VanDeusen, 1981; Colapinto, 1991; Minuchin y Fishman, 1981; Nichols, 1984).

En cuanto a las terapias de familia estratégicas, ya habíamos mencionado que las mismas no tienen como meta preeminente realinear de una manera tan sistemática las estructuras de la familia. Sí se desea desbalancear la homeostasis prevaleciente y crear nuevos patrones de relación, utilizando para ello el propio síntoma que se trae a la sesión. Al igual que otras terapias sistémicas, aquí se da por supuesto que los cambios importantes en los síntomas individuales del paciente solamente ocurrirán cuando se logren cambios sistémicos familiares. Para lograr esto, el terapeuta toma un papel muy activo, dando directrices y asignaciones constantes a la familia. Dichas directrices tienen el propósito cardinal de cambiar las maneras en que la gente se relaciona con otros y con el terapeuta. Las directrices pueden ser de tipo conductual o paradójicas; pueden ser dadas a un solo individuo o a toda la familia a la vez. Asimismo, el terapeuta es el responsable de planificar estrategias efectivas que resolverán el problema o síntoma. La meta es mayormente pragmática. Entre las técnicas utilizadas están:

- *Intervenciones paradójicas.* Debido a que los clínicos estratégicos parten de la premisa, para ellos inequívoca, de que todo cambio a la homeostasis implicará resistencia de parte del sistema familiar, éstos se han ingeniado diversas maneras de vencer dichas resistencias. Una técnica muy utilizada por los especialistas es la de

intervenciones paradójicas. Estas pueden ser definidas como la prescripción de tareas a la familia que aparentan contradecir las metas de la terapia. Ejemplos serían: a) decirle al paciente identificado que exagere o que esté más pendiente de sus síntomas; b) indicarle a la familia que no pueden o no deben cambiar; c) prescribirle al paciente y la familia la propia conducta o síntoma que se quiere evitar.

El razón detrás de las paradojas es la creencia de que la familia resistirá los intentos del terapeuta de cambio. Al resistirlos, harán lo contrario de lo recomendado, creándose así el cambio deseado. Por ejemplo, si el terapeuta prescribe que el paciente continúe con su síntoma, éste y su familia tratarán de sabotear el intento de ayuda del terapeuta. Pero este acto de sabotaje no trae otra cosa que la mejoría o la pérdida del síntoma.

- *Reenmarcamiento (reframing)*. Esta técnica se utiliza muy en especial para darle una connotación ingenua o inocua a una conducta de algún miembro de la familia que hasta ese entonces era visto como malévolo. Por ejemplo, si la esposa casi no es comunicativa y se encierra en sí misma cuando su esposo le increpa algo, el terapeuta puede reenmarcar la conducta de ella en términos positivos, tal como que ella ha hecho esto porque ama demasiado a su marido y no ha querido herirlo. Al redirigir sus energías al cambio y menos a la crítica mutua, las familias pueden concentrarse mejor en lograr una homeostasis más funcional.

Tabla 1. Técnicas importantes en terapia de familia estructural.

1. Creación de transacciones

- Estructuralización
- Inducir transacciones problemática
- Imponer tareas dentro de la familia

2. Unirse con la transacción

- Rastreo
- Acomodación

3. Reestructurando la transacción

- Añadir un nuevo sistema
 - Sustraer sistemas
 - Exagerar el síntoma
 - Minimizar el síntoma
 - Moviéndose a un nuevo síntoma
 - Reenmarcar el síntoma
 - Reorganizar el sistema
-

- *Técnicas conductuales.* Tanto los clínicos estructurales como los especialistas utilizan libremente una diversidad amplia de técnicas conductuales. Por ejemplo, en su estudio Minuchin, Rosman y Baker (1978) utilizaron técnicas de condicionamiento operante con casi todas sus pacientes anoréxicas. El uso de éstas es más bien para redirigir los esfuerzos de la familia y para aminorar síntomas. Los clínicos sistémicos no estarían de acuerdo con la postura de que dichas técnicas son suficientes para un cambio duradero. Éstas son un medio para lograr un cambio a la homeostasis. El lector interesado en profundizar sobre técnicas estratégicas debe consultar las obras de Haley (1976) y de Madanes (1981).

2. Técnicas conductuales cognoscitivas

Dentro de la vertiente conductual cognoscitiva se pueden hallar docenas de diferentes técnicas, por lo que aquí sólo bosquejaremos a grandes rasgos algunas de las principales, en especial cuando se aplican en el nivel de intervención familiar.

- *Psicoeducativo.* No importa si es en el tratamiento de la esquizofrenia, en trastornos de niños o en trastornos de ansiedad, en este modelo se trata de garantizar que los miembros de la familia o la pareja tengan un entendimiento claro de los principios del aprendizaje social y de la condición del paciente. Estos módulos pueden incluir desde tópicos generales tales como teorías de condicionamiento, cognición, características del desarrollo humano, manejo del estrés, hasta tópicos más específicos del trastorno del paciente, tales como autismo infantil, hiperactividad, esquizofrenia, etc. El propósito medular es que la familia despeje mitos o malos entendidos acerca de la condición del paciente identificado y que obtenga un bagaje del racional de las técnicas que se usarán.

- *Estrategias de condicionamiento operante.* Las mismas se utilizan principalmente en el manejo de niños y adolescentes. Por ejemplo, en casos de niños con trastornos de conducta se recomiendan técnicas como el aislamiento (*time-out*) y la economía de fichas (*token economy*). En el primero, los padres le enviarán sólo dos avisos al niño para que emita o deje de emitir una conducta dada (ejemplo, pelear con el hermano menor). Si al cabo de los dos avisos el niño no responde, uno de los padres lo colocará sutilmente en una silla aislado de juguetes y otros entretenimientos por un espacio que varía de 5 a 10 minutos. En el caso de la economía de fichas, se utiliza un cartelón en donde se apuntan unas seis conductas que los padres desean que el niño mejore. Diariamente las mismas van a ser monitoreadas con mucho cuidado. Al final del día los padres se reúnen con el niño y se le entregan fichas de colores que equivalen a diferentes puntos. Con estos puntos el niño crea un menú de actividades placenteras (comer mantecado, correr bicicleta, ir al teatro, etc.) y canjeará dichos puntos por las mismas. (Véase a Browning y Stover (1971) para un listado de otras técnicas basadas en condicionamiento operante).

- *Contrato conductual.* Una variante del condicionamiento operante consiste en realizar un contrato familiar (o marital) escrito en donde cada una de las partes se compromete a eliminar unas conductas indeseadas y a aumentar unas conductas

deseadas. El propósito de estos contratos es reemplazar los patrones hostiles y coercitivos anteriores por conductas de cooperación y de satisfacción mutua. Las mismas suelen utilizarse más en adolescentes y entre adultos con dificultades interpersonales. El lector interesado puede consultar a O'Leary y Turkewitz (1978) para la implementación de diversos tipos de contratos.

- *Entrenamiento en comunicación.* Diversas investigaciones han arrojado el triste hecho que en las familias disfuncionales predomina un ambiente en donde lo que tiende a comunicarse y expresarse son los afectos negativos. En éstas pocas veces se conversa o se hace énfasis en el compartir sentimientos positivos o en comunicar los aspectos positivos de cada miembro. En este tipo de modalidad el terapeuta trae a la sesión un tópico controversial en la familia y monitorea cómo la familia discute, maneja y resuelve el mismo. Muchas veces se utiliza una máquina de vídeo para que posteriormente los miembros de la familia se observen en ciclos coercitivos. El terapeuta debe de ir instigando en esta familia otras prácticas de comunicación, partiendo de la premisa de que dicha familia no ha desarrollado la habilidad de negociar y solucionar conflictos de una manera adecuada. El terapeuta ofrece entrenamiento, retroalimentación y refuerzo positivo a los nuevos estilos de comunicación. Para que dichas destrezas se generalicen al medio familiar se han generado manuales escritos que se usan en la casa, se realizan sesiones en el hogar y se da énfasis en tareas extraclínicas.

- *Entrenamiento en solución de problemas.* No sólo los estilos de comunicación suelen ser deficientes en familias que buscan ayuda, sino que también su manera de solucionar un conflicto no es adecuada. Para resolver o modificar estos estilos anquilosados, el terapeuta expone a la familia a situaciones problemáticas y les va enseñando y moldeando cómo utilizar técnicas basadas en solución de conflictos.

El modelo de D´Zurrilla (1986) es muy utilizado ya que es sistemático y estructurado. En el mismo se toma un problema sin resolverse y se aplica el sistema de D´Zurrilla. El mismo consiste en varios pasos: a) tormenta de ideas; b) eliminar las alternativas o ideas ridículas o improbables; c) evaluar los pro y contra de las alternativas o ideas que hayan quedado; d) identificar la alternativa con más probabilidades a favor; e) exponer un plan sistemático para que esta idea se implemente de inmediato; y, f) un periodo de seguimiento para auscultar si la misma es viable y exitosa.

- *Utilización de técnicas cognoscitivas.* Terapeutas conductuales de familia y de pareja (Baucom y Epstein, 1989; Bedrosian y Bozicas, 1994; Dattilio y Padesky, 1990; Weiss, 1984) han comenzado a incorporar estrategias provenientes de las terapias cognoscitivas ya que han identificado que parte de los disturbios de pareja o familiares se deben a que sus miembros demuestran una marcada proclividad a interpretar diferentes acontecimientos cotidianos como amenazantes o conflictivos, cuando en realidad son inocuos. Estas interpretaciones irracionales culminan en discusiones dañinas e innecesarias. Para auscultar esta faceta se ha recomendado el uso de la terapia cognoscitiva de Beck (1976), en donde se identifican los pensamientos automáticos disfuncionales y atribuciones gratuitas que mediatizan crisis familiares.

Por ejemplo, puede ser que una joven esposa presente un cuadro de inseguridad y de celos injustificados con la figura de su esposo, lo que a su vez ha provocado malestar en éste. Si se utilizara terapia cognoscitiva, el terapeuta identificaría los pensamientos automáticos que llevan a la joven esposa a pensar que su esposo no la quiere. Asimismo, tratará de detectar qué tipos de errores atribucionales comete ésta. Una vez que se tenga un cuadro o mapa más claro de su procesamiento de información, el terapeuta ayudará a la paciente a que rete, cuestione y se enfrente a sus miedos e inseguridades. En todo este proceso se incorporará la figura del esposo para que éste sea a su vez un agente de cambio en su esposa.

APLICACIONES

En esta sección haremos un breve recorrido de las aplicaciones de estas modalidades, con un especial énfasis en lo que la investigación clínica ha aportado.

1. Vertientes sistémicas

Las terapias de familia de tipo estructural han sido aplicadas con éxito en varios trastornos psicosomáticos y alimenticios, tales como el asma (Minuchin, Baker, Rosman, Liebman y Todd, 1975) y la anorexia nerviosa (Minuchin, Rosman y Baker, 1978). En estos trastornos el terapeuta de familia intenta desenfocar el síntoma del paciente identificado (el chivo expiatorio) de la atención de la familia y en vez se dirige a reestructurar la familia creando nuevas fronteras, eliminando triangulaciones y coaliciones, reenmarcando el problema del paciente identificado e incluso podrían utilizarse técnicas conductuales para promover cambios sistémicos.

En un estudio prospectivo, pero no controlado, Minuchin *et al.*, (1978) reportaron una mejoría del 85% en pacientes jóvenes con anorexia nerviosa. Asimismo, Stanton y Todd (1982) han reportado estudios en donde este tipo de terapia estructural ha sido aplicada con bastante éxito en personas con adicción a drogas. Por su parte, Szykula, Morris, Sudweeks y Sayger (1987) utilizaron exitosamente terapia de familia de corte estratégico con familias que tenían niños con problemas de conducta.

Otro tipo de aplicación sistémica la han reportado Henggeler, Melton y Smith (1992) con adolescentes y sus familias en casos de conducta delincuente. Los resultados indicaron que la terapia sistémica resultó mejor que un grupo control en la reducción de días de encarcelación y decremento en la conducta criminal.

No pueden pasar desapercibidos los estudios de Szapocznik *et al.*, (Szapocznik y Kurtines, 1989; Szapocznik, Kurtines, Foote, Pérez-Vidal y Hervis, 1983; Szapocznik, Kurtines, Santisteban y Río, 1990), quienes se han dedicado a trabajar con familias latinas con problemas de drogodependencia y niños con problemas conductuales. Estos terapeutas de familia usan como marco conceptual el modelo sistémico estructural. Sin embargo, éstos han desarrollado diversas estrategias culturales que vayan a tono con la ideología de las familias latinas, para lograr insertar a éstas en el tratamiento. Una vez que las insertan es que comienza de lleno la terapia familiar. Adicional a esto, debe hacerse hincapié en que este grupo de clínicos e investigadores han documentado empíricamente la efectividad de las terapias estructurales con las poblaciones anteriormente señaladas. Incluso, esta modalidad ha resultado ser más efectiva que terapias de corte psicodinámico individual con niños que evidencian problemas conductuales.

Aunque estos estudios ciertamente son altamente sugestivos, no menos cierto es que la aplicación de las terapias sistémicas sólo ha sido evaluada de manera crítica y rigurosa en unos pocos trastornos psiquiátricos. Desconocemos su potencial de éxito en trastornos de ansiedad, disociativos, depresivos, y en toda una gama de otras psicopatologías. Esto resulta lamentable ya que la implicación tácita es que el uso de las terapias de familia sistémicas se basa más bien en recuentos de éxitos anecdóticos y no en investigaciones de mayor envergadura y rigurosas (para críticas adicionales véase a Martínez-Taboas, 1986, 1988).

2. Terapias de familia conductuales-cognoscitivas

Contrario a las terapias sistémicas, los enfoques de familia conductuales-cognoscitivos tienen a su favor un bagaje extenso de investigación empírica que respalda su uso y efectividad (Gurman, Kniskern y Pinsof, 1986). Debido a lo extensa de esta literatura, sólo haremos una sinopsis de hallazgos importantes:

- *Trastornos de conducta en niños.* Los estudios empíricos indican que las modalidades anteriormente descritas de entrenamiento a padres son altamente efectivas en diversos trastornos de niños, tales como niños con problemas de conducta, hiperactividad, enuresis, encopresis, autismo, trastorno de identidad sexual, y fobias escolares. Esta modalidad consiste en orientar y educar a los padres sobre los parámetros y características de la condición y luego aplicar de manera gradual y progresiva técnicas basadas en aprendizaje social. Los resultados indican que las mejorías logradas son en muchos casos robustas y estables. Contrario a miedos y dudas expresados en la década de los 60's, no suele haber sustituciones de síntomas. Al contrario, lo usual es que una vez el niño mejora, los padres a su vez sienten un alivio emocional marcado (Dangel y Polster, 1984; Kazdin, 1994; Martínez-Taboas, 1986).

- *Esquizofrenia.* Diversos estudios impecablemente diseñados revelan que las intervenciones de familia de tipo conductual son altamente efectivas en reducir el uso de medicamentos, recaídas y sintomatología en estos pacientes una vez regresan a su hogar. Estas estrategias en parte van dirigidas para que los padres del paciente reduzcan la sobreprotección, las críticas y la hostilidad al paciente (Fallon, Boyd y McGill, 1984; Tarrier y Barrowclough, 1990).

- *Problemas de pareja.* Los terapeutas de familia conductual entienden que si el problema identificado es de la pareja, no hay necesidad de ver a otros subsistemas (ejemplo, los niños). Jacobson *et al.*, (Holtzworth-Munroe, Jacobson, Deklyen y Whisman, 1989; Jacobson, 1978, 1984), han realizado una labor programática sobre la efectividad de las terapias conductuales cognoscitivas en problemas de pareja. Los resultados indican que esta modalidad, al momento de escribir estas líneas, es la más apoyada en el nivel empírico, en donde se benefician de una manera u otra la mayoría de las parejas (Jacobson y Addis, 1993). Sin embargo, si se adopta un parámetro bien conservador de mejoría, como lo serían puntuaciones totalmente normativas, el porcentaje de funcionamiento totalmente normativo estaría como en el 40%. Por lo tanto, hay margen aún para cambio.

- *Misceláneas.* Otros estudios reflejan aplicaciones exitosas de terapia familiar conductual-cognoscitiva en trastornos de tipo sexual (Whalen y Perlmutter, 1988), en familias con niños con problemas de aprendizaje y del desarrollo (Harris y Bruey, 1988), en pacientes obsesivos-compulsivos (Hand, 1988), etc.

AVANCES RECIENTES

En esta sección deseamos darle énfasis a tres aspectos a saber: (a) énfasis recientes en la investigación empírica de ciertos modelos de familia; (b) la elaboración del individuo dentro del sistema; y, (c) críticas recientes a ciertos modelos de familia.

1. Resultados de investigaciones empíricas

De 1986 al 1996 han aparecido más de dos docenas de investigaciones clínicas controladas y más de una docena de revisiones de dicha literatura (*cf.* Alexander, Holtzworth-Munroe y Jameson, 1994 para una exposición detallada de toda esta literatura). En cuanto a las terapias de pareja se refiere, el consenso es que las terapias de pareja de corte conductual-cognoscitivo son las más investigadas y las que más evidencia tienen a su favor de efectividad. Así, por ejemplo, Robinson y Jacobson (1987) hacen el siguiente señalamiento: "Aunque la terapia conductual marital bajo ninguna circunstancia puede ser presentada como la solución total a los problemas maritales, ésta ha generado más investigación que todos los demás enfoques de familia juntos. Más aún, hay evidencia que indica que esta modalidad es viable para una proporción sustancial de parejas con problemas" (p. 155).

Dicha opinión es apoyada por estudios y revisiones más recientes (Jacobson y Addis, 1993; Dunn y Schwebel, 1995). Por ejemplo, Dunn y Schwebel (1995) en un metaanálisis de 15 estudios clínicos de terapia marital, encontraron que las terapias conductuales y las cognoscitivas eran efectivas en traer cambios significativos a la relación de pareja. Más aún, la terapia conductual-cognoscitiva, al momento, es la única que logra cambios importantes en cogniciones disfuncionales relacionadas con la pareja.

En cuanto a las terapias de familia, la reciente revisión de Alexander, Holtzworth y Jameson (1994) parece dejar claro que las terapias de familia que más efectividad han demostrado son las conductuales y las sistémicas de tipo estructural y estratégico. En el metaanálisis más extenso y sofisticado hasta ahora realizado, Shadish *et al.*, (1994) confirman lo ya expresado y añaden que las terapias de familia de orientación psicodinámica y humanista hasta el momento sólo han demostrado resultados erráticos. Sin embargo, lo que aún no ha quedado del todo claro es si las terapias de familia son más efectivas que las terapias de tipo individual. Hay muy pocos estudios para poder contestar esta importante pregunta con alguna certeza.

2. El individuo dentro del sistema

Una crítica que repetidamente se le ha hecho a las terapias de familia, en especial a las de corte sistémico, es que el individuo parece disolverse en el sistema. Toda la conceptualización y formulación del caso toma su base en coaliciones, triangulaciones y otros procesos sistémicos, en donde hay muy poco o ningún margen para explorar el nivel individual del niño o de los miembros de una pareja. Sin embargo, en los últimos años en ciertas modalidades de terapia de familia se están haciendo esfuerzos para retomar al individuo dentro del sistema (Feldman, 1992; Nichols, 1987; Wachtel, 1994). Este paso nos parece muy acertado ya que una posición radical sistémica implicaría que todo lo que hemos aprendido de otras modalidades de terapia individual simplemente no tendría sentido. Más aún, variables individuales tales como las psicobiológicas (Chess y Thomas, 1986), las intrapsíquicas (Horowitz, 1988) y las de procesamiento de información (Dobson y Kendall, 1993) han resultado ser demasiado importantes e informativas como para no tomarlas en cuenta o al menos integrarlas con modalidades sistémicas.

Definitivamente secundamos a Nichols (1987) cuando anota lo siguiente: "En las familias casi ninguna interacción es simplemente el resultado de procesos grupales. Aun cuando el proceso de interacción parece tomar una vida propia, ésta suele ser el

producto de las personalidades dentro del sistema.... Necesitamos esta visión dual para poder ver los procesos de familia como moldeados por las propiedades emergentes del sistema y también como originándose en las necesidades y acciones individuales de los miembros de la familia" (p. 32).

A nuestro juicio, los modelos de familia más sofisticados son los que hacen esfuerzos conciliatorios e integrativos entre los niveles individuales y los niveles más macrosistémicos. Creemos que a esto se dirige lo que algunos autores tildan de "psicología de la familia" en donde hay una preocupación por el individuo pero insertado dentro del sistema familiar (Véase el voluminoso libro editado por L'Abate, 1985).

3. Críticas y observaciones recientes

Resulta curioso que aún los gestores de un número considerable de terapias de familia defienden tenazmente la idea de que para ofrecer un servicio efectivo de terapia de familia, ésta en su totalidad debe acudir a las sesiones. Inclusive, algunos terapeutas de familia de corte intergeneracional, recomiendan que acuda parte de la familia colateral. Sin embargo, esta recomendación no parece basarse en los resultados de investigaciones de proceso, sino en la mera tradición que con el tiempo se concretiza en posiciones dogmáticas.

A nuestro juicio, los innumerables estudios provenientes de las terapias de familia de corte conductual han demostrado hasta la saciedad que es posible ser efectivo trabajando sólo con ciertos subsistemas (ejemplo, el marital), sin tener que necesariamente involucrar a toda la familia. Para remarcar aún más esta posición, Szapocznik *et al.*, (1989) muchas veces trabajan con lo que ellos llaman terapia de familia de una sola persona, en donde han notado que al haber cambios robustos en el paciente identificado, los mismos comienzan a rebotar por el sistema familiar, creándose así cambios sistémicos a su vez. Por lo tanto, estudios recientes no parecen favorecer la idea de que es necesario e imprescindible la presencia de toda la familia para crear cambios sistémicos familiares.

Otra observación que deseáramos hacer es que los terapeutas de familia, en especial los de corte sistémico, minimizan de manera muy precipitada los aportes de las terapias individuales (psicodinámicas, cognoscitivas, experienciales), llegando incluso a veces a decirse que las mismas carecen de valor clínico duradero. Incluso en ocasiones pronostican con mucha ligereza recaídas o hasta crisis si no se profundiza en el nivel familiar. A nuestro juicio, esto puede ser cierto en algunos casos, pero la investigación empírica no deja dudas de que las terapias de corte individual muchas veces, lejos de provocar deterioro, traen en la vida del paciente beneficios profundos que incluso pueden ramificarse en el nivel interpersonal.

Siendo congruente con nuestra contribución sobre terapia integracionista en este mismo libro, creemos que el reto principal consiste en tratar de integrar diferentes modalidades tanto en el nivel teórico como práctico. La noción ya apoyada empíricamente de que los cambios sistémicos producen cambios individuales y que los cambios individuales producen cambios sistémicos, definitivamente invitan a una reflexión conceptual sobre cómo se manejan los cambios en niveles múltiples y cómo éstos traen influencias interdependientes y recíprocas de un nivel a otro.

CONCLUSIÓN

En unas cuatro décadas las terapias de familia han pasado de ser una modalidad incipiente e innovadora, a una totalmente establecida con un respaldo empírico y conceptual considerable. En este capítulo hemos expuesto al lector a dos modalidades de terapia de familia, las cuales son favorecidas al momento por la investigación clínica y empírica. Las mismas no dejan duda en el sentido de que hay un núcleo de situaciones clínicas que ameritan una postura que vaya más allá de una psicoterapia individual. Ciertamente, algunas condiciones clínicas (esquizofrenia, autismo, problemas conductuales en niños, algunos trastornos psicósomáticos, etc.) ameritan casi de manera obligatoria un enfoque de familia. Esperamos que la lectura de este capítulo propicie en el lector la suficiente curiosidad intelectual como para motivar, conocer o aplicar estas modalidades de tratamiento.

REFERENCIAS

Ackerman, N.W. (1958). *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.

Alexander, J.F., Holzworth-Munroe, A. y Jameson, P.B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 595-630). New York: Wiley.

Aponte, H.J. (1974). Organizing treatment around the family's problems and their structural bases. *Psychiatric Quarterly*, 48, 8-12.

Aponte, H.J., y VanDeusen, J.M. (1981). Structural family therapy. En A.S. Gurman y D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 310-360). New York: Brunner/Mazel.

Bateson, D., Jackson, D.D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.

Baucom, D.H. y Epstein, N. (1989). The role of cognitive variables in the assessment and treatment of marital discord. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*, Vol. 24 (pp. 223-251). Newbury Park: Sage.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Bedrosian, R.C., y Bozicas G.D. (1994). *Treating family of origin problems: A cognitive approach*. New York: Guilford.

Bell, J.E. (1967). Family group therapy. *Family Process*, 6, 254-263.

Bowen, M. (1976). Family therapy and family group therapy. En D.H.L. Olson (Ed.), *Treating relationships*. Iowa: Graphic Publishers.

Broderick, C.B. y Schrader, S.S. (1981). The history of professional marriage and family therapy. En A.S. Gurman y P.D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp.5-35). New York: Brunner/Mazel.

Browning, R.M. y Stover, D.O. (1971). *Behavior modification in child treatment*. Chicago: Aldine Publishing.

Chasin, R., Grunebaum, H. y Herzig, M. (1990). (Eds.). *One couple/four realities*. New York: Brunner/Mazel.

Chess, S.M. y Thomas, A. (1986). *Temperament in clinical practice*. New York: Guilford.

Colapinto, J. (1991). Structural family therapy. En A.S. Gurman y D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* Vol. II (pp. 417-443). New York: Brunner/Mazel.

Dangel, R.F. y Polster, R.A. (Eds.) (1984). *Parent training*. New York: Guilford.

Dattilio, F.M. y Padesky, C.A. (1990). *Cognitive therapy with couples*. Florida: Professional Resource Exchange.

Dobson, K.S. y Kendall, P. (1993). *Psychopathology and cognition*. New York: Academic Press.

Dunn, R.L. y Schwebel, A.I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family*, 9, 58-68.

D'Zurrilla, T.J. (1986). *Problem-solving therapy*. New York: Springer.

Epstein, N., Schlesinger, S. y Dryden, W. (Eds.) (1988). *Cognitive behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.

Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. y McHill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford.

Feldman, L.B. (1992). *Integrating individual and family therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Freud, S. (1912). *Consejos para el médico en el tratamiento psicoanalítico*. Madrid: Alianza Editorial.

Freud, S. (1915). *General introduction to psychoanalysis*. New York: Liverlight.

Glover, E. (1955). *The technique of psycho-analysis*. New York: International Universities Press.

Gurman, A.S., Kniskern, D.P. y Pinsof, W.M. (1986). Research on marital and family therapies. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3ra. ed. (pp. 565-624). New York: Wiley.

Haley, J. (1976). *Problem solving therapy*. San Francisco: Josey-Bass.

Hand, I. (1988). Obsessive-compulsive patients and their families. En I.R.H. Falloon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy* (pp. 231-256). New York: Guilford.

Harris, S.J. y Bruey, C.T. (1988). Families of the developmentally disabled. En I.R.H. Falloon (Ed.), *Handbook of behavioral family therapy* (pp.181-202). New York: Guilford.

Heiman, J.R., LoPiccolo, L. y LoPiccolo, J. (1981). The treatment of sexual dysfunction. En A.S. Gurman y D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 592-627). New York: Brunner/Mazel.

Henggeler, S.W., Melton, G.B. y Smith, L.A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 953-961.

Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N.J., DeKlyen, M. y Whisman, M.A. (1989). Relationship between behavioral marital therapy outcome and process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 658-662.

Horowitz, M.J. (1988). *Introduction to psychodynamics*. New York: Basic Books.

Jacobson, N.J. (1978). Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 442-452.

Jacobson, N.J. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 295-305.

Jacobson, N.J. y Addis, M.E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 85-93.

Jacobson, N.J. y Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.

Kazdin, A.E. (1994). Psychotherapy for children and adolescents. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4ta. ed. (pp. 543-594). New York: Wiley.

L'Abate, L. (Ed.). (1985). *The handbook of family psychology and therapy*. Illinois: Dorsey Press.

Liberman, R.P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 40*, 106-118.

Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Josey-Bass.

Martínez-Taboas, A. (1986). Terapia sistémica de familia: Evaluación crítica de algunos postulados. *Revista Latinoamericana de Psicología, 18*, 43-56.

Martínez-Taboas, A. (1988). La efectividad de las terapias de familia. *Revista Puertorriqueña de Psicología, 5*, 13-29.

Mildelfort, C.F. (1957). *The family in psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.

Minuchin, S. (1993). *La recuperación de la familia*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B., Liebman, R., Milman, L. y Todd, T. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.

Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press.

Minuchin, S., Rosman, B.L. y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families*. Cambridge: Harvard University Press.

Montalvo, B. (1973). Aspects of live supervision. *Family Process*, 12, 343-359.

Nichols, M. (1987). The individual in the system. *Family Therapy Networker*, 32.

O'Leary, K.D. y Turkewitz, H. (1978). Marital therapy from a behavioral perspective. En T.J. Paolino y B.S. McCrady (Eds.), *Marriage and marital therapy* (pp. 240-297). New York: Brunner/Mazel.

Patterson, G.R. (1974). Interventions for boys with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 471-481.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G.R. y Brodsky, M. (1966). Behavior modification for a child with multiple problem behaviors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 277-295.

Patterson, G.R., Reid, J.B. y Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing.

Raine, A. (1993). *The psychopathology of crime*. New York: Academic Press.

Robinson, E.A., y Jacobson, N.S. (1987). Social learning theory and family psychopathology. En T. Jacob (Ed.), *Family interaction and psychopathology* (pp. 117-162). Nueva York: Plenum.

Shadish, W.R., Montgomery, L.M., Wilson, P.W., Bright, Y. y Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 992-1002.

Stanton, M.D. y Todd, T.C. (1982). *Family therapy and drug abuse and addiction*. New York: Guilford.

Stuart, R.B. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.

Szapocznik, J. y Kurtines, W.M. (1989). *Breakthroughs in family therapy with drug-abusing and problem youth*. New York: Springer.

Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F., Pérez-Vidal, A. y Hervis, O. (1983). Conjoint versus one person family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 889-899.

Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Pérez-Vidal, A., Hervis, O.E. y Foote, F.H. (1990). One person family therapy. En R.A. Wells y V.J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 493-512). New York: Plenum.

Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Santisteban, D.A. y Rio, A.T. (1990). Interplay of advances between theory, research, and applications in treatment interventions aimed at behavior problem children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 696-703.

Szykula, S.A., Morris, S.B., Sayger, T.V. y Sudweeks, C. (1987). Child focused behavior and strategic therapies: Outcome comparisons. *Psychotherapy, 24*, 546-551.

Tarrier, N. y Barraclough, C. (1990). Family interventions for schizophrenia. *Behavior Modification, 14*, 408-440.

Umbarger, C.C. (1983). *Structural family therapy*. New York: Grune y Stratton.

Wachtel, E.F. (1994). *Treating troubled children and their families*. New York: Guilford.

Walen, S.R. y Perlmutter, R. (1988). Cognitive-behavioral treatment of adult sexual dysfunctions from a family perspective. En N. Epstein, S. Schlesinger y W. Dryden (Eds.), *Cognitive-behavioral therapy with families* (pp. 325-360). New York: Brunner/Mazel.

Weiss, R.L. (1984). Cognitive and strategic interventions in behavioral marital therapy. En K. Hahlweg y N.S. Jacobson (Eds.), *Marital interaction* (pp.337-355). New York: Guilford.

Whaler, R.G., Winkel, G.H., Peterson, R.F. y Morrison, D.C. (1965). Mothers as behavior therapists for their own children. *Behaviour Research and Therapy, 4*, 169-177.

Whitaker, C.A. (1958). Psychotherapy with couples. *American Journal of Psychotherapy, 12*, 18-23.

Wynne, L. (1961). The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy. En N.W.Ackerman, F.L. Beatmen y S.N. Sherman (Eds.), *Exploring the base for family therapy*. New York: Family Service Association of America.

TERAPÉUTICA DE LAS ADICCIONES

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela, España

[Luis Armando Oblitas Guadalupe](#)
Universidad Latinoamericana, México

ANTECEDENTES

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre. Fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, beber pócimas, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc., son ejemplos bien conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado o sigue utilizando a lo largo de la historia. Más actualmente, junto a las anteriores, y sus derivados industriales o químicos, destacan las nuevas adicciones, unas derivadas de sustancias, como es el caso de la heroína, la cocaína, las drogas de diseño, el LSD, entre las más importantes, y otras adicciones comportamentales, sin sustancia, como resultado de nuestra sociedad tecnológica, como la adicción a Internet, al juego de azar, al teléfono móvil, a los teléfonos eróticos, al sexo, a las compras y a un amplio etcétera de conductas que pueden llegar a ser adictivas (Becoña, 1998b; Oblitas, 2003).

Por ello, en los últimos años se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), y evolucionando a partir del mismo, se aplicaban inicialmente a sustancias psicoactivas que ingeridas por un individuo tenían la potencialidad de producir dependencia. Con el transcurrir de los años, se observó que también existían conductas, que sin haber sustancia de por medio, tenían la capacidad de producir dependencia y el resto de las características que tenían las dependencias a las sustancias psicoactivas.

Una característica central de las conductas adictivas es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o la obliguen a buscarlo. Gossop (1989) definió como elementos característicos de una adicción: (a) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); (b) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); (c) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y (d) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. En la misma línea, Echeburúa (1999) considera como características principales de las conductas adictivas la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

Si tuviésemos que hablar de diferencias entre las adicciones del pasado y las actuales, nosotros consideramos que hay tres diferencias fundamentales entre unas

y otras. Estas son: (a) la disponibilidad y comercialización (sea de tipo legal o ilegal) a lo largo de todo el planeta de sustancias o productos que producen adicciones en los individuos, (b) la pérdida del sentido simbólico y del valor cultural que tenían en el pasado muchas de las adicciones actuales, que en aquel contexto se consumían controladamente de un modo normativizado y ritualizado, y (c) el cambio social que facilita el individualismo, la búsqueda del placer inmediato y la satisfacción de todas las necesidades que piensa el individuo que le son imprescindibles, facilitando con ello caer más fácilmente en las adicciones.

Respecto a la primera, hoy es indudable que la disponibilidad de sustancias y conductas con poder adictivo es enorme. Además, las sustancias se han miniaturizado, en el sentido comercial y físico, consiguiéndose con ello una posibilidad de transporte fácil de las mismas y casi ilimitado en cantidad (Westermeyer, 1998). Por ejemplo, no es lo mismo el número de dosis para el consumo que obtenemos de una tonelada de hoja de coca que de una tonelada de cocaína. La segunda permite multiplicar el número de dosis para el consumo por varias cifras respecto a la primera.

La pérdida del sentido simbólico de muchas sustancias ha facilitado un incremento de las adicciones. En muchas culturas la sustancia o la conducta tenía un valor simbólico o ritual, y como tal valor estaba sometida a las normas y al control social. Sin ese control social, en muchos casos precisamente para evitar excesos, el exceso ritual pasa a convertirse en un exceso frecuente. Esto lleva a que una parte de los individuos de ese sistema social tenga problemas con esa sustancia. Y, finalmente, los cambios sociales, económicos, tecnológicos y de todo tipo que hemos vivido en los últimos 50 años, han facilitado el cambio de un tipo de hombre a otro, en el más amplio sentido. Desaparece la ruralización y se incrementa la urbanización, se cambia el modo de producción, de intercambio de bienes y el modelo económico, produciendo falta de referentes en muchos individuos, entre otros. En otros casos, ante la disponibilidad de dinero que permite adquirir bienes, algunos optarán por la adquisición de aquellos más inmediatos que producen ese placer inmediato. Y, en este placer inmediato, están la mayoría de las adicciones.

El mayor problema que tienen las adicciones no son habitualmente los efectos que producen a corto plazo. El problema está en los efectos que producen a mediano y a largo plazo. Así, muchos fumadores de cigarrillos morirán años después de fumar ininterrumpidamente de cáncer de pulmón o de enfermedades cardiovasculares (Becoña y Vázquez, 1998; Oblitas, 2002); muchos bebedores excesivos de alcohol o alcohólicos morirán de enfermedades hepáticas o de accidentes; muchas personas dependientes de la heroína o de la cocaína morirán de enfermedades causadas por ellas, como ha ocurrido y está ocurriendo con el sida, la hepatitis, infecciones, etc., aparte de los problemas sociales que causan en forma de robo, extorsión, problemas legales, familiares, etc. Lo mismo podemos decir de las otras adicciones, donde en muchos casos la ruina económica es un paso previo al resto de los problemas legales, familiares, físicos, etc.

ESTADO ACTUAL

Hoy el primer elemento relevante en las adicciones es delimitar qué entendemos por una adicción. A pesar de que hay criterios específicos para los distintos trastornos, como la dependencia de sustancias psicoactivas, el juego patológico, etc., todos parten de los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, dado que además

en las adicciones, sean con o sin sustancia, se dan los fenómenos de pérdida de control, tolerancia, síndrome de abstinencia, etc. En esta línea, para el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) la dependencia de sustancias psicoactivas se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los síntomas que indicamos a continuación, y durante un período continuado de 12 meses. Estos síntomas son los siguientes:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado; (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia; (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo (por ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

El DSM-IV también considera el abuso de sustancias como una condición menos grave que la dependencia. En el caso de la dependencia de sustancias, cuando nos referimos a conductas sin sustancia, el diagnóstico sería el mismo sustituyendo sencillamente la palabra sustancia por la "específica" conducta adictiva (ej., juego, sexo, etc.), con los matices para esa específica conducta (Echeburúa, 1999).

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES Y APLICACIONES

Objetivos a conseguir en el tratamiento de una conducta adictiva

Son muchas las sustancias y conductas a las que las personas pueden adquirir dependencia. En cualquier intervención terapéutica con una persona con adicción hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento. Estos van graduados en función de la propia dependencia; esto es, poco se puede hacer con una intervención psicológica si la persona está intoxicada cuando acude a consulta; o, poco se puede hacer para intentar que mejore su estilo de vida saludable si no conoce medidas adecuadas para hacerlo.

El primer objetivo del tratamiento es que la persona con una adicción asuma que necesita el tratamiento. Tanto en las drogas legales como en las ilegales hay un proceso de negación de muchos de los adictos a las mismas (Becoña, 1998a). La drogas les producen placer, bienestar, satisfacción (reforzamiento positivo) y, al mismo tiempo, la propia droga les permite evitar el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo) cuando no consumen o no tienen suficiente dosis. Por ello, la dependencia se mantiene en el tiempo y el proceso de reforzamiento hace que las graves consecuencias que suelen acompañar a éste impidan al principio asumir el problema. Asimismo, por los procesos de cambio, se sabe que la persona tiene que pasar por distintas fases antes de asumir que tiene que hacer un cambio.

Una vez que la persona ha asumido que tiene que cambiar, va a solicitar distintos tipos de ayuda. Y es entonces de gran importancia hacerle ver claramente que precisa ayuda, que tiene que cambiar su conducta por las graves y evidentes consecuencias que le están produciendo, pero que la persona no ve en ese momento (por ejemplo, que lo han despedido del trabajo, que ha tenido que abandonar los estudios, que tiene conflictos familiares, que lo ha detenido la policía, que tiene que ingresar a prisión, que sus relaciones sociales han cambiado y ahora se relaciona sólo con amigos consumidores, etc.). Superada la fase de negación de que el consumo de drogas es un problema o la minimización del mismo, hay que delimitar claramente por qué acude a pedir ayuda, factores relacionados y otras dificultades que ha causado la dependencia. Esta es la fase de evaluación.

El tratamiento se va a orientar inicialmente a que la persona consiga la abstinencia. Aquí va a variar el abordaje según se trate de una persona dependiente del alcohol, la nicotina, la heroína, cocaína o el juego o internet, pero dentro de más aspectos comunes que distintos en lo que atañe a las técnicas de tratamiento que utilizaremos con unos o con otros. Hoy existen, especialmente en el tratamiento de la dependencia de la heroína, junto a los programas orientados a la abstinencia, también los programas de reducción de daños, fundamentalmente los de mantenimiento de metadona.

En el caso de la heroína la desintoxicación cobra una gran relevancia, por estar presente en las personas dependientes a la misma, tanto la dependencia física como la psicológica. Para la primera, se desintoxica el organismo mediante una interrupción brusca o paulatina de la sustancia. En la cocaína y drogas de síntesis, como en el juego patológico y casi todas las adicciones comportamentales, lo más importante es la dependencia psicológica, de ahí que la deshabitación psicológica se convierte en el aspecto esencial en ellas.

Conseguida la desintoxicación, o lo que es lo mismo, que la persona deje de consumir la sustancia, se pasa al proceso de deshabitación psicológica. Este es el proceso más largo y complejo del proceso adictivo, con la excepción de cuando la persona está en un programa de mantenimiento con metadona, en cuyo caso ambos procesos van en paralelo.

La deshabituación psicológica pretende conseguir que la persona dependiente de una sustancia psicoactiva o de una conducta adictiva sea capaz de afrontar la abstinencia. Por ello, en el caso de la dependencia de la heroína y de otras sustancias, se le entrena mediante distintas técnicas en afrontar la vida sin drogas, en poder evitarlas, en rechazarlas y en reorganizar su ambiente de modo que pueda estar sin ellas (Becoña y Vázquez, 2001). Esta es una de las partes más complejas de todo el proceso dado que las personas que acuden a tratamiento en ocasiones llevan un buen número de años consumiendo. Además, muchos han descubierto que cuando sienten malestar pueden ponerse mejor rápidamente consumiendo drogas. De ahí la relevancia que tiene el entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante las situaciones de riesgo para el consumo. Las drogas producen efectos inmediatos. Entre el consumo y su efecto pasan pocos segundos. Hay también una gran disponibilidad de ellas y la persona sabe cómo acceder a las mismas. Entrenarla adecuadamente en que adquiera habilidades para vivir sin drogas, que se encuentre bien subjetiva y anímicamente y que tenga apoyo en su ambiente, son algunas de las claves del éxito de un tratamiento. No se debe olvidar que las drogas consiguen no solo un efecto inmediato, sino que por el consumo previo se han hecho claramente reforzantes. Hay que buscar alternativas de refuerzo para el individuo y para que pueda contraponer las consecuencias negativas del consumo (ya que cuando es adicto solo ve las positivas) a las ventajas que tiene no consumir en el nivel personal, familiar, social, etc.

Dado que sabemos que la recaída es algo íntimamente unido a la dependencia de cualquier sustancia, tanto sea de tipo legal como ilegal, o adicciones comportamentales, entrenarlo en prevenir la recaída es un elemento de gran relevancia una vez superadas las fases anteriores. Desde el modelo de Marlatt y Gordon (1985) y los desarrollos hechos a partir del mismo, con técnicas efectivas para que la persona no recaiga, la prevención de la recaída se ha convertido en un componente más del tratamiento. Con él podemos conseguir que la persona se mantenga abstinentes y si recae pueda volver de nuevo a la abstinencia, o volver a la misma en el menor tiempo posible.

Finalmente, si la persona cambia su estilo de vida anterior por un estilo de vida saludable, es más probable que mantenga la abstinencia a largo plazo. Aunque ello es hoy claro, la realidad nos muestra que un cambio en el estilo de vida no siempre es fácil, especialmente en los adictos a opiáceos, y va a depender de múltiples circunstancias, tanto del sujeto como de la familia y del medio social, oportunidades, madurez, etc. Cuando conseguimos un cambio en el estilo de vida relacionado con la abstinencia, entonces es más probable y fácil conseguir mantener la abstinencia tanto a corto como a largo plazo. El análisis de la comorbilidad, relacionado con el cambio en el estilo de vida, cobra una gran relevancia. Hacer un seguimiento de ella y poder intervenir en los problemas asociados al consumo de drogas puede ser uno de los factores que facilitan el mantenimiento de la abstinencia.

El proceso de tratamiento de las adicciones: modelo general

A continuación exponemos un modelo general para el tratamiento de cualquier adicción. Con ello se puede también ver que los aspectos en común entre las mismas permiten partir de un modelo general de tratamiento, para luego continuar con alguna técnica específica para adicciones concretas, como veremos en un punto posterior.

Las fases de un tratamiento para una persona con una adicción constan de las etapas de demanda del tratamiento, evaluación, tratamiento y seguimiento. A su vez, dentro del tratamiento, se distinguen seis fases: desintoxicación o

mantenimiento; deshabituación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de hacer la conducta; normalización, cambio de estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción; prevención de recaídas; programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo; y, cuando sea necesario, programa de juego controlado o programas de reducción de daños (ej., en la dependencia de la heroína). Además, en éste como en otros trastornos, y por los problemas asociados al mismo, el psicólogo tiene que poner en marcha todos los recursos terapéuticos disponibles que nuestra ciencia nos proporciona.

En el Cuadro 1 (ver anexo) se exponen con detalle dichas fases, el objetivo básico a conseguir en cada una de ellas, los elementos que debemos considerar y los procedimientos técnicos necesarios. Se exponen también las técnicas de tratamiento más importantes que se utilizan, prestando una atención especial a los aspectos motivacionales antes del tratamiento, a la prevención de la recaída y al mantenimiento a largo plazo. Las aplicaciones de este tratamiento pueden verse en Becoña (1996a, 1998a, 2001) y Becoña y Vázquez (2001).

Queda claro, inicialmente, que lo que se pretende es que la persona consiga la abstinencia. Este sigue siendo hoy el objetivo básico, aunque no se debe descartar una mejora en las condiciones de vida del individuo manteniendo la realización de la conducta a niveles bajos (ej., en el juego controlado o en los programas de reducción de daños o de sustitutivos opiáceos, como pasa con la metadona), pudiendo ser una meta desde el principio del tratamiento. De este modo se logra retener a la persona en tratamiento, reducir o eliminar su conducta problema y mejorar su funcionamiento cotidiano.

A continuación se exponen las distintas técnicas para los objetivos anteriores:

- Incremento de la motivación para el cambio. Hoy se sabe de la importancia que tiene la motivación para el cambio. En las conductas adictivas es frecuente que muchos de los pacientes no acudan a tratamiento. De los que acuden, una parte lo abandona después de la primera o primeras sesiones y, de los que acuden, no siempre siguen las instrucciones que se les dan. De ahí que en los últimos años este aspecto se haya convertido en un elemento terapéutico más, bajo la denominación de entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1999).

La entrevista motivacional, que se lleva a cabo en los primeros contactos entre el terapeuta y el paciente, es el modo más idóneo para incrementar la motivación para el cambio. No hay que olvidar que no todas las personas con una adicción acuden la primera vez voluntariamente a tratamiento; más bien esto es la excepción. En ocasiones acuden por causas externas, bien sean de tipo familiar o legal. En otros casos, para buscar una ayuda puntual. Retener al sujeto en tratamiento, o más bien retenerlo al principio para que luego inicie un tratamiento, es una cuestión fundamental.

Muchas personas que acuden por primera vez a tratamiento piensan que no tienen un problema, que el problema es superficial o que aún no alcanzó el suficiente nivel de gravedad como para que haya que tratarlo. El objetivo de la primera entrevista, si ocurre esto, es convencerla de que sí tiene un problema, o de que alguien cercano a él lo tiene, y de que se le puede ayudar. Además, de poco sirve incluir a una persona en tratamiento si no quiere realizarlo o no está motivada para llevarlo a cabo. De hacerlo, probablemente el tratamiento va a ser inútil, lo va a abandonar a lo largo del mismo o no va a acudir a las siguientes sesiones.

La entrevista motivacional permite abordar la cuestión de la falta de motivación en aquellos sujetos en las fases de precontemplación (cuando no tienen ningún interés en cambiar su conducta) o contemplación (cuando tienen algún interés en cambiar su conducta pero no en este momento, sino en un futuro cercano). En ella se utilizan varias estrategias motivacionales, que han demostrado que son muy eficaces para motivar al paciente a cambiar su conducta. Son ocho: dar información y aconsejar, eliminar obstáculos, dar diversas opciones al paciente para que pueda elegir, disminuir los factores que hacen que la conducta de consumo sea deseable, promover la empatía, dar retroalimentación, clarificar objetivos y proporcionarle ayuda activa. Con la entrevista motivacional podemos no sólo motivar al sujeto para que lleve a cabo el tratamiento sino a derribar las barreras y comenzar efectivamente el proceso de cambio.

- Exposición con prevención de la respuesta. La técnica de exposición con prevención de la respuesta es una técnica esencial en el tratamiento de los jugadores patológicos que acuden a tratamiento en España (Becoña, 1996b; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; González, Jiménez y Aymamí, 1999; Labrador y Fernández-Alba, 1998). Dado que el juego por el que acuden básicamente es por la adicción a las máquinas tragaperras o el bingo, esta técnica se convierte en central para conseguir dejar de jugar. Pero también es una técnica esencial en las otras adicciones (ej., dependencia de la heroína, adicción al sexo, etc.). A modo de ejemplo indicamos a continuación cómo se aplica a la adicción a las máquinas tragaperras.

El objetivo de la exposición es exponer al jugador a la máquina tragaperras para que mediante la presencia de los indicios que se han ido asociando a lo largo del tiempo con la máquina, note las sensaciones molestas que, sin prevención de la respuesta, o con dinero, le llevarían al juego. La prevención de la respuesta tiene como objetivo la imposibilidad de consumir su conducta, en este caso su conducta de jugar.

Los indicios más frecuentemente asociados a la conducta de juego de una persona con dependencia del juego en máquinas tragaperras es estar presente en el bar, mirar a la máquina, notar cómo las luces de colores de la máquina van cambiando en sentido hacia arriba, ver cómo otra persona introduce dinero en la máquina, comprobar que a un jugador le ha tocado un premio, cómo otras personas se fijan en la persona a la que le ha tocado un premio y comentan algo sobre ello, etc.

La exposición tiene que realizarse en vivo, bien acompañado por el terapeuta, un coterapeuta o bien realizar el propio jugador autoexposición. En este caso es conveniente que lo acompañe un familiar o persona de confianza. Cuando esto último no es posible, tendría que autoexponerse por él mismo. Sin duda alguna, si se puede realizar alguna exposición con el terapeuta podemos controlar mejor dicho proceso, aunque es más costoso como procedimiento terapéutico.

En los últimos años, a partir del programa de Ladouceur (Ladouceur, 1993; Ladouceur y Walker, 1998a, 1998b), se ha introducido también junto a la exposición con prevención de la respuesta, el procedimiento de pensar en voz alta y la reestructuración cognitiva cuando la persona está jugando. Con ello se pretende no solo que la persona se exponga a la conducta de juego y no juegue, sino que con ello cambie sus pensamientos y creencias irracionales por otros racionales, lo que le facilitaría a largo plazo no jugar y mantener así más fácilmente la abstinencia.

- Control de estímulos. Una técnica que se utiliza con frecuencia es la de control de estímulos, que en el caso del juego patológico es esencial para el tratamiento del individuo (Becoña, 1996b). En este caso, con ella restringimos el acceso a aquellos

lugares en donde la probabilidad de jugar es mayor (establecimientos comerciales donde hay negocios instalados con máquinas de videojuegos, centros donde hay bingos), u horas de mayor riesgo o de consumir una sustancia (ej., en la zona donde se vende la droga). Esto lo hacemos entrenando a la persona en la búsqueda de alternativas a sus anteriores costumbres o a que lo acompañe alguien en las situaciones que son de mayor riesgo para jugar o a comprar heroína.

Es determinante en este caso el control del dinero, dado que es uno de los estímulos más importantes para que la persona juegue o compre la droga. Si no tiene dinero, su probabilidad de jugar o comprar droga disminuye mucho. En este caso, el jugador tiene que transferir todo su dinero a algún familiar o a alguna persona cercana para que se lo controle y para que le dé solo el dinero que precisa para cada día. Además debe justificar todos los días, si fuera posible con tickets o facturas, en qué ha gastado el dinero para que no utilice parte de ese dinero en el juego (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Labrador y Fernández-Alba, 1998).

En el caso de la dependencia a opiáceos esta técnica es muy útil en las primeras fases del tratamiento. Algunos de los estímulos más relevantes asociados al consumo son la conducta de búsqueda de drogas, amigos consumidores, lugares habituales de consumo, indicios ambientales, material para el consumo etc. Junto a esta restricción es importante que la persona sea capaz de generalizar dicho control para que en el futuro no recaiga.

- Entrenamiento en solución de problemas. El entrenamiento en solución de problemas es un procedimiento por el que se entrena a las personas a reconocer sus problemas, buscar soluciones adecuadas a los mismos e implantar la mejor solución en la situación donde ocurre el problema. Este entrenamiento consta de cinco fases: (a) orientación general hacia el problema; (b) definición y formulación del problema; (c) generación de soluciones alternativas; (d) toma de decisiones; y (e) puesta en práctica y verificación de la solución (D´Zurilla, 1986). En el entrenamiento en solución de problemas, para pasar de una fase a otra, hay que superar previamente la anterior. Cuando no hay suficiente información en una fase concreta, se ha infravalorado o saltado una fase previa, se está en una fase de entrenamiento, o la solución elegida no resulta la adecuada, hay que volver a la fase o fases previas para que una vez haya sido realizada correctamente podamos continuar con las siguientes.

En los últimos años el entrenamiento en solución de problemas se ha constituido en un elemento de muchos de los programas de tratamiento por su racionalidad, ser fácil de explicar al sujeto y su eficacia. Es, además, una estrategia incluida en casi todos los programas de prevención de la recaída.

- Terapia cognitiva. La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos se producen y mantienen debido a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a corregir tanto esas premisas distorsionadas como los errores cognitivos (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). La importancia de las creencias y las urgencias son muy relevantes en la terapia cognitiva. Para Beck, a partir del patrón cognitivo desadaptativo, ocurre la conducta (ej., el consumo) y lo biológico (ej., síndrome de abstinencia). Lo que la terapia cognitiva va a hacer es modificar los pensamientos y creencias erróneas del individuo y enseñarle técnicas de autocontrol. Aunque el planteamiento de la terapia cognitiva pueda parecer reduccionista, en la práctica no lo es. Junto al peso que se le da a la parte cognitiva de la persona, como causa de la

explicación del consumo de sustancias, también se consideran como aspectos esenciales sus actuales problemas vitales, evolución desde la infancia, supuestos, estrategias compensatorias, elementos de vulnerabilidad, conducta, etc. De modo semejante, el tratamiento se va a centrar en varios de los aspectos que se relacionan con el problema (Beck et al., 1993). Se da gran relevancia a la relación terapéutica dentro del tratamiento y se utilizan técnicas cognitivas como el diálogo socrático, la reatribución, las tareas para casa, identificación y modificación de las creencias relacionadas con las drogas, relajación, solución de problemas, etc. Conforme avanza el tratamiento, junto al control de las urgencias y creencias asociadas a las mismas, cobra más relevancia la práctica de la activación de creencias de control, los otros problemas asociados a los problemas de consumo y la prevención de la recaída.

- Entrenamiento en reducción de la ansiedad y del estrés. Uno de los problemas asociados a la abstinencia del consumo de sustancias, como en el juego patológico, y otras adicciones, es la ansiedad y el estrés asociados a dicho estado. Por ello, es necesario evaluar esta problemática y aplicar técnicas para su control. Los programas específicos pretenden alterar la percepción del grado de amenaza que se le atribuye al estresor, su estilo de vida para reducir tanto la frecuencia como la severidad de los estresores externos y capacitarles para usar estrategias de afrontamiento activas que inhiban o reemplacen las respuestas de estrés incapacitantes.

Como técnica de intervención general se puede utilizar cualquiera de las existentes para este problema, como por ejemplo, el entrenamiento en manejo del estrés y las técnicas de relajación, las técnicas cognitivas, la biblioterapia, el cambio del estilo de vida, etc. En la práctica, el entrenamiento en relajación es una técnica ampliamente utilizada junto a las de tipo cognitivo, para cambiar las creencias erróneas sobre las causas de la ansiedad o de los elementos estresantes. Cuando padece un trastorno de ansiedad específico (por ejemplo, ataques de pánico) es necesario aplicar aquellas técnicas específicas que son eficaces para el tratamiento del mismo (Gutiérrez, 2003).

- Entrenamiento en habilidades sociales. Muchas personas con dependencia de distintas drogas y en otras adicciones comportamentales, se les proporciona entrenamiento en habilidades sociales para mejorar su competencia social. Cuando carecen de habilidades interpersonales e intrapersonales adecuadas, de habilidades para controlar su estado emocional sin acudir a jugar o a consumir la sustancia y de habilidades para manejar su relación de pareja, con los hijos, en el trabajo, etc., este entrenamiento es imprescindible. El entrenamiento en habilidades sociales se convierte de este modo en una parte importante del tratamiento cuando hay un déficit en las mismas (Monti, Rohsenow, Colby, y Abrams, 1995). Además, con ello se conseguirá disponer de una estrategia de prevención de la recaída para el futuro. Las situaciones de recaída se dan cuando existe frustración e incapacidad de expresar ira, incapacidad de resistir la presión social, estado emocional negativo intrapersonal, incapacidad de resistir la tentación intrapersonal, entre otras.

La potencial relación entre las pobres habilidades sociales y las actividades de juego o consumo de drogas es discutida con los pacientes. Es importante reconocer que las personas con adicciones pueden necesitar más que las habituales habilidades sociales para afrontar sus conflictos relacionales. Por ejemplo, algunos jugadores necesitan entrenamiento en asertividad para mejorar su habilidad para rechazar las invitaciones para jugar con sus amigos. El juego de roles puede ser utilizado para mejorar las habilidades de comunicación. Este entrenamiento se focaliza sobre las consecuencias negativas de jugar y cómo la carencia de adecuadas habilidades sociales es un factor que contribuye a ello (Becoña, 1996^a).

- Control de la ira y de la agresividad. En ocasiones, la persona con dependencia de sustancias tiene problemas asociados de ira y agresividad. Los mismos, a su vez, le acarrearán distintos problemas en su medio familiar, social o policial. Si esto ocurre, pueden incrementar aún más su problema inicial de dependencia o mantenerse su dependencia en el tiempo por no tener un modo de solucionar el otro problema. También, tanto la ira como la agresividad, están asociadas a la caída y a la recaída, como estados emocionales negativos (Marlatt, Barrett y Daley, 1999).

Cuando este es el caso, es necesario utilizar estrategias de control de la ira y de la agresividad tales como la técnica de inoculación de estrés, juego de roles, entrenamiento asertivo, entrenamiento en relajación, solución de problema o reestructuración cognitiva.

- Manejo de contingencias. El consumo de drogas se mantiene por el reforzamiento positivo que la sustancia produce en la persona (por ej., euforia, placer) y por el reforzamiento negativo (consumo para evitar las consecuencias negativas del síndrome de abstinencia). El consumo de drogas, por tanto, está influenciado por el aprendizaje y por el condicionamiento. También, mediante los principios del aprendizaje y del condicionamiento podemos cambiar esta conducta desadaptada por otra adaptada sin consumo de drogas. Esto se hace mediante los principios básicos del manejo de contingencias, el reforzamiento positivo y negativo, el castigo positivo y negativo y las distintas técnicas derivadas de los mismos (por ej., extinción o control de estímulos) (Graña, 1994).

Desde la perspectiva operante se sabe que el desarrollo de un trastorno por abuso o dependencia de sustancias se debe tanto al poder reforzante de la droga como de otros factores, como los biológicos, ambientales y variables conductuales (Becoña, 1999). Pero, sin negar esto, de cara al tratamiento, se propone un mecanismo de intervención, la alteración de las contingencias conductuales, que es independiente de los factores etiológicos específicos.

Técnicas como la aplicación de estímulos aversivos, reforzar conductas alternativas incompatibles con consumir drogas, extinción o varias de las anteriores al mismo tiempo, facilitan el cambio de la conducta de consumo. Otra extensión de las mismas son los contratos de contingencias o las estrategias de prevención de recaídas. La utilización de técnicas de manejo de contingencias, muchas veces, junto a otras técnicas, nos permite tener un abordaje útil y eficaz para muchos pacientes que acuden a tratamiento. Especialmente para que una persona lleve a cabo conductas alternativas al consumo de drogas, el manejo de contingencias a veces es la técnica principal para que la persona mantenga su abstinencia. Las técnicas de control de contingencias, como la ya vista de control de estímulos, tienen una gran relevancia tanto para el tratamiento de las personas con dependencia de la heroína como del resto de las conductas adictivas.

- Técnicas de autocontrol. Una de las estrategias en el tratamiento de las distintas adicciones, tanto en un programa orientado a la abstinencia como al jugar controlado o a la reducción de daños, es entrenar a los pacientes en técnicas de autocontrol (Hester, 1995). Esto puede hacerse una vez que la persona ha aceptado participar en un tratamiento orientado a la abstinencia, cuando tiene dificultades en conseguirla o cuando su objetivo es el juego controlado o la reducción de daños. En ocasiones el autocontrol se pone en marcha en la parte media del tratamiento cuando ya se han conseguido los objetivos mínimos para que mantenga la adherencia al tratamiento.

Las técnicas de autocontrol se orientan a que la persona conozca su conducta problema y sea capaz de afrontar la misma mediante técnicas que ha aprendido sin llevarla a la práctica. Con el autocontrol se enseña a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo.

Para ello se entrena a la persona en distintas técnicas para que no realice la conducta o, en caso de que se produzca la conducta, que lo haga de un modo poco problemático y con la idea de poder llegar a conseguir la abstinencia total de la misma. El terapeuta le ayuda a establecer condiciones favorables para el cambio, le entrena en técnicas para conseguirlo y le refuerza por los avances conseguidos. También le entrena en la aplicación de autoreforzos, en buscar apoyo en otras personas para mantener las ganancias conseguidas y que las personas de su ambiente le refuercen su abstinencia. Existe una serie de técnicas que se utilizan sistemáticamente cuando se aplica un programa de autocontrol (ej., autoregistros, cambio de estímulos discriminativos, técnicas encubiertas). Para el buen diseño del mismo hay que hacer una evaluación conductual adecuada del problema que tiene la persona y adaptar el tratamiento a los avances que se van produciendo a lo largo del mismo y a la consecución de los objetivos iniciales e intermedios.

Las técnicas de autocontrol también dan una gran importancia al mantenimiento de los cambios, especialmente a través de la utilización del autoreforzo, cuando la conducta la realiza en la dirección esperada, y el autocastigo cuando se lleva a cabo la conducta indeseada. Finalmente, cada vez cobran más importancia los procedimientos cognitivos dentro del autocontrol, especialmente por las ideas, creencias, pensamientos o atribuciones erróneas que la persona tiene sobre su juego y el ambiente de juego, así como sobre el resultado del mismo.

- El tratamiento de los problemas de comorbilidad. Aproximadamente el 90% de las personas con dependencia de opiáceos tiene un diagnóstico psiquiátrico adicional y el 15% intenta suicidarse al menos una vez. No menos de un 25% de las personas jugadoras patológicas va a tener un problema de depresión mayor y de un 15 a un 20%, problemas de dependencia del alcohol. También, otros problemas como trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, u otros, pueden estar presentes (Grant y Dawson, 1999). De ahí que diagnosticar y tratar estos trastornos asociados es una parte integral del tratamiento.

Cuando se detecta este tipo de problemas, se abordarán con intervenciones específicas de tipo cognitivo-conductual, farmacológico o una combinación de ambas modalidades, para cada uno de los trastornos y adaptadas jerarquía y de comunicación dentro de la familia y que el padre se implique en la familia y en el problema que tiene su hijo y no deje todo el peso en la madre, desentendiéndose del problema. De ahí que, en algunos casos, la intervención se hace más amplia y compleja de lo que puede parecer en un principio cuando otros miembros distintos al individuo, como es en este caso la familia, facilitan o pueden mantener en parte su problema. Por ello, en ocasiones, la terapia familiar se lleva a cabo solo con los padres o en grupos de padres, para entrenar a éstos en el manejo adecuado de sus hijos y para que tengan una adecuada implicación emocional con ellos y un comportamiento que facilite la recuperación de su hijo o hija (Martínez, 2003).

- Terapia de grupo. La terapia de grupo es una modalidad terapéutica que se utiliza con frecuencia para el tratamiento de las personas con distintas adicciones (Galanter, Castañeda y Franco, 1998). Junto al tratamiento individual, y las otras intervenciones que pueda estar llevando a cabo, la terapia de grupo es de gran relevancia en varios de los tratamientos específicos para las adicciones,

especialmente quizás en las personas que acuden a los centros de drogodependencias y a las asociaciones de autoayuda, en donde la misma es una parte esencial del tratamiento.

El objetivo que se pretende con la terapia de grupo es el mismo que el que se pretende con la terapia individual pero en un formato de grupo y con las dinámicas propias que se van desarrollando dentro de cada grupo. Le permite al paciente compararse con otros, tener apoyo, aprender estrategias y técnicas de control, adquirir habilidades y asumir normas de funcionamiento del grupo. Los objetivos centrales del mismo son solucionar problemas y realizar tareas que le lleven a la abstinencia o le permitan mantener la misma para, finalmente, poder cambiar su estilo de vida.

- Prevención de la recaída. El primer consumo de la sustancia o tener un episodio de juego después de dejarlo no tiene por qué representar una recaída, puede ser sólo una caída o un desliz puntual. Para Marlatt y Gordon (1985) la recaída se define como cualquier retorno al comportamiento adictivo o problemático o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio en el estilo de vida. Una caída es un retorno breve a la conducta adictiva en un momento concreto del tiempo, es decir, una pérdida de control puntual sobre la conducta, que puede llevar a la persona a realizar algún consumo esporádico. La recaída en las adicciones se puede manifestar de distintas formas: volver al estilo de vida anterior, consumir drogas sustitutivas, realizar actividades de azar y de riesgo o sexualidad compulsiva, etc. En el caso del juego la forma más común de manifestarse es volver a jugar de forma regular. Lo mismo ocurre en el caso de las sustancias psicoactivas.

Un concepto fundamental para comprender el proceso de recaída es el llamado efecto de violación de la abstinencia. Este efecto se compone de dos elementos cognitivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpase a uno mismo como causa de la recaída), así como algunas veces la anticipación de los efectos positivos con relación a la droga o al juego. La combinación de estos tres componentes predisponen al paciente a una recaída total.

El modelo de prevención de la recaída considera a las adicciones como un hábito adquirido que puede cambiarse aplicando los principios del condicionamiento clásico, operante y vicario. Además da una gran importancia a los factores cognitivos implicados en la recaída. Las estrategias de prevención de la recaída se orientan a anticipar y prevenir la ocurrencia de recaídas después del tratamiento y a cómo ayudar a los pacientes a afrontar la recaída, si se produce. Es un programa de autocontrol donde se enseña a los pacientes a anticipar y a afrontar eficazmente los problemas que aparezcan después del tratamiento o en el seguimiento. Por ello, la prevención de la recaída se puede aplicar como estrategia de mantenimiento, para prevenir la recaída o con un enfoque más general, para cambiar el estilo de vida.

Las causas principales de la recaída en las adicciones son los estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social (ej., Marlatt y Gordon, 1985). Los estados emocionales negativos son situaciones en las que los sujetos experimentan un estado emocional, estado de ánimo o sentimientos negativos, como frustración, ira, ansiedad, depresión o aburrimiento, antes o al mismo tiempo que la ocurrencia de la primera caída. Los conflictos interpersonales son situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, los miembros de la familia, relaciones en el trabajo, etc. La presión social se refiere a situaciones en las que el paciente responde a la influencia de otra u otras personas que ejercen presión para involucrarlo de nuevo en el consumo de sustancias.

Si la persona es capaz de ejecutar una respuesta de afrontamiento eficaz en una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaída disminuye. Al afrontar exitosamente una situación de alto riesgo es probable que la persona experimente una sensación de dominio y percepción de control, generándose una expectativa de ser capaz de afrontar eficazmente otras situaciones de riesgo que se le vayan presentando (autoeficacia). Si esto se repite, adquirirá una mayor percepción de control y disminuirá la probabilidad de recaída. Si, en cambio, no es capaz de afrontar con eficacia una situación de alto riesgo y si tiene una expectativa positiva de volver a consumir la droga o de volver a realizar la conducta adictiva, aumenta la probabilidad de recaída.

Hay tres principales estrategias para utilizar en los procesos de prevención de la recaída: la aproximación de apoyo social, la aproximación de cambio de estilo de vida y la aproximación cognitiva conductual (Becoña, 1999). Las técnicas cognitivo-conductuales para la prevención de la recaída son las más eficaces. Se orientan a aumentar la autoeficacia, mejorar el control de impulsos, favorecer la reestructuración cognitiva y mejorar las estrategias de toma de decisiones. Las estrategias dirigidas al cambio en el estilo de vida están dirigidas a fortalecer la capacidad global de afrontamiento del paciente y a reducir la frecuencia e intensidad de los impulsos y deseos irresistibles de jugar que a menudo son el producto de un estilo de vida desequilibrado. Dentro de las técnicas de prevención de la recaída que se aplican están los programas de reestructuración cognitiva, el entrenamiento en identificación y control de estímulos, exposición a estímulos en vivo (reales) o en un nivel imaginado, detención del pensamiento, condicionamiento encubierto, programas de refuerzo externo, etc. Si en una situación de alto riesgo el paciente anticipa lo que le puede ocurrir (por ejemplo, cuando pasa por delante del bar en el que habitualmente jugaba o ante el barrio en el que adquiriría la sustancia) y tiene una sensación extraña semejante a cuando entraba y jugaba o consumía la droga, puede poner en marcha distintas estrategias para afrontarla, especialmente cuando tiene urgencias, para así poder hacerle frente y no caer o recaer de nuevo en su problema adictivo.

PERSPECTIVAS

Las conductas adictivas se han convertido en estos años en un grupo de trastornos de gran relevancia. Tal relevancia viene motivada por su alta prevalencia en las personas, tanto sean adultas, como adolescentes. El número de personas con dependencia de la nicotina y del alcohol, solamente, nos lleva a contar el número de personas en un país como el nuestro en millones (Becoña y Vázquez, 1998). Otras, aunque lo son en menor grado, como la adicción a drogas ilegales, ocupan un lugar nada despreciable, especialmente por los problemas asociados que acarrea su consumo, especialmente en los últimos años en la esfera física, aparte de la gran alarma social que ha producido en las últimas décadas el consumo de drogas como la heroína, la cocaína y la marihuana, y todavía sigue produciendo en ésta y en nuevas sustancias (ej., drogas de síntesis). Otras adicciones, las comportamentales, como el juego patológico, las compras compulsivas, el sexo compulsivo, la adicción a internet y otras, son adicciones que van en paralelo con el desarrollo de las sociedades industrializadas, al ocio y tiempo libre (Calafat et al., 2001) y a una nueva forma de vida, en comparación a lo que ocurría hace no más de 50 años.

El tratamiento de las adicciones ha cobrado una enorme relevancia en las últimas décadas. Con la interrupción de las drogas ilegales, especialmente heroína y cocaína, en los países desarrollados, desde los años 70 hasta el momento presente, la

demanda de tratamiento no ha dejado de crecer y los problemas causados por las mismas son hoy de una gran relevancia. Además, el surgimiento del VIH y el SIDA unida a las mismas, ha producido un vuelco inesperado a esta problemática y un incremento del interés, de los medios y de los recursos para atajar tanto la epidemia del SIDA como los problemas de drogadicción. Todo ello ha producido el surgimiento de una nueva área de trabajo e investigación que no ha dejado de crecer. El problema está en que el problema se mantiene en un nivel estable, o en fase de crecimiento en algunos países; cada vez más tenemos que hablar de un trastorno crónico o caracterizado por las frecuentes recaídas, lo que lleva a tener que plantear programas de tratamiento complejos y a largo plazo (Becoña y Vázquez, 2001). Realmente el mejor modo de atajar este problema es a través de la prevención (Becoña, 1999), pero en nuestra sociedad no hay una idea preventiva bien asentada y los recursos suelen proporcionarse al tratamiento y a la rehabilitación, ya una vez que el problema existe. El incidir en actividades de tipo preventivo, como caracteriza a la psicología de la salud, es un adecuado abordaje para este problema (Oblitas y Becoña, 2000; Oblitas, 2003).

El éxito del abordaje psicológico de las adicciones ha estado en que el mecanismo explicativo es primeramente social, en segundo lugar psicológico y en menor grado, biológico (Becoña, 1999). Esto no significa que unos elementos sean menos relevantes que otros, pero sí que ésta es su graduación. Como sobre el elemento social es difícil intervenir, porque corresponde al desarrollo natural de las sociedades, modulado por su sistema cultural previo, económico y político actual, la intervención sobre la conducta del individuo en su contexto más cercano se ha convertido en el campo de trabajo más relevante para ayudar especialmente a las personas que tienen problemas de adicción a sustancias y de adicción a conductas. Además, en el caso de la adicción a conductas, la mejor explicación es la psicológica, aunque, insistimos, desde una explicación macro, el entorno social, la cultura y el tipo de vida actual en muchas ocasiones están en la base del trastorno. Aunque es indudable que el componente biológico existe y que sin él no habría adicciones, la evolución del individuo a lo largo de la historia evolutiva y genética nos permite a la mayoría de nosotros ser capaces de afrontar adecuadamente las distintas adicciones y superarlas, aún en el caso de que tuviésemos contacto con ellas. De ahí que tener en cuenta una visión comprensiva y global de este tipo de conductas es muy importante para poder ayudar más efectivamente a las personas que acuden a nosotros en busca de ayuda (Becoña, 1999).

Por suerte, en los últimos años se han hecho grandes esfuerzos y buen número de investigaciones para conocer mejor este tipo de conductas, bien de modo general (adicciones), o específicamente para cada una de ellas (ej., alcoholismo, tabaquismo, dependencia de la heroína, juego, etc.). Ello ha favorecido el campo del tratamiento, en donde también se han dado pasos muy importantes en las últimas décadas. Lo anterior ha permitido y favorecido el que hayan surgido, o se hayan aplicado, distintos tratamientos psicológicos y/o farmacológicos, muchos de ellos con una buena evaluación y eficacia (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Dentro de los tratamientos psicológicos han destacado los tratamientos cognitivo-conductuales que son el tratamiento de elección para las distintas conductas adictivas, bien en exclusiva (ej., en el tratamiento del juego patológico, adicción al sexo o internet, cocaína, etc.) o como una parte básica del mismo (ej., dependencia de la heroína, alcoholismo, etc.). Y esto ha sido debido tanto por la eficacia del tratamiento psicológico de tipo cognitivo-conductual como por su racionalidad y escaso tiempo de intervención, en comparación con otros abordajes terapéuticos. Pero aún así, hay que saber que en ocasiones el tratamiento puede ser largo y lleno de avatares, porque la recaída es una de sus características definitorias. Y, de lo que no tenemos hoy dudas es que las conductas adictivas, como hemos insistido (Becoña, 1998b),

van a mantenerse en el futuro -siendo optimistas- o lo más probable es que el actual nivel de prevalencia se incremente aún más. De ahí la necesidad de disponer cada vez más de abordajes terapéuticos efectivos, que estén disponibles para los afectados y convencerlos de que acudan a tratamiento lo antes posible para evitar la cronificación del trastorno y para evitar que cuando acudan a tratamiento el abordaje terapéutico sea más complejo y la recuperación más difícil.

Finalmente, como afirmábamos en otro estudio (Becoña, 1998b), consideramos que las conductas adictivas serán el gran problema del siglo XXI, en el nivel cuantitativo, porque los datos que tenemos en el nivel epidemiológico de personas dependientes del alcohol, del tabaco, de las drogas ilegales y de las adicciones comportamentales, nos muestran que un porcentaje muy significativo de la población, que puede ser a veces de un tercio o un cuarto de la misma, tenga -según los criterios diagnósticos actuales- un problema de dependencia a una adicción (ej., el porcentaje de personas dependientes de la nicotina y del alcohol en nuestro país).

El que no sea más relevante este problema y no se dediquen más medios al mismo está en los intereses, los enormes intereses económicos que subyacen a la mayoría de estas conductas adictivas, que mueven diariamente muchos cientos de millones de dólares.

CONCLUSIONES

Las conductas adictivas, sean con sustancia o sean comportamentales, constituyen actualmente un problema de gran relevancia social y clínica en las sociedades desarrolladas. Apenas existentes hace unas décadas, en el momento actual tienen un nivel de prevalencia muy alto en la población. Ello ha llevado al desarrollo de técnicas específicas de tratamiento para ellas, interés por parte de los profesionales, y disponer de recursos importantes para el tratamiento. En los próximos años este interés se mantendrá y puede que se incremente por la cronificación de los trastornos en muchas de las personas que lo padecen, por las consecuencias colaterales que puede producir (ej., SIDA) y por la necesidad de atajar un problema que es epidemiológicamente -desde la perspectiva clínica- el más relevante que tenemos actualmente. Por suerte, disponemos de adecuados tratamientos para estos trastornos, aunque es necesario seguir perfeccionándolos para que de ese modo podamos ayudar más efectivamente a este tipo de personas.

ANEXO

ESQUEMA GENERAL PARA EL TRATAMIENTO DE UNA CONDUCTA ADICTIVA

1. DEMANDA DE TRATAMIENTO

Objetivo básico: Analizar la demanda y retener al paciente en tratamiento.

Elementos a considerar: motivación para el cambio, estadios de cambio, recursos disponibles, apoyo de su medio, tratamientos previos, conocimientos de los tratamientos disponibles, tratamiento que desea, analizar quién está implicado en la demanda, por qué, etc.

Procedimientos técnicos: entrevista motivacional, escalas para evaluar aspectos motivacionales y estadios de cambio.

2. EVALUACIÓN Y ANÁLISIS FUNCIONAL

Objetivo básico: Conocer las áreas donde es más necesario e inmediato realizar cambios; conocer las áreas donde hay que realizar cambios a medio plazo; conocer las áreas donde los cambios a través del tratamiento y la reinserción social le pueden llevar a una vida normalizada. Con toda esa información disponible se realizará el análisis funcional de la conducta de juego y otras conductas asociadas al problema o problemas relacionados.

Elementos a considerar: evaluación individual, familiar, social, etc.

Procedimientos técnicos: entrevista clínica, autoinformes, cuestionarios, medidas psicofisiológicas, etc.

3. TRATAMIENTO

Fase I. Desintoxicación o mantenimiento (ej., en el caso de la dependencia de la heroína)

Objetivo básico: Desintoxicación física de la sustancia.

Elementos a considerar: tipo de desintoxicación en función de su petición, posibilidades asistenciales, recursos, etc., desde la ambulatoria a la hospitalaria.

Procedimientos técnicos: intervención médica frente a la hospitalaria para la consecución de la desintoxicación sin sufrir los síntomas del síndrome de abstinencia de los opiáceos.

Fase II. Deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de realizar la conducta

Objetivo básico: Lograr la completa deshabitación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la droga o a la realización de la conducta adictiva.

Elementos a considerar: adherencia al tratamiento, fase del tratamiento, aceptación del tratamiento propuesto, etc.

Procedimientos técnicos: técnicas conductuales y cognitivas para la consecución de la abstinencia (por ejemplo, exposición con prevención de la respuesta, control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en reducción del estrés, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva, etc.). Se utilizará terapia individual, grupal y familiar.

Fase III. Normalización, cambio del estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a su conducta adictiva.

Objetivo básico: Normalización en el sentido de ir adquiriendo más responsabilidades en el trabajo, en los estudios, en la familia, con los amigos, con la pareja, etc.; pago de las deudas; búsqueda de trabajo si no lo tiene, etc.

Elementos a considerar: grado de deterioro, si trabaja o no, si está o no separado, si padece enfermedades físicas (ej., VIH, hepatitis), etc.

Procedimientos técnicos: planificación de metas y objetivos, entrenarlo en adquirir nuevas habilidades, entrenamiento en asertividad, programa psicoeducativo, entrenamiento en solución de problemas, etc.

Fase IV. Prevención de recaídas

Objetivo básico: entrenarlo en técnicas de prevención de la recaída para que se mantenga abstinentes a lo largo del tiempo.

Elementos a considerar: superación de las fases anteriores, mantenimiento de la abstinencia, efecto de la violación de la abstinencia.

Procedimientos técnicos: técnicas de prevención de recaídas (por ejemplo, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas, etc.).

Fase V. Programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo

Objetivo básico: Entrenarlo en estrategias de mantenimiento de la abstinencia a largo plazo y en cómo mejorar su calidad de vida.

Elementos a considerar: apoyo familiar, visitas de seguimiento a largo plazo, asistir a asociaciones de autoayuda, etc.

Procedimientos técnicos: entrenamiento en relajación, programación de actividades, procedimientos de manejo de estrés, etc.

Fase VI. Cuando sea necesario: programa de reducción de daños, programa de juego controlado, etcétera.

Objetivo básico: En el caso de la dependencia de la heroína, reducir la prevalencia de VIH y mejorar los problemas causados por las drogas; en el juego patológico reducir la conducta de juego a un nivel donde no le acarree graves problemas.

Elementos a considerar: grado de deterioro de la persona, falta de adherencia al tratamiento psicológico, problemas psiquiátricos asociados, aceptación de este tipo de programa.

Procedimientos técnicos: intervención mínima, programa psicoeducativo, educación para la salud y prácticas de seguridad ante la transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis, etc.), técnica de control de estímulos, educación sobre el juego y las leyes de la probabilidad, educación a nivel familiar, laboral y de tiempo libre.

4. SEGUIMIENTO

Objetivo básico: conocer la evolución de la persona después del alta terapéutica.

Elementos a considerar: modo de realizarlo (personalmente, en su casa, teléfono).

Procedimientos técnicos: entrevista, autoinforme, uroanálisis, etc.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ta.ed.). Washington, DC: autor.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Nueva York: Guildford Press.

Becoña, E. (1996a). *La ludopatía*. Madrid: Aguilar.

Becoña, E. (1996b). Tratamiento del juego patológico. En J. M. Buceta y A. M. Bueno (Eds.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades* (pp. 249-278). Madrid: Pirámide.

Becoña, E. (1998a). Alcoholismo. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (vol. 2, pp. 75-141). Madrid: Dykinson.

Becoña, E. (1998b). Conductas adictivas. ¿El problema del siglo XXI? *Psicología Contemporánea*, 5, 4-15.

Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

001). Tratamiento psicológico de las conductas adictivas. En J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (Eds.), *Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 423-462). Madrid: Dykinson.

Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.

Becoña, E. y Vázquez, F.L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Síntesis.

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

D´Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical interventions*. Nueva York, NY: Springer.

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas?* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.

Galanter, M., Castañeda, R. y Franco, H. (1998). *Group therapy, self-help groups, and network therapy*. En R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (2da. ed.) (pp. 521-546). Nueva York: Guildford Press.

González, A., Jiménez, S. y Aymamí, M.N. (1999). *Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de jugadores patológicos de máquinas tragaperras con premio*. *Anuario de Psicología*, 30, 111-125.

Gossop, M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behaviour*. Londres: Routledge.

Grant, B. F. y Dawson, D. A. (1999). *Alcohol and drug use, abuse, and dependence: classification, prevalence, and comorbidity*. En B. S. McCrady y E. E. Epstein (Eds.), *Addictions. A comprehensive guidebook* (pp. 9-29). Nueva York, NY: Oxford University Press.

Graña, J. L. (1994). *Intervención conductual individual en drogodependencias*. En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 141-190). Madrid: Debate.

Gutiérrez, J. (2003). *Ansiedad y salud*. En L.A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson (en prensa, julio 2003)

Heath, A. W. y Stanton, M. D. (1998). *Family-based treatment: States and outcomes*. En R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (2da. ed.) (pp. 496-520). Nueva York: Guildford Press.

Hester, R. K. (1995). *Behavioral self-control training*. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (2da. ed.) (pp. 148-159). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

Labrador, F. J. y Fernández-Alba, A. (1998). *Juego patológico*. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de terapia de conducta* (Vol. 2) (pp. 143-211). Madrid: Dykinson.

Ladouceur, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar. *Psicología Conductual*, 1, 361-374.

Ladouceur, R. y Walker, M. (1998a). Aproximación cognitiva para la comprensión y tratamiento del juego patológico. *Psicología Contemporánea*, 5, 56-71.

Ladouceur, R. y Walker, M. (1998b). Cognitive approach to understanding and treating pathological gambling. En P. Salkovskis (Ed.), *Comprehensive clinical psychology*. Vol. 6. Adults: Clinical formulation & treatment (pp. 587-601). Oxford, RU: Elsevier Science.

Marlatt, G. A. y Gordon, J. (1985). Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change. Nueva York: Guildford Press.

Marlatt, G. A., Barrett, K. y Daley, D. C. (1999). Relapse prevention. En M. Galanter y H. D. Keller (Eds.), *Textbook of substance abuse treatment* (2da. Ed) (pp. 353-366). Washington, DC: The American Psychiatric Press.

Martínez, A. (2003). Terapia de familia. En L.A. Oblitas (Ed.). 16 enfoques psicoterapéuticos contemporáneos. Bogotá: Psicología Científica (en prensa, agosto, 2003).

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós (original 1991).

Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Colby, S. M. y Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. En R. K. Hester y W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (2da. ed.) (pp. 221-241). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Oblitas, L. y Becoña, E. (Eds.) (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.

Oblitas, L. (Ed.). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Learning Iberoamérica

Westermeyer, J. (1998). Historical and social context of psychoactive substance disorders. En R. J. Frances y S. I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (2da. ed.) (pp. 14-32). Nueva York: Guildford Press.

LA ESPIRITUALIDAD COMO TÉCNICA PSICOTERAPEÚTICA

Ana C. Rivas Veray; José R. Rodríguez y Orlando Pedrosa
Universidad Carlos Albizu, Puerto Rico

Espiritualidad y religión: sus diferencias conceptuales

Los conceptos espiritualidad y religión se encuentran íntimamente relacionados; sin embargo, difieren grandemente. Por espiritualidad se entiende aquellas experiencias, creencias o fenómenos que trascienden los aspectos existenciales de la vida. Es la relación trascendental entre una persona y un ser supremo (Richards *et al*, 1997). La espiritualidad conlleva una serie de valores a los cuales la persona se ha dedicado para lograr un sentido de conexión, de significado a la vida y de sentirse como parte de un todo (Elkins,1999). Esto se puede lograr dentro o fuera de una religión organizada.

La religión por su parte, son creencias dogmáticas, prácticas y sentimientos que en muchas ocasiones, aunque no siempre, están influenciadas por una institución con su estructura particular (Richards *et al*, 1997). La religiosidad y la espiritualidad están relacionadas, pero a su vez se pueden distinguir en diferentes dimensiones. Las expresiones religiosas tienden ser descritas en términos sociales. La religión tiende a estar constituida por un grupo de personas que comparten las mismas creencias y realizan los mismos rituales por lo que se consideran instituciones sociales. Mientras las experiencias espirituales tienden a ser universales, lo que significa que no están ligadas a una sola creencia, son internas y privadas.

Estas dimensiones también fueron estudiadas por Allport (1950). Él mostró interés en cómo las personas utilizan la religión de diferentes formas y distinguió la expresión religiosa entre algunas inmaduras y otras maduras. La religión madura (que corresponde a la intrínseca) es donde una persona puede realizar un acercamiento hacia la religión de forma dinámica, con mente abierta y capaz de mantener unión entre las inconsistencias. Mientras la religión inmadura (la cual corresponde a la extrínseca) es de auto servicio, y normalmente representa los estereotipos negativos que las personas tienen acerca de la religión (Nielsen, 1998). La orientación religiosa intrínseca y extrínseca pueden corresponder a la dimensión espiritualidad y religión. Las definiciones expuestas pudieran sugerir que la espiritualidad tiene una visión intrínseca, mientras la religión es más extrínseca. Esto no necesariamente es cierto ya que la orientación religiosa puede variar de persona en persona y de creencia religiosa a creencia religiosa.

Existe una gran confusión con relación a las definiciones y distinciones entre espiritualidad y religiosidad (Shafranske,1996). Por este motivo Dean Hoge citado en Shafranske (1996), distingue cinco entidades: a) Preferencia religiosa es cuando una persona siente que pertenece a un grupo religioso. b) La afiliación a una iglesia; es cuando una persona es miembro de una iglesia donde está escrito su nombre. c) Participación en una iglesia; es la persona que no solo asiste a la iglesia sino que participa de las actividades o en algún comité. d) Creencia religiosa; esto incluye

creer en Dios y en sus sagradas escrituras. e) Conducta religiosa incluye rezar, lecturas devotas, estudiar textos religiosos, meditar y hasta mantener una dieta específica que puede beneficiar espiritualmente .

Un estudio realizado por Wade Clark Roof de la Universidad de California demostró que la mayoría de los americanos desean la espiritualidad pero no de una forma religiosa (Elkins, 1999). En éste se encontró que entre el 1960 y 1970 el 84% de los Judíos, 69% de los Protestantes de primera línea, 61% de los Protestantes conservadores y 67% de los católicos, han abandonado la religión organizada. Por otra parte, en una encuesta realizada por Gallup (1991), citado en Wolf & Stevens (2001), se reportó que el 94% de los adultos americanos creen en Dios o en algún ser supremo, 68% son miembros de alguna iglesia, sinagoga o lugar religioso y 58% de esta población ven la religión como algo importante en sus vidas. Este interés puede ser observado en el aumento en la cobertura de asuntos de espiritualidad y religiosidad en las publicaciones de los periódicos, las revistas, libros y especiales en la televisión.

A medida que pasan los años, las personas tienden a volverse más espirituales y aceptar la existencia de Dios dándole más importancia a la religión (Shafranske, 1996). La búsqueda de la espiritualidad lleva al individuo a buscar alternativas instrumentales como el yoga, filosofías de la nueva edad, programas de los doce pasos (i.e., alcohólicos y narcóticos anónimos) y otras prácticas relacionadas. Muchos también encuentran la espiritualidad a través de la música, la poesía, literatura, arte y la naturaleza. De igual forma también se utilizan en terapias donde se trabajan técnicas de sanación. Estas son nuevas tendencias para la búsqueda de la espiritualidad (Elkins, 1999).

Psicoterapia y Espiritualidad: ¿Cuan fácil es su integración?

En la psicoterapia y en la consejería ha surgido un interés por los asuntos religiosos y espirituales. Por tal razón se ha incorporado en algunos procesos de psicoterapia el término de integración clínica. Según la definición de Hall y Hall (1997), citado en Wolf & Stevens (2001), la integración clínica se refiere a la incorporación de creencias, valores y métodos religiosos o espirituales en los procesos de la psicoterapia, y como resultado se visualiza en una forma diferente al terapeuta, la forma de entender al cliente y realizar la terapia. Wolf *et al* (2001) argumenta que la integración clínica de la espiritualidad y la religión puede tener efectos positivos en la salud física y psicológica como en la depresión, ansiedad, ajuste y problemas maritales. Por otra parte, la Asociación Psicológica Americana (APA) (1992) ha destacado la importancia de incorporar la espiritualidad y la religión a la psicoterapia. También ha reconocido en su Código de Ética que la religión es un componente de diversidad cultural al igual que en el de la Asociación de Consejería Americana (ACA) y en el de la Asociación Americana para la Terapia Familiar y de Matrimonio (AAMFT) (Wolf *et al.*, 2001). En un estudio realizado por Cashwell, Young, Cashwell & Belaire (2001), se examinó la importancia de incluir el proceso espiritual en el proceso de consejería. Cashwell *et al* (2001), concluyó que un acercamiento espiritual puede ser igualmente efectivo que una psicoterapia para la depresión que haya sido estudiada.

A pesar de este nuevo surgir, históricamente la psicología y la ciencia han rechazado los estándares religiosos y/o espirituales (Wolf *et al.*, 2001). La psicología por su parte ha tratado a través de los años de distinguirse como una ciencia. En un principio no se utilizaban conceptos religiosos o espirituales ya que se consideraba que no eran observables ni medibles objetivamente, por lo tanto no se estudiaban.

Esta visión ha llevado a través de los años a que exista una barrera para practicar efectivamente la psicoterapia utilizando unos elementos espirituales o religiosos. Muchos terapeutas desconocen y no están debidamente preparados para trabajar asuntos relacionados con estas perspectivas. Además pueden existir barreras personales (i.e., estereotipos preconcebidos) que limiten a algunos terapeutas a integrar la espiritualidad o la religión a su práctica clínica. Estas barreras han ido cambiando en los últimos años debido a la influencia que ha tenido en la profesión de la psicoterapia los descubrimientos físicos, cambios en la filosofía de las ciencias, el nuevo interés de la sociedad en el fenómeno de la espiritualidad y estudios realizados sobre la religión y la salud mental (Richard *et al.*, 1997). Tal es así que, en un estudio donde se compara la relación entre religión y salud mental, se encontró una relación positiva entre las creencias religiosas y el bienestar en general (Longo & Peterson, 2002).

En el campo de la psicología, la psicoterapia, además de poseer una dimensión científica, posee un alto contenido moral y religioso (Bergin, Payne & Richards, 1996). Los psicólogos practicantes y científicos son seres humanos, por lo tanto las actividades realizadas como profesionales están conectadas a todas las dimensiones de la persona lo cual incluye sus creencias religiosas tal y como son. Los valores del psicólogo y del cliente deben tomarse en consideración en una relación terapéutica. En las últimas décadas ha cambiado la premisa de que la psicoterapia debe estar libre de valores, o ser neutral. En la actualidad se recomienda que los valores sean discutidos abiertamente entre los participantes de la terapia (Shafranske & Malony, 1990). Se ha encontrado que expresar abiertamente valores tanto religiosos como espirituales, ha afectado positivamente la relación entre la salud mental y personas comprometidas con la religión (Shafranske *et al.*, 1990). El terapeuta debe conocer sus valores y hasta qué punto éstos deben ser revelados a sus clientes. Puesto que la meta principal es establecer mayor libertad personal al cliente en un ambiente terapéutico, no haciendo que éste se limite a aceptar las creencias personales del clínico si éstas le son manifestadas, es necesario tener una introspección de lo anterior. Por tal razón el acercamiento religioso que se ofrece en terapia es uno sensitivo, responsable y profesionalmente competente. La apertura a los valores religiosos y espirituales ha exaltado nuevos asuntos relacionados al entrenamiento profesional y a la competencia para lidiar con respeto estas dimensiones del ser humano (Bergin *et al.*, 1996).

Las guías de ética de los profesionales de la salud mental promueven el respeto a las diferencias individuales en cuanto a los valores. En las guías de ética de la APA (1992), principio C, dice que los psicólogos deben respetar la dignidad, los derechos y los valores de las personas. Todo individuo tiene derecho a la privacidad, la confidencialidad, la autodeterminación y la autonomía. Los psicólogos deben estar al tanto de las diferencias de papeles sociales, culturales e individuales, incluyendo la edad, sexo, raza, etnicidad, origen nacional, religión, orientación sexual, incapacidad, lenguaje y estatus económico. Es un hecho que la práctica de la psicología es un proceso donde se involucran los valores y todos los psicoterapeutas de una forma u otra expresan sus valores. Esta apertura puede ser positiva o negativa dependiendo del grado y la forma en que se expresan los mismos.

Los terapeutas que utilizan estrategias espirituales no están en mayor riesgo de violar las guías éticas de la profesión (Richards *et al.*, 1997). Sin embargo, es importante que el terapeuta tenga en cuenta, antes de realizar alguna intervención espiritual, que sólo debe utilizar esta estrategia para uso único de las necesidades del cliente, no promoviendo su agenda personal o creencias individuales y evitando hacer proselitismo. Se deben considerar el papel del terapeuta, el lugar de la terapia

y la razón por la cual el cliente busca ayuda para promover una terapia espiritualmente sensitiva (Chappelle, 2000).

La estrategia espiritual enfatiza en que el terapeuta en un momento adecuado en la terapia de a conocer sus valores de forma explícita. Esto hace que no se impongan los valores del terapeuta de forma inadecuada, aunque siempre existe el peligro de que esto suceda. Por tal razón, Bergin *et al*, (1996) expone que es necesario brindar mayor atención en el adiestramiento clínico a los aspectos filosóficos, éticos y a las dimensiones de la psicología. Se debe hacer más esfuerzo para incrementar el conocimiento de la dimensión de los valores, la metafísica y la moral en las teorías y la práctica clínica. Estas diferencias requieren sensibilidad, adiestramiento y especial atención. También manifiestan que debe existir honestidad hacia el público por parte de los clínicos acerca de la expresión de valores en la salud mental. Esto es necesario para que las personas no malinterpreten la práctica de la psicología. El terapeuta debe evitar exponer sus valores a través de enseñar o persuadir al cliente que su ideología o creencia religiosa o espiritual es la más correcta.

Otra forma es que el terapeuta abiertamente refiera que las creencias y valores de su cliente son perjudiciales o erróneos. Para evitar esto se recomienda que durante la terapia no se reparta material o literatura que tenga el propósito de convertir a los clientes a las creencias del terapeuta. Es favorable que antes de comenzar alguna intervención religiosa o espiritual se le ofrezca a la persona una descripción clara de la intervención y como ésta puede ser de beneficio (Chappelle, 2000). Si las creencias tanto del terapeuta como las del cliente no pueden mantener concordancia, entonces es preferible que el terapeuta considere realizar un referido.

La conceptualización psicológica utilizando el concepto de espiritualidad

La perspectiva espiritual así como los valores expuestos dentro de la terapia tienen implicaciones en cómo el clínico conceptualiza la personalidad humana y los procesos de cambio que surgen durante el crecimiento, desarrollo y sanación. Los asuntos religiosos y espirituales para muchas personas son una parte integral del desarrollo de sus vidas. Este desarrollo puede ser espiritual, moral, cognitivo y psicosocial (Burke, Hackney, Hudson Miranti *et al*, 1999). Estos factores van a depender unos de otros para establecer una salud mental positiva.

La relación entre salud mental y espiritualidad/religiosidad no siempre ha sido positiva. Exline, Yali & Sanderson (2000) han indicado en su estudio que la tensión religiosa está asociada al estrés psicológico. Este estrés se visualiza en forma de depresión y suicidio. La mayoría de las personas presentan una visión de Dios positiva pero otras pueden verlo como un ser punitivo, que castiga por los pecados cometidos. Esta visión de Dios en combinación con conflictos religiosos puede hacer que la persona no se sienta aceptada. Además, en algunas ocasiones, el tema de la religión puede ser controversial entre personas de diferentes creencias. Esto significa que la religión no siempre une a las personas, lo que puede provocar discordia social y por lo tanto podrían desarrollarse síntomas depresivos u otras patologías en personas vulnerables.

La depresión no sólo va a ser causada por problemas interpersonales sino que esta alineación social puede llevar a la persona a conductas suicidas. Existe literatura que

aporta la asociación entre la tensión religiosa y la depresión y el suicidio. Exline *et al* (2000), predicen en su estudio que esta asociación existe en la persona sin importar el nivel de religiosidad. Su razonamiento es que la tensión religiosa es parcialmente dependiente del bienestar religioso y de la religiosidad en general.

Para unas personas puede ser confortante mientras que para otras puede ser estresante.

En su estudio Exline *et al* (2001), concluyó que algunas percepciones religiosas, en especial aquellas que envuelven sentimientos de culpa y alienación, pueden ser un factor en la tensión religiosa. Esta tensión puede coexistir con prácticas y creencias religiosas que están asociadas con esperanza y bienestar. A pesar de que las personas experimentan mayor bienestar que tensión dentro de la religión, la tensión religiosa continuaba siendo un factor asociado con depresión y suicidio. La depresión y el suicidio por su parte podrían estar correlacionados con otros aspectos de la vida de la persona que los hace tener mayor vulnerabilidad con respecto a los asuntos religiosos.

La relación que tiene la espiritualidad con la salud mental va a depender de la persona. Según Gartner (1991), de 27 estudios 22 han encontrado que asistir a servicios religiosos afecta de forma positiva la salud física. Por lo tanto, sufren menos de muertes por problemas cardíacos, pulmonares, cirrosis en el hígado y suicidio (Koenig, Hays, Larson & George, 1990). Esto también puede ser el resultado de que estas personas que asisten a servicios religiosos tenían menos conductas perjudiciales para la salud como fumar e ingerir bebidas alcohólicas. Además se encontró que las personas que poseen buena salud acudían más a servicios religiosos que los enfermos. Esto es a causa de que su enfermedad dificultaba la asistencia. La asistencia a servicios religiosos también ha sido asociada positivamente a la abstinencia de sustancias controladas (Shafranske, 1996). En cuanto al abuso del alcohol se ha encontrado que los judíos poseen la tasa más baja de alcoholismo, en comparación con los católicos que poseen la más alta. En un estudio realizado en Puerto Rico por Gartner, Hohman, Larson, Canino & Allen (1988), citado en Shafranske (1996), se encontró que las personas que proclamaron ninguna afiliación a alguna entidad religiosa poseían mayor tasa de alcoholismo. En este estudio, los hombres fueron los que reportaron mayor consumo de alcohol y ninguna afiliación religiosa.

Benson & Stark, (1997) realizaron estudios sobre la respuesta de la relajación fisiológica y encontraron un efecto positivo de la mediación en la salud. Estos reportaron que las personas que aumentaron su espiritualidad luego de meditar tenían más beneficios positivos en su salud que los que no buscaban una espiritualidad activa.

El compromiso religioso ha demostrado su efectividad en mejorar el funcionamiento psicológico y el bienestar del ser humano. Diferentes estudios han demostrado evidencia que la religiosidad está asociada a bajos niveles de síntomas depresivos, menos ansiedad, menos suicidios y menor mortalidad (Koenig *et al.*, 1999). También se reportó que personas con creencias religiosas presentaban menos impulsos suicidas y una actitud negativa hacia esta conducta (Shafranske, 1996). Según Robinson (2000), la asistencia a la Iglesia puede predecir mejor la tasa de suicidio que cualquier otro factor.

Muchos investigadores han enfocado sus estudios en el compromiso religioso en vez de la integración religiosa. La clave en la asociación de religión e ideas suicidas es la frecuencia en que una persona asiste a los servicios religiosos en vez de la

denominación de una religión en particular. La literatura acerca de la religiosidad y el suicidio apoyan la hipótesis de que la asistencia a la iglesia correlaciona favorablemente con el suicidio. Por lo tanto, las religiones en donde sus fieles asisten a los servicios religiosos tienen la mayor influencia preventiva del suicidio (Siegrist, 1996). El mismo Siegrist (1996), evaluó el efecto de los dos factores: asistencia a la iglesia y denominación religiosa, con la actitud hacia el suicidio en diferentes sociedades y religiones como católicos, protestantes y personas sin ninguna afiliación religiosa que presentaban una opinión diferente sobre el suicidio. Los resultados de este estudio proveyeron evidencia de que la religión afecta la actitud acerca del suicidio que tienen los creyentes. La visión sobre el suicidio también se vio afectada por la afiliación religiosa. La ideación suicida por su parte estuvo influenciada tanto por la asistencia a la iglesia como por la denominación religiosa. A través de este estudio se llega a la conclusión que la religión en general interviene en la ideología suicida de forma favorable.

Por otro lado se ha encontrado que la asistencia a servicios religiosos y el apoyo social están positivamente asociados con el bienestar de la persona, aunque en algunas ocasiones se ven amenazados por la depresión. Las personas con enfermedades mentales reciben normalmente poco apoyo social por lo que se sienten solas y aisladas. La asistencia a los servicios religiosos es una forma de apoyo social y de contacto interpersonal. Por tal razón se presume que la asistencia a los servicios religiosos aumenta el apoyo social.

Existen bases, tanto clínicas como de investigación psicosocial, que demuestran el potencial positivo de la espiritualidad en, por ejemplo, la recuperación y la rehabilitación de pacientes psiquiátricos (Fallot, 2001). En muchas ocasiones los profesionales de la salud mental se han preguntado si el papel de la espiritualidad es positivo en pacientes con trastornos tales como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, bipolar y depresión mayor. Esta preocupación se basa en que muchos delirios y alucinaciones pueden tener contenido religioso, además de que la rigidez de algunas creencias y rituales podrían incrementar los síntomas. Por otro lado, el papel de la espiritualidad influye en la salud y sirve para lidiar con el estrés, disminuyéndolo. Lo estipulado nos concierne sobre la importancia de tomar en cuenta los factores culturales del individuo y su sistema de valores, especialmente los religiosos y espirituales.

La preocupación religiosa al extremo se puede considerar como un trastorno mental. El contenido cultural de la persona puede contribuir en el contenido de los síntomas como alucinaciones y delirios. Los asuntos religiosos no son considerados por sí solos como un trastorno mental pero sí merecen atención clínica. El DSM-IV (1994) estableció un código V62.89 para establecer problemas religiosos o espirituales. Personas con problemas mentales pueden expresar síntomas parecidos a una persona sin problemas mentales severos. Muchas personas expresan preocupación por el significado de la vida, culpabilidad por actos cometidos, pérdida de fe o soledad. Por tal razón es importante conocer el historial y la cultura de la persona para poder distinguir estos problemas de trastornos más severos.

Según Fallot (2001), en muchas culturas la espiritualidad y la religión son factores importantes para entender las dificultades personales y poder distinguir entre lo que es normal y lo que no lo es. En algunas culturas puede ser aceptable que sus males provengan de espíritus, como para otras esto no es normal. La expresión religiosa cambia de cultura en cultura como también de religión en religión. Este no es el único factor para poder establecer un juicio adecuado sobre el individuo; sin embargo, es necesario tomarlo en consideración tal y como hemos demostrado. Es importante tomar en cuenta el funcionamiento total de la persona, las habilidades

sociales, familiares, aspectos psicológicos y biológicos. Tomando en cuenta estos factores, el clínico puede ejercer un juicio adecuado que sirva para el reconocimiento de psicopatología y mejorar su proceso de evaluación clínica.

Se ha encontrado que el compromiso, las creencias y las prácticas religiosas son igualmente fuertes en pacientes psiquiátricos como en los no psiquiátricos. Muchas personas con problemas mentales utilizan la espiritualidad y la religión como recurso de ayuda para trabajar con sus problemas (Hintikka *et al*, 1998). Sullivan (1998), citado en Fallot, (2001), realizó una serie de entrevistas a personas diagnosticadas con enfermedades mentales que no habían sido hospitalizadas en un periodo de dos años. En estas entrevistas se encontraron tres factores espirituales que contribuyeron a la rehabilitación de estas personas. Primero se encontró que la espiritualidad jugó un papel importante al lidiar con el estrés y en la toma de decisiones. De igual forma, la oración ayudó a rechazar actividades negativas como el consumo de sustancias controladas. Luego se encontró que el involucrarse en círculos religiosos aumentó el apoyo social y emocional. Por último, la espiritualidad refuerza en la persona el sentido de coherencia y de bienestar. Es por esto que la espiritualidad en muchas ocasiones se considera como un elemento clave para la rehabilitación.

La Espiritualidad y la Psicoterapia: una perspectiva integral

La espiritualidad se ha comenzado a utilizar en servicios para la rehabilitación psiquiátrica (Fallot, 2001). El primer paso que se toma para utilizar la espiritualidad como recurso terapéutico es realizar una evaluación espiritual. La evaluación espiritual se realiza para aportar al terapeuta un entendimiento de cuál es la visión espiritual del individuo y como ésta afecta los asuntos y las relaciones de este individuo (Powell Standard, Singh Sandhu & Painter, 2000). Se utiliza para que el terapeuta pueda diferenciar entre problemas mentales con contenido religioso y aquellos problemas psicoespirituales que no se atribuyen a desórdenes mentales. Además ayuda a determinar qué pensamientos orientados a la espiritualidad/religiosidad son saludables o no saludables y como están afectando los problemas que presenta.

La psicoterapia espiritual no es indicada para todos los clientes o problemas. Sería contraindicado y perjudicial realizar una intervención espiritual con clientes con delirios o alucinaciones severas, psicóticos u obsesivos-compulsivos. Otro beneficio que tiene la evaluación espiritual es que puede ayudar al terapeuta a determinar si el cliente tiene dudas o preocupaciones en un nivel espiritual que se puedan trabajar en terapia (Richards *et al*. 1997).

La evaluación facilita al clínico tener un mayor entendimiento del problema y poder realizar un diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado, por lo que se considera de mucho valor en hospitales psiquiátricos. Fitchett (1993), citado en Fallot, (2001) realizó una evaluación en donde utilizó siete dimensiones: el significado y creencias (cómo la persona desarrolla su significado y propósito en la vida); la vocación y sus consecuencias (cómo la persona entiende sus obligaciones y el resultado de realizarlas o no); experiencias y emociones (el tono afectivo de la vida espiritual de la persona); valentía y crecimiento (cómo la persona expresa el cambio y la duda); rituales y práctica (cómo la persona establece sus creencias); comunidad (cómo la persona interacciona con grupos); autoridad y guía.

Las siete dimensiones que presenta esta evaluación son de beneficio ya que se enfocan mayormente en las funciones de las creencias, más que en su contenido. Además la evaluación espiritual va más allá de una evaluación de síntomas, por lo que ayuda a explorar áreas significativas para la recuperación del paciente, siendo de gran ayuda en lugares con diversidad de creencias y culturas. Por consiguiente, la necesidad de que se pueda medir dichos conceptos es imperiosa. A tales efectos, existen diferentes instrumentos que miden diferentes vertientes del concepto espiritualidad, entre ellos, el de bienestar espiritual. Uno de estos instrumentos es la Escala de Bienestar Espiritual de Ellison (1983). La misma ofrece una medida de la calidad de vida y también es apoyada por la relación positiva y consistente que se ha observado con medidas de auto-estima, y la relación negativa entre bienestar espiritual y soledad. La Escala de Bienestar Espiritual (SWBS) consta de 20 aseveraciones de auto-reporte con dos sub-escalas (Bufford, Pauloutzian & Ellison, 1991). La sub-escala de Bienestar Religioso (RWB) contiene 10 aseveraciones referentes a Dios y a la evaluación de la dimensión vertical de la espiritualidad. La sub-escala de Bienestar Existencial (EWB) incluye 10 aseveraciones que miden la dimensión vertical de bienestar que se relaciona al propósito de vida y la satisfacción de vida. Cada aseveración medida por la modificación de 6 puntos de la escala Likert fluctúa entre completamente de acuerdo a completamente desacuerdo (Bufford et al, 1991). La evaluación espiritual es importante para el beneficio del paciente que busca una satisfacción espiritual y que siente que puede afectar su bienestar tanto psicológico como espiritual. Luego de realizar una evaluación por medio de estas escalas, en donde se presentan cuáles son las creencias del cliente y si éstas intervienen de forma positiva o negativa; se crean intervenciones en grupo que van dirigidas a discutir los asuntos religiosos y espirituales. En la terapia grupal las personas tienen la oportunidad de responsabilizarse y enmendar conductas pasadas que han herido a otras personas.

Las terapias espirituales pueden promover el crecer en la fe practicada por el sujeto y fortalecer el compromiso en sus valores y creencias religiosas.

Las intervenciones expuestas por Richards *et al*, (1997) buscan el crecimiento interior del ser humano. Estas intervenciones de enfoque psicoespiritual han sido utilizadas para trabajar casos de depresión, luto, conflicto matrimonial, abuso sexual, baja auto-estima, ideación suicida, desórdenes alimenticios y sexuales. Muchas personas con problemas emocionales, como la depresión, carecen de esta fuerza espiritual y de valor propio. Esto produce síntomas de soledad, desesperanza, minusvalía y fracaso. Son estos mismos síntomas los que llevan a la persona a tener pensamientos y conductas suicidas. Las personas con ideología suicida en muchas ocasiones tienen cogniciones negativas de sí mismas. Las intervenciones espirituales pueden ayudar al individuo con problemas (i.e., ideas o conductas suicidas), a buscar significado a su vida. El proceso psicoterapéutico en conjunto con el sistema espiritual, ayuda al cliente en la búsqueda de su yo interior y permite que muchas veces éste se fortalezca. Es un proceso de aprendizaje y crecimiento personal donde el cliente tiene que estar dispuesto a recibir, pero también a abrirse para poder desarrollarse y crecer. Con este propósito, el proceso psicoterapéutico centrado en una intervención espiritual, ofrece la posibilidad de desear vivir, fortaleciendo el "yo" y creando deseos de superación a través de la espiritualidad. En este proceso el cliente también aprende a sentir y a expresar sus sentimientos. Este factor es importante ya que esta expresión hace que la persona comience el proceso de adaptación y sanación. Además, es una forma que el terapeuta posee para conocer y entender las intenciones del cliente.

Intervenciones espirituales y religiosas: su importancia psicológica

Existe una diferencia entre las intervenciones religiosas y las espirituales. La espiritualidad y la religiosidad son términos difíciles de diferenciar. Las intervenciones religiosas son aquellas que están más estructuradas, conductuales, cognitivas y ritualistas (Miller, 1999). Estas intervenciones exhortan al cliente a asistir a la iglesia, a utilizar los recursos de esa religión, y a seguir con sus rituales y tradiciones. Otra de las técnicas utilizadas en estas intervenciones incluye realizar lecturas de las escrituras y en ocasiones interpretarlas. Las intervenciones espirituales incluyen las experiencias, espontáneas y personales, así como técnicas para orar, meditar, perdonar, utilizar imágenes espirituales que son significativas para el cliente y realizar un diario espiritual (Richards *et al*, 1997). Es importante reconocer las diferencias ya que pueden facilitar y satisfacer las necesidades del cliente. Las intervenciones espirituales han sido bien efectivas en terapia individual para clientes adultos. Además también se han utilizado en terapias grupales y terapia marital y familiar, aunque se utilizan con menos frecuencia en niños y adolescentes quizás porque éstos están centrando y todavía desarrollando su grupo de creencias espirituales.

En la terapia espiritual también se utilizan intervenciones de carácter afectivo, conductual e interpersonal. Este tipo de intervenciones se utilizan dependiendo de la necesidad o situación problemática del cliente. La intervención espiritual afectiva es la designada para ayudar al cliente a cambiar sus sentimientos y emociones religiosas o espirituales. Esta intervención se utiliza en pacientes vulnerables que utilizan las emociones para resolver sus problemas. La espiritual conductual está diseñada para ayudar al cliente a cambiar su conducta y su estilo de vida en un nivel espiritual y religioso. Esta terapia es de beneficio para aquellos clientes que son activos y tienen unas metas establecidas. La interpersonal ayuda a los clientes a cambiar la cantidad y la naturaleza de su involucramiento con las personas de su comunidad religiosa. Esta intervención se utiliza por aquéllos que tienen buenas destrezas sociales y que están abiertos a relacionarse con otras personas. La espiritual cognitiva está descrita como que ayuda a los clientes a cambiar sus creencias y su entendimiento religioso y espiritual (Richards *et al*, 1997).

En la terapia espiritual se pueden utilizar técnicas de modelos ya establecidos como lo es la terapia cognitiva, la existencial-humanista y la psicodinámica. La terapia cognitiva, por su parte, se dirige a aquellas creencias y asunciones que los clientes religiosos traen a la terapia psicológica. El término cognitivo incluye creencias acerca de sí mismo y de otros. También se refiere al diálogo interior que puede ser tanto abstracto como de imágenes mentales (Propst, 1996). El modelo cognitivo está basado en que los pensamientos van a determinar cómo una persona siente y actúa. Estas respuestas emocionales van a proveer una retrocomunicación continua independientemente de si la persona está preparada para involucrarse en el medio ambiente. Por lo tanto, el modelo cognitivo de psicoterapia presume que cambios positivos en las distorsiones cognitivas y en los esquemas van a producir alivio a los síntomas psicológicos (Engler, 1999).

La terapia cognitiva da importancia a las creencias de las personas y por esta razón esta terapia ha sido aceptada por religiosos (Propst, 1996). Los procesos cognitivos en donde se modifican las asunciones del individuo se asemejan a algunos aspectos de la expresión religiosa. La semejanza se encuentra en algunas ideas donde se busca transformar esquemas con ideas presentadas en el pensamiento cristiano (Propst, 1996). Propst (1996), sugiere que la reestructuración cognitiva puede

definirse como un tipo de transformación espiritual de la mente. En un estudio que realizó, encontró que la terapia cognitiva-conductual fue significativamente efectiva y que al finalizar el tratamiento los clientes habían experimentado reducción en sus síntomas depresivos y de perfección, además de aumento de la auto-estima y el bienestar religioso y existencial. Por su parte, Miller (1999) dice que la terapia cognitiva aporta a la fortaleza de la espiritualidad y a la calidad de vida. Además señala que la espiritualidad debe ser promovida sin utilizar medios que sean de una religión en específico para poder brindar mayor universalidad. Según Miller y Martin (1988), citado en Bergin *et al* (1996), la combinación de las técnicas conductual-cognitivas y espirituales ha demostrado ser eficaz para lidiar con trastornos psicopatológicos. Por tal razón la integración de estas técnicas es de beneficio para trabajar con pacientes con ideación suicida.

La terapia existencial es un marco teórico que se puede utilizar para trabajar con personas con desórdenes depresivos o ideación suicida (Ivey & Downing, 1987). Esto se debe a que el existencialismo está dirigido a desarrollar la existencia humana y a reconocer los aspectos positivos de la vida (Ivey *et al*, 1987). La teoría existencialista se funda en la creencia de que cada persona ve al mundo de forma única y construye su propia realidad a través de su experiencia por el mundo. Por lo tanto, las personas se conocen a sí mismas por su experiencia con el mundo. La psicoterapia existencial trabaja con técnicas y preguntas que van dirigidas a la esencia del ser humano, como son preguntas relacionadas con la naturaleza de la ansiedad, el sufrimiento y la soledad. Según Schafranske (1996) estas variantes pueden ser parte de las características de personas con desórdenes de depresión o ideación suicida.

Según Corsini & Wedding (1995), la tarea del terapeuta en la terapia existencial es entender al paciente y a su mundo y dirigirlo a ser responsable en la toma de decisiones. El terapeuta debe ayudar al cliente a ponerse en contacto con sus experiencias, a vivir en el presente y no en el pasado, a disminuir sus niveles de ansiedad, a ser responsable por la construcción del mundo y por lo tanto, a ser responsable en su toma de decisiones (Ivey *et al*, 1987).

Otras técnicas que se pueden integrar al concepto de espiritualidad son las del modelo psicodinámico (Richards *et al*, 1997). El psicoanálisis es una terapia que enfatiza en la importancia de las fuerzas del inconsciente en la vida mental. Por lo tanto estudia las dinámicas del consciente como del inconsciente y promueve la introspección. (Ivey *et al*, 1987). El fundamento principal del psicoanálisis es la búsqueda del placer y el rechazo del dolor (Corsini *et al*, 1995). Este fundamento podría ser de beneficio para los pacientes con ideación suicida ya que según Shneidman citado en McIntosh (1995), los que intentan el suicidio son personas que los caracteriza el dolor. Esta terapia también puede ser útil ya que promueve que el paciente exprese libre y espontáneamente sus pensamientos y sentimientos en un ambiente libre de críticas. El terapeuta es un observador receptivo que promueve la introspección en el cliente a través de sus interpretaciones y que además está consciente del poder de la transferencia en la relación psicoterapéutica. El proceso psicoanalítico también puede ser beneficioso en los pacientes con ideación suicida ya que entra en contacto con los conflictos intrapsíquicos de la persona. Estos conflictos pueden ser trabajados a través del manejo de los mismos y los mecanismos de defensa. La terapia psicoanalítica es un proceso largo, por lo que no es de beneficio en terapia grupal.

CONCLUSIÓN

Las dimensiones de espiritualidad y religión deben ser exploradas y consideradas al momento de realizar intervenciones psioterapéuticas, sobre todo si el tipo de creencias que pueda tener el sujeto afecta, positiva o negativamente, el bienestar del individuo. Los terapeutas deben ser culturalmente sensitivos a las manifestaciones de elementos espirituales o religiosos, demostrando tolerancia y comprensión hacia estas expresiones. Intervenciones psicoterapéuticas que tomen en consideración los elementos religiosos o espirituales que un paciente expresa, pueden generar procesos de intervención terapéutica favorables que promuevan la sanación, adaptación o felicidad de dichos sujetos.

Como hemos podido demostrar, los conceptos de espiritualidad, religión y salud mental se han convertido en un factor de suma importancia al promover el desarrollo y el bienestar personal. En las últimas décadas ha surgido un renacer en las actividades espirituales y en cómo éste influye en el diario vivir de las personas. La exploración de la espiritualidad ha llevado al individuo a buscar alternativas instrumentales para llegar a este bienestar. Las intervenciones psicológicas que toman en consideración lo anterior surgen como una alternativa eficaz ya que el ser humano es un ente psico-espiritual.

Teóricos de la personalidad como Allport (1950), Maslow (1970), Freud (1901), han examinado el rol de la espiritualidad en el desarrollo del ser humano y han cuestionado el impacto que tiene en la salud mental (Engler, 1999). Las investigaciones realizadas han encontrado una asociación positiva entre la espiritualidad /religiosidad y la salud mental. Estudios como los de Koenig *et al*, (1990), Hitikka *et al*, (1998), Siegrist, (1996), Gartner, (1991), Martin, (1984), Stack (1983), han comprobado que la asistencia a instituciones religiosas y el uso de técnicas espirituales dentro de la psicoterapia han tenido un resultado favorable en las condiciones mentales. La asistencia a servicios religiosos ha sido beneficiosa ya que esto provee apoyo social al individuo y alivia los sentimientos de soledad y aislamiento. Además, las técnicas utilizadas, tales como la visualización y la relajación, tomando en consideración elementos religiosos, han sido de beneficio al individuo en la búsqueda de su yo y de su integridad. Las técnicas espirituales asisten al individuo en la búsqueda de un ser superior al igual que promueven un ser interior saludable. Éstas también proveen fortaleza para aliviar el dolor emocional a través del desarrollo de destrezas de manejo. Estos son factores esenciales para promover la salud mental.

Según la revisión de literatura expuesta, las intervenciones espirituales pueden ser utilizadas en combinación con diferentes técnicas psicoterapéuticas. Una de éstas es la terapia cognitiva conductual y espiritual. Esta terapia ha demostrado ser eficaz para lidiar con los trastornos psicopatológicos. La terapia cognitiva conductual va dirigida a trabajar directamente con el sistema de creencias del individuo. Por esta razón, la misma, ha sido aceptada por religiosos (Propst, 1996). Estas técnicas son de mucha ayuda ya que contribuyen a una salud mental positiva. Debemos y exhortamos a continuar explorando más profundamente las relaciones que puedan existir entre religión, espiritualidad y sus efectos en la salud mental de diferentes poblaciones, especialmente en el mundo Hispano, en el que existe una tradición sumamente rica en los niveles religioso y espiritual.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorder (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1992). Ethical Principles of Psychologist and \ Code of Conduct. *American Psychologist*, 47(12), 1597-1610

Bednar, R. & Peterson, S.(1990). *Spirituality and Self-Esteem: Developing the Inner Self*. Salt Lake City, Utah: Deseret Book Company

Benson, H. & Starks, S. (1997). *Spirituality/Faith*.www.inspirationcenter.net/mindbody/spirit.html. Bergin, Payne & Richards. (1996). *Values in Psychotherapy* Shafranske, E. P. (Ed.).

Religi3n and the clinical practice of psychology. (pp. 297-319) Washington: American Psychological Association.

Bufford, R., Paloutzian, R. & Ellison, C. (1991). Norms for the Spiritual Well Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), 56-70.

Burke, T., Hackney, H., Hudson, P., Miranti, J. et al. (1999). Spirituality, religion, and CACREP curriculum standars. *Journal of Counseling and Development*, 77(3), 251- 257.

Caswell, C., Young, J., Cashwell, T & Belaire, C. (2001). The inclusion of spiritual process in counseling and perceived counselor effectiveness.

Counseling and Values, 45(2), 145. Chappelle, W. (2000). A progresive legal and ethical decision making steps for using christian spiritual interventions in psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology*, 28(1), 43.

Corsini, R. & Wedding, D.(Eds.) (1995). *Current psychotherapies*, (5ta ed.). Ilasca,Il.: F.E. Peacock Publishers, Inc.

Elkins, D. (1999). Spirituality. *Psychology Today*, 32(5), 44.

Ellison, C. (1983). Spiritual Well Being: Conseptualization and Measurment. *Journal of Psychology and Theology*, 11(4), 330-340.

Exline, J., Yali A. & Sanderson W.(2000). Guilt, Discord, and Alienation: The Role of Religious Strain in Depression and Suicidality. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1481-1496.

Fallot, R. (2001). Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 110.

Gartner, J. & Allen, G. (1991). Religious commitment and mental health: A review of empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-25.

Graham, S., Furr, S., Flowers C. & Burke M. (2001). Religion and spirituality in coping with stress. *Counseling and Values*, 46(1), 2.

Hales, D. & Hales R. (1995). *Caring for the Mind: The Comprehensive Guide to Mental Health*. Bantam Books, USA.

Hintikka, J., Vilmäki H., Koivumaa-Honkanen H., Tanskanen, A. & Lehtonen, J. (1998). Associations between Religious Attendance, Social support, and Depression in Psychiatric Patients. *Journal of Psychology and Theology*, 26(4), 351-357.

Ivey, A., Ivey, M. & Downing, L. (1987). *Counseling and Psychotherapy Integrating Skills, Theory, and Practice*, (2a. ed.) New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Kelly, E. (1995) *Spirituality and Religion in Counseling and Psychotherapy: Diversity in Theory and Practice*. Alexandria, VA: American Counseling Association

Koenig, H., Hays, J., Larson, D., & George, L. (1999). Does religious attendance prolong survival? A six year follow-up study of 3,968 older adults. *Journal of Gerontology*, 54A(7), 370-376.

Miller, W.R. (1999) *Integrating spirituality in to treatment*. Washington DC: American Psychological Association
Nielsen, M. (1998). Notable people in psychology of religion. www.psywww.com/psyreling/psyrelpr.htm.

Powell Satndard, R., Singh Sandhu, D., & Painter, L. (2000). Assessment of spirituality in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 78(2), 204-210.

Propst, R. (1988) *Psychotherapy in a Religious Framework: Spirituality in the Emotional Healing Process*. New York, NY: Human Sciences Press, Inc.

Propst, R. (1996) Cognitive-behavioral therapy and the religious person. In Shafranske, E. P. (Ed.). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington: American Psychological Association.

Richards, I.S. & Bergin, A.E. (1997). *A Spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.

Robinson B. (2000). Religious Faith and the Incidence of Suicide. www.religioustolerance.org/sui_reli.htm
Shafranske, E. P. (Ed.). (1996).

Religion and the clinical practice of psychology. Washington: American Psychological Association.
Shafranske, E.P. & Malony, H.N. (1990). Clinical Psychologist religious and spiritual orientations and their practice in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 72-78.

Siegrist, M. (1996). Church attendance, denomination, and suicide ideology. *Journal of Social Psychology*, 136(5), 559.

Stack, S. & Wasserman, I. (1992). The effect of religion on suicide ideology: An analysis of the networks perspective. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31(4), 457- 467.

Stark, R., Doyle, D. & Rushing, J. (1983). Beyond Durkheim: Religion and suicide. *Journal of Scientific Study of Religion*, 22(2), 120-131.

Wolf C. & Stevens P. (2001). Integrating religion and spirituality in marriage and family counseling. *Counseling and Values*, 46(1), 66.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ANSIEDAD Y ESTRÉS

José Gutiérrez Maldonado

Universidad de Barcelona

Resumen

Se exponen, en primer lugar, las principales teorías sobre la ansiedad como componente de la personalidad normal. A continuación se resumen las principales características de los trastornos de ansiedad. Una vez descrita la ansiedad clínica, se exponen los principales hallazgos y teorías sobre las causas de la ansiedad patológica, haciendo mención de modelos biomédicos, cognitivos y conductuales. Posteriormente se discute acerca de la relación entre ansiedad y rendimiento, que no siempre es negativa; terminando con un apartado en el que aparecen las principales técnicas de intervención psicológicas sobre la ansiedad.

ANSIEDAD Y ESTRÉS

La ansiedad es una sensación experimentada por todos, en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana. Cuando se da con niveles moderados, facilita el rendimiento, incrementa la motivación para actuar, anima a enfrentarse a una situación amenazadora, hace estudiar más para ese examen que preocupa, y mantiene alerta cuando se está hablando en público. En general, ayuda a enfrentarse a las situaciones.

Pero si alcanza niveles exagerados, esta emoción normalmente útil puede dar lugar al resultado opuesto: impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastorna la vida diaria. Los trastornos de ansiedad no son sólo un caso de "nervios". Son estados relacionados con la estructura biológica y con las experiencias vitales de un individuo. Con frecuencia son tendencias hereditarias, pero el aprendizaje juega un papel decisivo en el control o la falta de control de las mismas. Cuando es excesiva y no se controla, la ansiedad hace que el individuo sufra lo que en Psicopatología se denomina un *trastorno*.

Tiende a aceptarse cada vez más la idea de que el objeto de estudio de la psicopatología son los trastornos mentales. De esa manera se intentan sortear los problemas de estigmatización que conllevan términos como "anormal", o adscripciones demasiado evidentes a determinados enfoques puestas de manifiesto por expresiones como "enfermedad mental". Pero denominar trastornos mentales al objeto de estudio de la psicopatología no resuelve todos los problemas, puesto que se corre el peligro de dar a entender que se admite, implícitamente al menos, alguna clase de dualismo mente-cuerpo, estableciendo una separación más aparente que real entre la patología mental y la patología somática. El problema más grave de cualquier denominación que se emplee para referirse al objeto de estudio de la psicopatología es que no existe una definición conceptual única (ni mucho menos operacional) que se aplique de manera general a todos los trastornos; algunos son

definidos mejor por conceptos como "malestar", otros por conceptos como "descontrol", "limitación", "incapacidad", "inflexibilidad", "desviación", etc. Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto general. Es por ello que se adoptan soluciones de compromiso abarcando todas esas posibilidades en definiciones como las que ofrece el sistema clasificatorio de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV (APA, 1995, p. XXI):

"Un trastorno mental es un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej. dolor), a una discapacidad (p.ej. deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.ej. la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p.ej. político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción."

De manera similar, el término general "trastorno" se usa en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10, para señalar la presencia de un comportamiento o un conjunto de síntomas que, en la mayoría de los casos, se acompaña de malestar o interfiere con la actividad del individuo (OMS, 1992).

Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad, cada uno con sus características propias. Algunas personas se sienten ansiosas casi todo el tiempo sin ninguna causa aparente. En otros casos las sensaciones de ansiedad pueden ser tan incómodas que, para evitarlas, pueden llegar a suspenderse algunas actividades diarias. Otros trastornos se caracterizan por sufrir ataques ocasionales de ansiedad tan intensos que aterrorizan e inmovilizan.

Muchas personas entienden mal estos trastornos y piensan que deberían sobreponerse a los síntomas que experimentan usando tan sólo la fuerza de voluntad. El querer que los síntomas desaparezcan no da resultado, pero hay estrategias que permiten aprender a controlar la ansiedad llevándola hasta niveles razonables, y aprovechar su carácter activador como motivación para que, en lugar de deteriorar el rendimiento, lo facilite.

En las páginas que siguen se estudiará la ansiedad normal y la ansiedad patológica; se diferenciará la ansiedad que se experimenta en situaciones concretas, como un estado transitorio, de aquella otra más relacionada con tendencias estables y consistentes de conducta, es decir, con rasgos de personalidad. Diferentes situaciones provocan diferentes grados de ansiedad. Situaciones de amenaza o peligro suelen ser muy ansiógenas; también lo son en general las situaciones de evaluación. Pero no todo el mundo reacciona con el mismo nivel de ansiedad en una situación dada. Hay personas que responden con tranquilidad en situaciones complicadas, y otras a las que basta un peligro moderado para experimentar altos niveles de ansiedad; otras incluso sienten ansiedad en ausencia de amenazas o peligros objetivos. Las diferencias individuales juegan un papel muy importante en las respuestas de ansiedad. Estas diferencias tienen que ver con la personalidad. Cuando la ansiedad es exagerada y supone un obstáculo significativo para la vida cotidiana (laboral, familiar, etc.), se habla de trastornos de ansiedad. Más adelante se expondrá la clasificación de estos trastornos, se ofrecerán datos epidemiológicos, se hablará de su evolución y se comentarán las técnicas de intervención apropiadas.

Las principales teorías que intentan explicar la ansiedad son de tres tipos: biológicas, conductuales y cognitivas. Los modelos biológicos buscan las causas de la ansiedad en los niveles bioquímico, psicofisiológico y neuroanatómico del organismo. Se proponen a veces, en esos modelos, que determinados sistemas de neurotransmisión funcionan inadecuadamente, ya sea por exceso o por defecto. Los neurotransmisores son liberados por la neurona presináptica, a través de la cual se está desplazando el impulso nervioso y, cuando son captados por la neurona postsináptica, hacen que ésta transmita el impulso a otras neuronas conectadas con ella. Eso es lo que se denomina neurotransmisión excitadora. Otros neurotransmisores hacen justo lo contrario, es decir, impiden que el impulso nervioso pase de una neurona a otra. Este segundo mecanismo se denomina neurotransmisión inhibitoria. Hay teorías biológicas que relacionan la ansiedad tanto con mal funcionamiento de la neurotransmisión excitadora como de la inhibitoria.

En niveles neurofisiológicos y neuroanatómicos se ha buscado la implicación de determinadas áreas del cerebro en las respuestas de ansiedad. La amígdala, por ejemplo, parece estar en la base de ésta, así como el sistema límbico y el sistema septohipocámpico. Estas estructuras tienen relación con las emociones en general, y con la ansiedad en particular. Algunas teorías proponen que en personas con trastornos de ansiedad estas estructuras entrarían en funcionamiento con umbrales de estimulación menores que en personas normales.

Algunos de los principios más sólidos de la psicología se han encontrado al estudiar el aprendizaje. El condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje por observación son procesos que se conocen en la actualidad con gran profundidad, están en la base de modelos de muchas formas de comportamiento normal y patológico. La ansiedad se explica desde estos modelos como el resultado de la formación de hábitos desadaptativos, aprendizajes que han dado lugar a conductas ineficaces o perjudiciales. No todo lo que se aprende es beneficioso para el organismo. Si, ante una mala experiencia con determinado animal, se asocia éste con consecuencias aversivas, en el futuro el sujeto tenderá a evitarlo y, si debe enfrentarse a él, lo hará sufriendo elevados niveles de ansiedad. En este caso, la adquisición de la fobia se explica bastante bien en virtud de las leyes que gobiernan el condicionamiento clásico; aunque un modelo más completo considerará también conceptos y principios correspondientes a otras formas de aprendizaje, tales como el condicionamiento operante.

Se tratarán también algunas teorías de tipo cognitivo. Si las anteriores aludían a mecanismos biológicos o conductuales, los modelos cognitivos van a proponer como causas de la ansiedad formas de pensamiento inadecuadas. Tienen una estrecha relación con las teorías conductuales que se acaban de comentar, porque también presuponen que esas formas inadecuadas de pensamiento son básicamente aprendidas. La diferencia estriba en que la conducta observable (motora) no es el eje de la explicación, sino constructos no observables directamente (pensamiento, atención, etc.). La "mente" se entiende en la mayor parte de estos modelos como un sistema de procesamiento de información; algo formalmente similar a un ordenador, pero de tipo biológico. Aquellos constructos pueden ser de diferentes tipos: estructurales, cuando se refieren a la arquitectura del sistema de procesamiento (memoria a corto plazo, memoria a largo plazo, etc); proposiciones, que son los contenidos almacenados; procesos, para referirse a las operaciones que se realizan con la información (codificación, almacenamiento, recuperación, etc.); y productos, que son los resultados finales del procesamiento (imágenes, pensamientos, etc.). Diferentes teorías cognitivas recurren a alteraciones en una o más clases de los anteriores constructos para explicar la ansiedad y los trastornos de ansiedad: memoria a corto plazo sobrecargada, sesgos en la codificación o recuperación de

información que hacen seleccionar con preferencia estímulos amenazadores (o interpretar equivocadamente estímulos neutros como señales de peligro), pensamientos automáticos inapropiados, etc.

Las teorías pertenecientes a esos tres niveles de explicación no son contradictorias, sino complementarias. Cada modelo enfoca la ansiedad desde una perspectiva diferente y, por tanto, considera distintas variables como causas posibles. Los modelos son siempre representaciones simplificadas del referente real, de manera que abstraen algunas características esenciales y eliminan otras. Inicialmente los modelos de la ansiedad, como cualquier otro tipo de modelo científico, son muy esquemáticos, consideran simultáneamente sólo unas pocas variables y, en consecuencia, se parecen poco al referente real. Pero con el tiempo el avance de la investigación hace que se puedan introducir más variables y el modelo se hace más complejo y más parecido a la ansiedad real.

Los modelos animales de la ansiedad, por ejemplo, toman en consideración la conducta motora y medidas fisiológicas, pueden así ser suficientes para explicar algunos aspectos de la ansiedad humana, pero no todos. Se precisa complicarlos un poco más para que incluyan variables como la conducta verbal o el pensamiento. La ciencia avanza aquí, como en cualquier otro campo, acumulativamente. Puede haber teorías que se contradicen, pero lo habitual no es eso sino que unas complementan a otras. Integraciones interdisciplinarias que incluyan variables biológicas, conductuales y cognitivas son las que permiten formular modelos y teorías más parecidos a la ansiedad real, y con mayor poder predictivo. Pero no siempre se quiere formular modelos complejos. A veces es mejor trabajar con modelos sencillos porque es más fácil manejar unas pocas variables. Los modelos simples son elegantes, incluso estéticos, y más fáciles de integrar con otros modelos de disciplinas afines. Sin embargo, su capacidad predictiva en situaciones específicas es menor que la de los modelos complejos.

Más adelante se hablará de la influencia de la ansiedad sobre el rendimiento. Como se decía al principio, la ansiedad no siempre es perjudicial; de hecho es un mecanismo normal de activación del organismo que le permite prepararse y enfrentarse a situaciones que exigen un esfuerzo especial. En situaciones nuevas puede no resultar adaptativo responder impulsivamente, dado que tal vez sea necesario organizar una respuesta no del todo disponible en el repertorio de conducta del sujeto. En esas circunstancias la ansiedad es adaptativa, puesto que inhibe temporalmente el comportamiento motor y permite reestructurar perceptivamente la situación para dar con la respuesta más adecuada. Una vez encontrada ésta, la ansiedad puede proporcionar el nivel de activación suficiente para ejecutar la respuesta con el control adecuado de todos los detalles. El problema puede surgir cuando la ansiedad inicial no se transforma luego en esfuerzo, y el sujeto permanece inmovilizado. Determinados niveles de ansiedad son positivos, pero si son excesivos se convierten en perjudiciales porque no permiten el paso a la acción una vez se ha reestructurado la percepción de la situación de manera adecuada y se ha seleccionado la respuesta pertinente. El umbral a partir del cual los niveles de ansiedad se convierten en perjudiciales varía en función de la situación.

Para acabar se expondrán algunas técnicas y procedimientos prácticos encaminados a manejar la ansiedad ante diferentes situaciones de estrés. Entre las estrategias generales para el control de la ansiedad se encuentran las que inciden sobre la activación fisiológica, las que lo hacen sobre el autoconcepto y la autoestima, el entrenamiento en habilidades sociales y el entrenamiento en resolución de problemas. La experiencia más llamativa para la persona que experimenta ansiedad es la elevada activación fisiológica. Algunas personas explican que tienen dificultades

para respirar, otras que sienten su corazón latir fuerte y rápidamente, otras tienen la sensación de marearse, la boca seca, dolor en el aparato digestivo, temblor en las piernas, etc. Hay procedimientos para controlar estas reacciones hasta cierto punto, pero más importante es el cambio de actitud que la persona que las sufre ha de desarrollar ante ellas. Es más importante dejar de sentir temor ante estas reacciones que intentar controlarlas. De hecho, muchas personas las buscan como fuente de estimulación y para sentir que viven la vida con intensidad. Para ello practican deportes de riesgo, se lanzan en paracaídas, suben a montañas rusas o buscan conocer gente nueva. ¿Por qué intentar evitar esas sensaciones en lugar de aprender a disfrutar de ellas, sin que interfieran con el rendimiento? No menos importante es la intervención sobre la imagen que se tiene de uno mismo, y el juicio de valor que se hace de ella, de manera que también se expondrán técnicas para modificar el autoconcepto y la autoestima. En continuidad con lo expuesto en un apartado anterior, se describirán ahora procedimientos para el aprendizaje de habilidades sociales. Otro tipo de técnicas generales se encaminan al entrenamiento en habilidades de resolución de problemas. La ansiedad puede aparecer cuando se pretende resolver situaciones complicadas de una sola vez. Es mejor dividir una tarea compleja en componentes más sencillos, y resolver cada uno de ellos por separado o secuencialmente. Las habilidades implicadas en la descomposición de problemas complejos en componentes simples pueden ser entrenadas.

ANSIEDAD Y PERSONALIDAD

Ansiedad rasgo y ansiedad estado

En psicología de la personalidad se denominan rasgos a las tendencias estables y consistentes de comportamiento. Con ello se quiere decir que un individuo que "tiene" tal rasgo, tiende a comportarse de manera similar en diferentes momentos (estabilidad) y en diferentes situaciones (consistencia). La persona con extroversión tiende a ser sociable durante la mayor parte del día, y casi todos los días; y también en diferentes entornos como el trabajo o una fiesta. La persona con elevada ansiedad rasgo tiende a reaccionar con altos niveles de ansiedad en diferentes momentos y en gran variedad de situaciones. En cambio, la persona con baja ansiedad rasgo se mantiene tranquila habitualmente en casi todo momento y en la mayor parte de situaciones.

El estado hace referencia a cómo se encuentra una persona en un momento dado. Es el resultado de la interacción entre rasgo y situación, es decir, entre la predisposición que viene dada por factores constitucionales, por un lado, y las características de la situación, por otro.

Ambos conceptos (rasgo y estado) son interdependientes, pues las personas con un elevado rasgo ansioso están más predispuestas al desarrollo de estados de ansiedad, al interactuar con los estímulos ansiógenos del entorno. Spielberger (1966) describía el estado de Ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; aquellas situaciones que fuesen percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, suscitarían estados de ansiedad. El rasgo de ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de ansiedad. Para Spielberger, el mecanismo fundamental es, pues, la valoración cognitiva de amenaza que realiza la persona a cerca de los estímulos externos (estresores) e internos (pensamientos,

sentimientos o necesidades biológicas). Los factores fisiológicos o constitucionales, cognitivos y motivacionales que predisponen al individuo a hacer interpretaciones amenazantes a cerca de la situación (rasgo), unidos al significado psicológico que tienen ciertas características ambientales que se están produciendo en este momento (situación), son ambos factores determinantes de la reacción ansiosa (estado).

Desde una concepción multidimensional del rasgo, existirían diversos rasgos de ansiedad específicos, cada uno caracterizado por su sesgo cognitivo propio. Así por ejemplo, las personas con ansiedad interpersonal presentarían una tendencia a percibir las situaciones sociales (o cualquier circunstancia que tuviese implícita una evaluación social) como amenazantes, desencadenando sólo entonces su respuesta emocional ansiosa. De la misma forma, los sujetos con alta ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana pueden mantener la calma en situaciones extraordinarias, pero sufrir ansiedad ante situaciones corrientes.

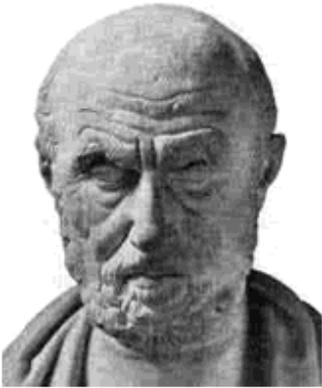
Desde una perspectiva más constitucionalista los rasgos son entendidos como características de la personalidad que, en gran parte, son hereditarias. Éstas características se han relacionado a lo largo de la historia con la constitución física de los organismos.

Personalidad y temperamento

Actualmente, para el especialista en la materia el concepto de personalidad engloba tanto la inteligencia como el temperamento, pero el conjunto de fenómenos que engloba el concepto de personalidad no estuvo siempre claro, produciéndose desacuerdos entre los investigadores más relevantes.

La definición de personalidad puede estar sujeta a diferentes propuestas, pero lo que subyace a las diversas concepciones es la referencia a aspectos relativamente estables de la conducta. La estabilidad de la conducta es puesta de manifiesto incluso por las teorías del estímulo-respuesta, según las cuales aquella viene dada por los procesos de aprendizaje (incluyendo aquí los procesos de generalización a situaciones análogas a la de adquisición de la conducta). Pese a ello, tradicionalmente se ha atribuido al conductismo un punto de vista opuesto al de la estabilidad y la consistencia de la conducta.

El hábito se refiere a modos de conducta directamente enraizados en lo observable. Un nivel superior de abstracción viene dado por el concepto de rasgo. La agrupación de los hábitos da lugar a la construcción de una serie de propiedades disposicionales que son los rasgos; así, se dice que una persona es honesta (tiene el rasgo de honestidad) si en diferentes situaciones muestra modos de conducta relativamente estables (hábitos) que permiten calificarlo como tal. Los rasgos deben diferenciarse de los estados por cuanto éstos, pese a situarse en el mismo nivel de abstracción que los rasgos, se definen por su carácter temporal. La distinción entre rasgos y estados se debe a Allport (1937), quien definió los estados como "situaciones temporales de la mente y el ánimo", aunque ya Marco Tulio Cicerón en el año 45 a. de C. distinguía entre estos dos conceptos: "No todos los hombres que están en algún momento ansiosos tienen un temperamento ansioso (...) al igual que existe una diferencia entre la intoxicación y la borrachera habitual (o entre) ser galante y estar enamorado."



Todavía a un nivel superior de abstracción al de los rasgos y los estados se encuentran los tipos, que los griegos y Kant conceptualizaban categóricamente pero que en la actualidad tienen un significado análogo al de los rasgos aunque de mayor inclusividad. Los rasgos corresponden a lo que en análisis factorial se denominan factores primarios y los tipos a factores secundarios, resultantes de las correlaciones observadas entre rasgos.

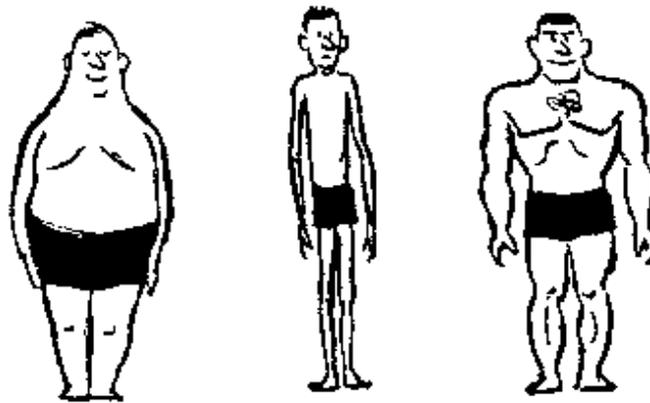
Los tipos básicos se remontan a la distinción que hizo Hipócrates, según el predominio de uno de los cuatro humores corporales, entre sanguíneos, flemáticos, coléricos y melancólicos. Wundt utilizó esta descripción clásica de los tipos de temperamento, pero no de manera categorial sino dimensional, y Eysenck, además, aportaría procedimientos de medida de estas dimensiones. En la base de estas clasificaciones del temperamento se encuentran, por lo tanto, las referencias a características corporales. Entre los autores que han seguido esta tradición a lo largo de la historia se encuentran Porta (1540-1615), Sulzer (1720-1779), Lavater (1741-1861), Carus (1789-1869), y Gall (1758-1828), fundador de la frenología, disciplina que intentaba inferir a partir de la forma exterior del cráneo las características de las áreas cerebrales subyacentes, consideradas como sede de diversos sentidos.

Constitución y temperamento

El tema de la relación entre las características corporales y el temperamento ha sido abordado desde muchos años atrás, Eysenck (1970) ofrece una lista de los principales autores y de sus respectivas clasificaciones:

Hipócrates	(430a.c.):	Habitus	apoplecticus-Habitus	phitísicus
Halle	(1797):		Abdominal-Muscular-Cefálico	
Rostan	(1828):		Digestivo-Muscular-Cerebral/respiratorio	
Walker	(1852):		Nutritivo-Locomotorio-Mental	
Carus	(1852):		Flemático-Atlético-Cerebral/Asténico	
Wells	(1869):		Vital-Motor-Mental	
Beneke	(1878):		Hiperplástico-Normal-Hioplástico	
Huter	(1888):	Tipo	comida-Tipo	fuerza-Tipo
Virenius	(1904):		Conectivo-Muscular-Nervioso/epitelial	sensación
Sigaud	(1914):		Digestivo-Muscular-Cerebral/respiratorio	
Stockard	(1923):	Latero-Intermedio-Lineal		

Kretschmer (1921,1955), más recientemente, distinguió entre los tipos pícnico (tronco pequeño y encorvado, extremidades cortas, cabeza grande y redonda), leptosomático (tronco y extremidades delgadas, rostro estrecho y puntiagudo, tendinoso) y atlético (tronco trapezoide, osamenta y musculatura pronunciadas, manos y pies grandes, rostro perfilado).



Relacionó cada uno de estos tipos con la propensión a padecer determinados tipos de enfermedades mentales (pícnicos con trastornos maniaco-depresivos, leptosomáticos con esquizofrenia y atléticos con epilepsia); por ello, asignó a los pícnicos un temperamento "ciclotímico", a los leptosomáticos "esquizotímico" y a los atléticos "viscoso". Se propuso incluso un índice para sustituir la categorización a ojo de la apariencia corporal por un criterio objetivo (índice de Wertheimer-Hesketh: longitud del esqueleto por 100 / perímetro por profundidad por altura torácica); o el índice de Piguet: altura-(peso+ perímetro torácico).

Otro autor, Sheldon, formuló una nueva tipología, aunque equivalente a la de Kretschmer, en la que se diferenciaba entre endomorfos, ectomorfos y mesomorfos, atribuyéndoles respectivamente los temperamentos viscerotónico, cerebrotónico y somatotónico, siendo los dos primeros análogos a los temperamentos ciclotímico y esquizotímico, respectivamente, y caracterizando al somatotónico por la tendencia al esfuerzo y a la actividad enérgica, al viscerotónico por la laxitud y la complacencia y al cerebrotónico por las tendencias introvertidas e intelectuales. Los resultados de algunos estudios mostraron que la psicosis maniaco-depresiva se asociaba con el tipo endomorfo, la esquizofrenia con el ectomorfo y la paranoia con el mesomorfo (Eysenck, 1970).



De todas las tipologías, las de Kretschmer y Sheldon han sido, sin duda, las más influyentes. Sheldon, en particular, tiene el interés de que introduce una concepción dimensional, considerando que el tipo corporal es el resultado de la influencia de los tres componentes en que se basa su clasificación, y utiliza una escala de 1 a 7 para describir la importancia de cada uno de estos componentes en la determinación de la constitución física total; así el tipo 711 corresponde a una persona con dominancia del componente endomorfo y ausencia de los componentes mesomorfo y ectomorfo. En teoría, por tanto, existen 343 posibilidades de combinación de estos componentes, aunque Sheldon informa que únicamente ha encontrado 76 en la realidad. Otros índices introducidos por Sheldon son el índice "d", que se refiere al grado de inconsistencia en la mezcla de los tres componentes básicos en diferentes regiones del cuerpo; el índice "q", que se refiere al grado en que una constitución física presenta rasgos asociados ordinariamente al sexo contrario; y el índice "t", que se refiere a variaciones textuales.

Otros investigadores, como Ekman, se interesaron por la posibilidad de reducir la tipología tridimensional de Sheldon a una bidimensional. Todos ellos llegaron, a partir de sus análisis de correlaciones, a la conclusión de que era posible reducir las

dimensiones básicas a dos, puesto que el tipo endomorfo y el mesomorfo no aparecían como factores independientes sino como manifestaciones opuestas de un mismo factor.

La línea de investigación en este campo, fundamentada en el análisis factorial de medidas corporales, se diferencia, por cuanto hace uso principalmente de datos empíricos, de la intuitiva y, en gran parte, subjetiva, de Sheldon y sus predecesores. Eysenck (1970) destaca en este área de la antropometría a Spearman (1927).

Los factores más contrastados empíricamente permiten representar esquemáticamente el cuerpo humano como un rectángulo que puede describirse a partir de las medidas de altura y anchura. Un índice que se deriva de estas medidas puede ser, por ejemplo, la multiplicación de la altura por la anchura.

Eysenck (1947) supuso que los introvertidos altos en neuroticismo (distímicos) deberían tener mayor tendencia al tipo endomorfo que los extrovertidos altos en neuroticismo (histéricos) y obtuvo resultados que coincidían con estas predicciones.

Los estudios sobre la relación entre constitución física y temperamento han proliferado, como se ha visto, desde los inicios de las investigaciones sobre la personalidad. Una de las características de la evolución histórica de esos estudios, como de la psicología de la personalidad en general, ha sido el progresivo abandono de las concepciones categoriales y su sustitución por las dimensionales. Los representantes más destacados de las teorías dimensionales de la personalidad han sido J.P. Guilford, R.B. Cattell y H.J. Eysenck. Tienen en común que ofrecen sistemas descriptivos generales de la personalidad basados en el análisis factorial, es decir, que intentan detectar todos los ámbitos de la conducta y mostrar la estructura y dependencia recíproca de las dimensiones descritas. Les diferencia, no obstante, su mayor o menor tendencia a limitarse a un enfoque puramente empírico del problema o a recurrir a la formulación de teorías explicativas y, por tanto, a la proposición de mecanismos fundamentalmente biológicos de la personalidad.

Otros autores menos citados, pero que según Eysenck y Eysenck (1987) son los auténticos pioneros en este modo de hacer (los primeros en utilizar correlaciones para medir factores de personalidad, los primeros en utilizar tests objetivos de laboratorio, etc.) son Heymans y Wiersma, quienes ya en 1909 descubrieron dos factores equivalentes a los factores posteriormente establecidos por Eysenck de extroversión y neuroticismo.

Los trabajos de Heymans y Wiersma fueron continuados por la escuela de Spearman.

LAS TEORÍAS DE CATTEL,EYSENCK Y GRAY

Cattell



Los investigadores más relevantes de la ansiedad desde el enfoque de la personalidad son, sin duda, R.B. Cattell y H.J. Eysenck. El objetivo inicial de las investigaciones de Cattell sobre la ansiedad era dilucidar si este constructo tenía un carácter unidimensional o, por el contrario, multidimensional. Entre 1948 y 1960 se realizaron bajo su dirección una larga serie de trabajos en los que se tomaron, mediante pruebas objetivas aplicadas en grupos heterogéneos de personas, medidas de variables que tradicionalmente se habían considerado como indicadores de ansiedad (poca firmeza de la mano, incapacidad de mirar a los ojos a otras personas, sensación de vacío en el estómago, irritabilidad, tensión muscular, disminución de la concentración, elevada respuesta eléctrica de la piel, etc.). Las correlaciones entre estas medidas tendían a ser fuertes y positivas, y apuntaban hacia la existencia de un único factor de ansiedad.

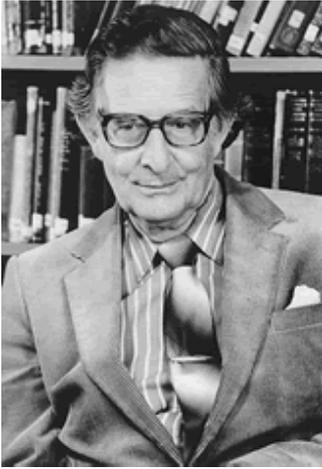
Otro foco de interés de R.B. Cattell y sus colaboradores fue ver cómo emergía la ansiedad a partir, no ya de medidas objetivas del comportamiento, sino del relato introspectivo que el sujeto da de sí mismo al responder un cuestionario. Entre los 16 factores de personalidad extraídos mediante cuestionario parecía haber varios cuyo contenido se asemejaba al concepto de ansiedad. Ello planteaba un problema, puesto que parecía una contradicción que entre las medidas objetivas apareciera un único factor de ansiedad mientras que entre los datos de autoinforme se extraían varios factores con ese mismo contenido. No obstante, al calcular las correlaciones entre estos factores primarios obtenidos en las medidas de autoinforme y analizarlas factorialmente sí que aparecía un solo factor de ansiedad.

Esta manera de analizar la ansiedad correspondería a un concepto de la misma como rasgo de personalidad. Pero R.B. Cattell, además, estaba interesado en el estudio de la ansiedad como un estado fluctuante, que varía en la misma persona en diferentes momentos. Esta cuestión también fue explorada mediante la técnica del análisis factorial; ahora lo que había que correlacionar eran las medidas de ansiedad tomadas en las mismas personas en diferentes momentos. Si las diferentes medidas se refieren a un único constructo, entonces todas ellas deben variar de la misma manera a través de la serie cronológica. Esto fue exactamente lo que se encontró.

Según la distinción entre ansiedad rasgo y ansiedad estado, la intensidad de la ansiedad experimentada por un individuo en un momento dado (estado de ansiedad) depende de la interacción entre el grado de estrés presente en la situación y la susceptibilidad del individuo a la ansiedad (rasgo de ansiedad). En consecuencia, el estado de ansiedad se ve afectado directamente por el estrés situacional, pero no ocurre lo mismo con el rasgo de ansiedad. Éste es una predisposición estable (en el tiempo) y consistente (en situaciones similares), más relacionado con determinantes de tipo hereditario, especialmente con la constitución fisiológica del organismo.

Eysenck

Las dimensiones de neuroticismo (N) y extroversión (E) fueron establecidas a partir de evaluaciones que diferentes técnicos hicieron sobre 700 soldados con diagnóstico de neurosis durante la segunda guerra mundial (Eysenck, 1947).



El análisis factorial descubrió cuatro factores y los dos más importantes fueron denominados neuroticismo y extroversión. En trabajos posteriores se analizaron también personas normales y se utilizaron además cuestionarios y tests objetivos, extrayendo de nuevo los dos factores mencionados. La extroversión se caracteriza por rasgos como sociabilidad, búsqueda de animación, espontaneidad, tendencia al riesgo, impulsividad etc. En el polo opuesto, la introversión se caracteriza por introspección, planificación, cautela, autocontrol, etc.. Los altos en N por la labilidad emocional, trastornos somáticos propios de la ansiedad como el insomnio, dolor de espalda, cefálgias, preocupaciones, etc.; y los bajos en N por la estabilidad emocional, despreocupación, etc.

La base biológica del neuroticismo está en el cerebro visceral o sistema límbico (hipocampo, amígdala, cíngulo e hipotálamo).

El sistema límbico tiene conexiones con el tálamo, con la corteza cerebral y con la formación reticular. Las personas con puntuación alta en N se caracterizarían por umbrales bajos de excitación de las estructuras del sistema límbico, y las personas estables, en cambio, por umbrales altos; en consecuencia, los inestables necesitan menores intensidades de estimulación que los estables para provocar la activación de este sistema.

A nivel neuroanatómico, la estructura responsable de las diferencias en E es la formación reticular (más concretamente, el sistema reticular activador ascendente -SRAA-) cuyo umbral de excitación es menor en los introvertidos que en los extrovertidos; ello hace, por ejemplo, que los extrovertidos prefieran, en general, una mayor intensidad de estimulación que los y que su tolerancia a los estímulos dolorosos sea mayor.

La contrastación experimental de la teoría de Eysenck ha dado lugar a una gran cantidad de investigaciones, sobre todo relacionadas con la dimensión de extroversión, en diferentes áreas. Así, se comparan extrovertidos e introvertidos en variables referentes a la influencia farmacológica como el umbral de sedación, el rendimiento en tareas de vigilancia (atención sostenida durante largos períodos de tiempo), la frecuencia crítica de fusión de destello (el intervalo entre destellos luminosos por debajo del cual éstos se perciben como uno solo). Se comparan también en relación con el rendimiento en tareas motoras, estudiando tareas de "tapping" (rapidez y ritmo de pulsaciones sobre un panel) y tareas de seguimiento con el rotor de prosecución que permite observar los efectos de reminiscencia (en tareas motoras que generan fatiga). Los procesos eléctricos del cerebro han ocupado también a un elevado número de investigadores, buscando indicadores de la activación en parámetros como la amplitud alfa del electroencefalograma.

El estudio de la condicionabilidad es otra área muy investigada. Más cerca ya del ámbito de las variables sociales se encuentran también comparaciones entre extrovertidos e introvertidos en cuanto a comportamiento delincuente, actitudes sociales y políticas, hábito de fumar y conducta sexual.

Neuroticismo y ansiedad

Como Cattell, H.J. Eysenck también desarrolló su teoría de la personalidad y, en particular, su concepto de ansiedad, a partir de estudios factoriales. El factor de neuroticismo (N), de Eysenck, y la ansiedad comparten características semejantes, pero hay otras que los diferencian. Puede haber individuos altos en N, pero no altos en ansiedad. No obstante, probablemente son más las similitudes entre ambos constructos que las diferencias.

N se relaciona con la intensidad de las respuestas emocionales; y éstas se reflejan en la activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Una manera de estudiar el neuroticismo, por tanto, es a través de las respuestas del SNA. Una de ellas es el reflejo de orientación. Ante un estímulo se produce una clase de respuestas en el organismo que facilitan su percepción: la mirada se orienta hacia el lugar de donde procede, se activan zonas del sistema nervioso encargadas de procesarlo, etc. Estas respuestas tienen componentes tanto observables como no observables directamente. Uno de los componentes del reflejo de orientación no observable directamente, pero sí gracias a instrumentos adecuados, es el descenso de la resistencia eléctrica de la piel. Éste se produce como consecuencia de una mayor sudoración, resultante de la activación del SNA, que hace que la piel ofrezca menor resistencia al paso de una corriente eléctrica. A menor resistencia, mayor respuesta de orientación. Se ha comprobado que las personas con alto N manifiestan respuestas de orientación de mayor magnitud que las personas con bajo N. Esa característica hace que sean más distraíbles y perturbables, puesto que señales de baja intensidad en el ambiente son suficientes para provocar su reflejo de orientación. Están más alerta ante los estímulos del entorno que las personas con bajo N.

Teoría del arousal

Además de describir las características asociadas al neuroticismo y la ansiedad, H.J. Eysenck se ocupó de formular teorías para explicarlas. En 1967 propuso la que se denomina "teoría del arousal". Según ésta, las dos principales dimensiones de la personalidad (extroversión y neuroticismo) tienen sus bases biológicas, como se comentaba anteriormente, en sendas estructuras del sistema nervioso, a saber, la extroversión en el Sistema Reticular Activador Ascendente (SRAA) y el neuroticismo en el Sistema Límbico (SL). El SRAA es una estructura nerviosa que se encuentra en el tronco del encéfalo, que recibe proyecciones procedentes de las vías sensoriales y que proyecta otras sobre la corteza cerebral. Su función es la de enviar impulsos a la corteza para activarla y facilitar así el procesamiento que ésta debe hacer de las señales sensoriales que también recibe. Se trata de un sistema de activación relacionado con los ritmos sueño-vigilia. Las personas con baja extroversión (introvertidas), se caracterizan por umbrales de activación menores en el SRAA que el correspondiente a las personas con alta extroversión. Esto es, su SRAA se pone en marcha y activa la corteza cerebral ante estímulos de baja intensidad, mientras que las personas extrovertidas precisan estímulos de mayor intensidad para activar su SRAA y para que éste, en consecuencia, envíe señales de activación a la corteza cerebral.



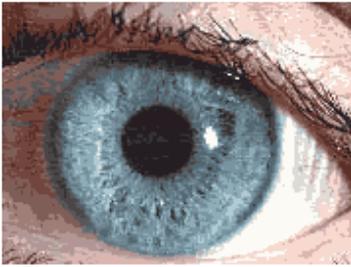
Esas diferencias biológicas están en la base de las diferencias en la personalidad de unos y otros. Existe una relación entre activación y rendimiento que tiene forma de U invertida; es lo que se conoce como Ley de Yerkes-Dodson. Esta ley propone que para cada tarea existe un nivel óptimo de activación en el que se obtiene el máximo rendimiento, por encima y por debajo del cual éste empeora. Tareas fáciles tienen un nivel óptimo de activación superior al de tareas difíciles. Se necesita más activación para encontrar la motivación necesaria que permita realizar una tarea fácil; en cambio las tareas difíciles requieren más tranquilidad para su afrontamiento.

En relación con la personalidad, las personas introvertidas se encuentran crónicamente más activadas que las extrovertidas, debido a los menores umbrales de su SRAA, por ello, se encuentran ya de manera natural muy cerca de su nivel óptimo de activación. Eso hace que eviten situaciones de estrés o activadoras, puesto que hacen que sobrepasen su óptimo de activación y su rendimiento se deteriore. En cambio, las personas extrovertidas se encuentran crónicamente subactivadas y buscan situaciones estimulantes que les lleven cerca del óptimo de activación. La interacción social es una de las situaciones que generan mayores niveles de activación; en consecuencia, las personas introvertidas prefieren actividades que se puedan realizadas en aislamiento, prefieren leer que ir a fiestas, etc. Los extrovertidos buscan estimulación y encuentran ésta muchas veces en la relación social. También son dados a actividades de riesgo, búsqueda de sensaciones, etc.

La base biológica del neuroticismo, como se decía más arriba, se encuentra en el Sistema Límbico (SL). Ésta es una estructura nerviosa directamente relacionada con la experiencia de las emociones. El temor, la ansiedad, tienen su origen en el funcionamiento del SL. Las personas altas en N se caracterizan por necesitar umbrales de estimulación menores que las personas bajas en N para activar su SL. En consecuencia, situaciones que a una persona baja en N no le producirían temor o ansiedad, pueden hacer que una persona alta en N sí las experimente. El SRAA y el SL son sólo parcialmente independientes, puesto que existen conexiones entre ambos. Eso hace que el SL también pueda producir activación cortical. Pero su principal efecto es la activación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA).

La línea explicativa de Eysenck basada en la apelación a mecanismos del nivel biológico ha hecho que proliferasen los estudios en los que se ha sometido a prueba empírica mediante la utilización de variables psicofisiológicas. Algunas de estas investigaciones han empleado medidas centrales como la actividad electroencefalográfica (EEG) o los potenciales evocados, otras han estudiado medidas autonómicas como la tasa cardíaca, la actividad electrodermal, etc.

Otros indicadores del arousal también han sido estudiados, aunque en menor medida que los anteriores. Por ejemplo, la dilatación de la pupila. Ante la presentación de un estímulo luminoso



se produce normalmente una contracción de la pupila de origen parasimpático, seguida por una lenta dilatación causada por la actividad simpática. Se ha observado una más lenta contracción pupilar de los extrovertidos, que ha sido interpretada como indicadora de un menor arousal que en los sujetos introvertidos.

tras la presentación de estímulos auditivos, tanto neutros como cargados emocionalmente.

Así mismo, se ha observado que la dilatación pupilar previa a la estimulación es mayor en los introvertidos que en los extrovertidos, al igual que la que se produce

Gray

Gray (1982) propuso una teoría de la personalidad semejante a la de Eysenck, puesto que también consideraba dos dimensiones básicas de personalidad. Pero las dimensiones de Gray corresponden a las diagonales del modelo de Eysenck. Las dimensiones de Gray son Ansiedad e Impulsividad. Las personas altas en ansiedad en el modelo de Gray son aquellas que en el modelo de Eysenck puntúan alto en N y bajo en E, y las bajas en ansiedad son bajas en N y altas en E. Las personas muy impulsivas son altas en N y en E, y las poco impulsivas son bajas en N y en E. Es decir, las dimensiones más importantes de la personalidad corresponden, según Gray, a una rotación de 45° de los ejes del modelo de Eysenck. Esta nueva consideración de las dimensiones fundamentales de la personalidad permitía predecir mejor, argumentaba Gray, el resultado de algunos experimentos de aprendizaje animal y fisiología.

Pueden distinguirse dos etapas en la evolución de la teoría de Gray; una inicial muy cercana a Eysenck y otra más distanciada. Gray partió de la observación de que los barbitúricos y el alcohol tenían efectos similares a la extroversión, así como efectos específicos en estudios de aprendizaje, en particular en paradigmas de castigo y de extinción de conductas, que no se producían en paradigmas de reforzamiento positivo o evitación activa. Efectos análogos se observaban en las lesiones del hipocampo y del área septal medial. En consecuencia, supuso que las estructuras neuroanatómicas relacionadas con la extroversión eran, además del SRAA, las que forman el que denominó Sistema Septohipocámpico (SSH).

Con todo ello reformuló el concepto de introversión-extroversión como dimensión de susceptibilidad al castigo (a mayor introversión, mayor susceptibilidad al castigo), y el de neuroticismo como susceptibilidad a todo tipo de reforzamiento (tanto a la recompensa como al castigo). Por consiguiente, la mayor susceptibilidad al castigo debería darse en los individuos con alta introversión y alto neuroticismo, y la mayor susceptibilidad a la recompensa debía darse en los individuos con alta extroversión y alto neuroticismo.

Si en esta primera formulación la teoría de Gray mantenía los factores de E y N como dimensiones básicas, más adelante propuso las dimensiones de Ansiedad e Impulsividad como fundamento alternativo de la personalidad. Estas dimensiones se encontraban desviadas 45 grados con relación a las de Eysenck y se vinculaban con estructuras neuroanatómicas propias así como con constructos hipotéticos de carácter psicológico: el Sistema de Inhibición Conductual (SIC) para la ansiedad y el Sistema de Activación Conductual (SAC) para la impulsividad. El SIC se pondría en

marcha ante señales de castigo o de no recompensa y ante estímulos nuevos y ejercería su influencia en tres niveles: conductual, cognitivo y fisiológico, inhibiendo la conducta, incrementando la atención y aumentando la activación cortical. Algunas de estas funciones se han encontrado efectivamente en el SSH, y se supone que los fármacos ansiolíticos influyen sobre esta estructura disminuyendo su actividad.

En la base de la ansiedad se encuentra un sistema que responde a las señales de castigo o de falta de recompensa; y en la base de la impulsividad se encuentra un sistema que responde a las señales de recompensa. El primero de los sistemas mencionados se encarga de la inhibición de la conducta ante aquellos tipos de señales, así como de la activación del SNA. Ésta función corresponde al Sistema Septo-Hipocámpico (SSH). La susceptibilidad a la recompensa depende fisiológicamente del haz anteromedial cerebral y del hipotálamo lateral, que se encargan de las conductas de exploración.

Algunos estudios experimentales se ajustan mejor a la teoría de Gray, pero otros siguen respaldando la teoría de Eysenck. En realidad no son teorías contradictorias, sino complementarias, puesto que prestan atención a aspectos diferentes del comportamiento. La impulsividad, por ejemplo, predice mejor la condicionabilidad del sujeto que la extroversión; pero ésta predice mejor que aquella algunos aspectos del comportamiento social.

ANSIEDAD CLÍNICA

En el tema anterior se ha tratado la ansiedad como componente de la personalidad normal. En éste se va a describir la ansiedad patológica.

Desde la psicopatología interesa el estudio de la ansiedad como entidad clínica, es decir, de los trastornos por ansiedad, pero como ciencia básica debe ocuparse también de los modelos de la ansiedad que se han formulado desde esos diferentes enfoques. Se pueden diferenciar, por tanto, dos niveles de análisis. Un primer nivel es descriptivo. El segundo nivel de análisis es explicativo, y comprende modelos de la ansiedad patológica procedentes de diferentes tradiciones de investigación. De ellos se hablará en el siguiente tema.

Los trastornos por ansiedad son uno de los motivos de consulta más frecuentes en los centros de salud mental. Diferentes encuestas muestran que hasta una tercera parte de los adultos sufren molestias debidas a trastornos por ansiedad. Esta proporción varía, no obstante, en diferentes grupos de población; así, hay menos incidencia entre los hombres que entre las mujeres, entre las clases de nivel económico alto que entre las de escasos recursos económicos, y entre los jóvenes que entre las personas de avanzada edad.

La ansiedad patológica se asocia frecuentemente con las exigencias que plantea la sociedad urbana actual: alto nivel de competitividad, hacinamiento, urgencia, contaminación, ruido. Los remedios cotidianos que se aplican para combatir la ansiedad son múltiples y variados, desde el ejercicio físico hasta los psicofármacos, pasando por una amplia lista de remedios-placebo como colgantes, aparatos que "generan ondas" para conciliar el sueño, etc.

Signos y síntomas en los trastornos de ansiedad

A partir de la forma como se manifiestan los síntomas y signos que las caracterizan, es posible distinguir básicamente entre dos tipos de ansiedad

patológica: una en la que la sintomatología aparece de manera súbita, en forma de crisis, y otra en la surge de manera más gradual y duradera. En la ansiedad que aparece en forma de crisis el paciente siente el brusco e intenso temor de que algo malo le va a suceder de modo inmediato. Tal experiencia subjetiva puede expresarse de diversos modos: miedo a volverse loco, a marearse y perder el conocimiento o incluso a morir. El miedo a marearse, desmayarse o perder el control de alguna otra manera conlleva el temor a que la crisis pueda producirse en circunstancias donde no sea posible recibir ayuda, o a que otras personas sean testigos de esta situación de debilidad, lo que puede facilitar el desarrollo de una agorafobia (más adelante se describirá con detalle este trastorno). Otras personas tienen la sensación desagradable de que algo se ha modificado en su cuerpo o en el entorno. Junto con este componente cognitivo aparecen síntomas de activación vegetativa en diferentes sistemas: cardiovascular, respiratorio, digestivo, muscular, etc., que son interpretados como extremadamente desagradables y que refuerzan la creencia del sujeto en la gravedad de su situación. La duración de las crisis varía de unos individuos a otros y en un mismo individuo en diferentes momentos. En algunos, los períodos entre las crisis son asintomáticos, mientras que en otros permanece un fondo de ansiedad crónica. Esta forma de aparecer guarda cierta similitud con la evolución fásica de los cuadros de depresión mayor, y llama la atención el hecho de que ambos trastornos responden a un mismo tipo de psicofármacos antidepresivos. La tabla 1 recoge los síntomas más frecuentes en las crisis de pánico según Aronson y Logue (1988).

Tabla 1. Síntomas más frecuentes en la crisis del pánico (De Aronson y Logue, 1988)

Aturdimiento	76.1%
Irritabilidad	71.7%
Nerviosismo	71.7%
Taquicardia	71.7%
Disnea	65.2%
Palpitaciones	60.9%
Oleadas de Calor	60.9%
Temblor	58.7%
Desrealización	58.7%
Miedo a Morir	58.7%
Síntomas Depresivos	58.7%
Hiperventilación	56.5%
Desmayo	56.5%
Sensación de Volverse loco	50.0%

Otro tipo de ansiedad patológica tiene un carácter menos intenso que la anterior en su manifestación, pero la sintomatología se mantiene de forma persistente en el tiempo. Como en la ansiedad que se presenta en crisis, la ansiedad crónica tiene componentes cognitivos y vegetativos. La preocupación exagerada, vaga e indefinida, la hipervigilancia sobre el medio y la tensión motora se mantienen en niveles percibidos como desagradables durante largos períodos de tiempo.

Las manifestaciones somáticas destacan entre los signos y síntomas de los diferentes tipos de ansiedad. En el sistema cardiovascular suele presentarse taquicardia, palpitaciones y opresión precordial. En el sistema respiratorio se refieren dolores torácicos que a veces se extienden hacia el brazo izquierdo, así como sensaciones subjetivas de dificultades respiratorias que pueden llevar a complicaciones hiperventilatorias, debido a la aceleración de la frecuencia respiratoria que se produce con la finalidad de compensar la insuficiencia subjetiva de ventilación. En el sistema gastrointestinal puede producirse tanto sequedad de boca como salivación incrementada, espasmos faríngeos o esofágicos, flatulencia y, alternativamente, diarreas y estreñimientos. Son frecuentes también los síntomas neurológicos, como dolores y temblores. En el aparato urinario se producen poliurias y dolores pelvianos. En la piel se detecta una intensa sudoración y ruborización. En cada paciente suelen predominar característicamente los síntomas correspondientes a algún o algunos de estos sistemas. La sintomatología descrita suele acompañarse de signos como la inquietud motora; no es rara la elevación transitoria de la tensión arterial. A nivel bioquímico se detectan elevaciones de cortisol, adrenalina y noradrenalina en sangre.

Las exploraciones físicas complementarias adquieren una importancia fundamental cuando se formulan hipótesis diagnósticas que hacen pensar en un posible trastorno por ansiedad, puesto que otras enfermedades se manifiestan con signos y síntomas muy semejantes. Esta manera de proceder es especialmente necesaria en los casos con edad superior a los 35 años y en los que no hay antecedentes familiares de trastornos por ansiedad. Si no se descartan adecuadamente estas posibles causas ligadas a condiciones médicas generales, puede condenarse al paciente a recibir tratamientos, ya sea psicológicos o farmacológicos, que, en el mejor de los casos, serán absolutamente ineficaces y, en otros, producirán perjuicios importantes que hubieran sido fácilmente evitables mediante sencillas exploraciones complementarias previas al diagnóstico.

La exploración física complementaria debe incluir, al menos, un análisis de sangre completo, análisis de orina, función renal y hepática, pruebas de función tiroidea y un electrocardiograma.

Las principales enfermedades generales que pueden provocar sintomatología ansiosa son: los trastornos tiroideos o paratiroideos, la hipoglucemia y diferentes cardiopatías. Aunque es frecuente no comprobar los niveles de hormonas tiroideas si no aparecen otros síntomas o antecedentes que puedan hacer pensar en una patología de tiroides, la práctica más recomendable es realizar siempre esta determinación de niveles. Para descartar una tiroidopatía, el paciente debe someterse únicamente a una simple extracción de sangre, por lo que es poco justificable excluir esta prueba.

En pacientes diabéticos pueden producirse descensos de hasta 40 mg/100 ml de glucemia (glucosa en sangre), suficientes para provocar la aparición de crisis de pánico. Para descartar que la causa de la ansiedad sean estos descensos de los niveles de glucosa en sangre, debe determinarse la glucemia, a ser posible durante una crisis. En general en cardiopatías como las arritmias y la taquicardia paroxística supraventricular la frecuencia cardíaca suele ser superior a 140 pulsos por minuto, valor que no se alcanza durante las auténticas crisis de pánico; por otro lado, la taquicardia supraventricular no es afectada por la relajación inducida o por fármacos ansiolíticos, y presenta un electrocardiograma típico. También los episodios de insuficiencia coronaria pueden confundirse con crisis de pánico (en este caso el riesgo que entraña un error diagnóstico es evidente).



Otros procesos en los que se produce sintomatología ansiosa secundaria son los síndromes de abstinencia, algunos fármacos, el comienzo de algunas infecciones, la anemia aguda posthemorrágica, el embolismo pulmonar, la retención urinaria y el cafeísmo.

En la ansiedad que aparece ante estímulos fóbicos se encuentran características semejantes a las de la ansiedad que aparece en las crisis por pánico, tanto en sus aspectos cognitivos como en los somáticos. Al igual que sucede en los restantes trastornos por ansiedad, esta vivencia subjetiva se expresa con grandes diferencias individuales. Algunas de las personas con trastornos fóbicos pueden tener sensaciones de desrealización o despersonalización, si bien suelen ser breves y la falta de criterios unívocos para definirlos hace sus porcentajes de incidencia varíen mucho según los autores. Otros enfermos no se caracterizan tanto por el temor ante amenazas a la propia integridad física como por sentimientos de vergüenza y de lesión al amor propio (por ejemplo en las fobias relacionadas con algún defecto físico, o a hablar en público). El propio sujeto que lo padece, tiene conciencia de que su miedo es exagerado o irracional, desproporcionado en relación con el riesgo real que presenta el estímulo o la situación. A pesar de ello, le resulta incontrolable voluntariamente.

Otra característica fenomenológica de estos trastornos es la intensa tendencia a escapar de la situación fóbica y a evitarla por todos los medios. Ello puede conducir a un deterioro significativo en las áreas laboral, social o familiar, aunque el sujeto llega a desarrollar estratagemas que reducen la reacción fóbica a límites tolerables (acompañándose de alguien o de un animal, llevando un bastón, bolsas, etc.).

Clasificación DSM IV

En la sección sobre trastornos por ansiedad del DSM IV se distinguen 12 subtipos: trastorno por pánico sin agorafobia, trastorno por pánico con agorafobia, agorafobia sin antecedentes de crisis de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a una condición médica general, trastorno de ansiedad inducido por droga o tóxico y trastorno por ansiedad no especificado

Dos trastornos adicionales son clasificados en otros apartados: el trastorno de ansiedad por separación, incluido entre los trastornos diagnosticados habitualmente por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia, y la evitación fóbica limitada al contacto genital con una pareja sexual, clasificado entre los trastornos sexuales.

Algunas manifestaciones ansiosas fueron ya descritas por Hipócrates con el término de histeria, atribuyendo su causa a las migraciones del útero, que comprime los vasos aferentes al cerebro. Otras descripciones posteriores serían las de Burton, en el siglo XVII, y de Boissier de Sauvage en los siglos XVII y XVIII. En el siglo XIX se encuentran una gran cantidad de descripciones de diferentes trastornos neuróticos y de intentos clasificatorios, como el de Morel, en 1860, quien reúne a las fobias y otras neurosis en la categoría de "délire émotif". El término neurastenia fue acuñado por Beard en 1868 para referirse a pacientes ansiosos, depresivos no psicóticos, fóbicos y obsesivos. En 1870 Benedikt describe un cuadro agorafóbico, al que denomina "mareo en lugares públicos", y al año siguiente Westphal define ese

cuadro como el miedo a la imposibilidad de encontrar ayuda en caso de enfermedad o indisposición imprevista en múltiples situaciones. En 1892 Oppenheim describe la neurosis traumática; dos años más tarde Freud define la neurosis de ansiedad, y en 1896 Kraepelin establece la categoría de neurosis psicógenas, incluyendo en ella a la psicosis epiléptica, la psicosis histérica y la neurosis traumática.

Ya en nuestro siglo, el sistema clasificatorio propuesto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales distinguiría, en su primera edición (APA, 1952), entre dos tipos básicos de trastornos por ansiedad: la reacción de ansiedad y la reacción fóbica. Posteriormente el DSM-II (APA, 1968) subdivide los trastornos por ansiedad en ocho tipos de neurosis (de ansiedad, histérica, fóbica, obsesivo-compulsiva, depresiva, hipocondríaca, de despersonalización y neurasténica). En los años sesenta y setenta cobra fuerza en los Estados Unidos el denominado movimiento neokraepeliniano; en este contexto aparecen los criterios diagnósticos operativos, primero con objetivos de investigación y que, a continuación, serían adoptados con finalidad clínica.

En el DSM-III (APA, 1980) se abandona el término "neurosis", dado que presenta connotaciones etiológicas no comprobadas, y se introducen criterios diagnósticos operativos para los diferentes trastornos. Las anteriores neurosis son ahora distribuidas en diferentes categorías: las neurosis fóbicas, de ansiedad y obsesivo-compulsiva son agrupadas en la categoría de trastornos por ansiedad junto con un cuadro añadido que es el estrés postraumático. La neurosis depresiva pasa al grupo de los trastornos afectivos. Aparecen tres nuevas categorías: los trastornos somatoformes y los trastornos disociativos, donde se incluyen las anteriores neurosis histérica e hipocondríaca, y los trastornos adaptativos con ánimo ansioso.

En 1987 aparece la edición revisada del DSM-III, reduciendo los criterios de exclusión y haciendo algunos cambios en los criterios diagnósticos. En la categoría general de trastornos por ansiedad aparecen el trastorno por angustia (también denominado trastorno por pánico), con o sin agorafobia, la agorafobia sin crisis de pánico, la fobia social, la fobia simple, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático y la ansiedad generalizada. Persisten prácticamente sin modificaciones los trastornos somatoformes y los disociativos, así como el trastorno adaptativo. Se incorpora en esta edición revisada el trastorno orgánico de ansiedad.

Como consecuencia de diferentes revisiones y estudios, en el DSM IV (APA, 1994) se han realizado nuevas modificaciones en relación con el DSM III-R. Algunos de estos cambios afectan al diagnóstico del trastorno por pánico sin agorafobia; mientras que en el DSM III-R se requerían al menos cuatro crisis en un plazo de cuatro semanas, o una crisis seguida de miedo persistente a sufrir otro ataque que se mantenía durante un mes, en el DSM IV se establece la necesidad de crisis recurrentes no esperadas, acompañadas de un mes o más de preocupación acerca de la posibilidad de sufrir nuevos ataques o sobre sus implicaciones, o bien un cambio significativo en el comportamiento. Por otro lado, el DSM III-R describía el suceso provocador de estrés en el trastorno por estrés postraumático como "fuera del rango de la experiencia humana normal". Esta frase ha sido eliminada en el DSM IV puesto que incide negativamente sobre la fiabilidad de las clasificaciones; en cambio, se requiere que la respuesta al suceso provocador de estrés conlleve miedo intenso, desesperanza u horror. Así mismo, se ha incluido un criterio requiriendo que los síntomas causen un deterioro clínico significativo, y se especifican los tipos agudo y crónico en función de la duración de los síntomas.

Otras novedades del DSM IV son la inclusión, entre los tipos de trastorno por ansiedad, del trastorno por estrés agudo, que también se encuentra en el ICD-10

(Clasificación de la Organización Mundial de la Salud); el trastorno por ansiedad excesiva en la niñez queda incluido en el DSM IV en el trastorno por ansiedad generalizada. En este último, además, se requiere ansiedad y preocupación excesiva, en contraste con el DSM III-R, que requería preocupaciones no realistas. Además, el sujeto debe encontrar que tal preocupación es difícil de controlar, y se ha reducido la lista de 18 síntomas presentes en el DSM III-R hasta seis. El trastorno orgánico de ansiedad aparece ahora entre los trastornos por ansiedad en el DSM IV, para facilitar el diagnóstico diferencial, distinguiéndose las categorías: trastorno de ansiedad debido a una condición médica general y trastorno de ansiedad inducido por la administración de una sustancia.

Con respecto a la ansiedad que aparece en las fobias, entre los antecedentes históricos inmediatos de su estudio se encuentra Benedickt, quien describió en 1870 un cuadro agorafóbico al que denominó "mareo en lugares públicos". En 1871 Westphal describió también tres casos de agorafobia, definiéndola como el miedo a la imposibilidad de encontrar ayuda en caso de enfermedad o indisposición imprevista. A principios de nuestro siglo tuvieron cierta difusión los estudios de algunos autores franceses que intentaron distinguir entre diferentes trastornos clínicos en los que podían encontrarse manifestaciones fóbicas. Pitres y Regis, en 1902, reconocieron dos clases de fobias: la fobia difusa y la fobia especial o sistemática (éste último tipo se caracterizaba por la focalización en objetos específicos, cosa que no ocurría en la fobia difusa); por otro lado, Pitres y Regis pensaban que las fobias y las obsesiones no eran condiciones diferentes sino dos grados de un mismo trastorno.

Pese a que años antes (en 1895), Freud ya había propuesto que las fobias y las obsesiones son fenómenos distintos, y a que en el análisis del caso "pequeño Juan", en 1909, aisló dentro de las neurosis la neurosis fóbica, denominada posteriormente histeria de angustia, la idea de la identificación de las fobias con las obsesiones se mantendría vigente todavía durante bastante tiempo. Así ocurría en el manual de Kraepelin (1913), y también Bleuler (1920) incluiría las fobias bajo el título de neurosis obsesiva. No sería hasta la aparición de la clasificación ICD (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la OMS (Organización Mundial de la Salud), en el año 1947, que se reconocería mayoritariamente la pertinencia de distinguir las fobias como una etiqueta diagnóstica propia.

La primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1952) diferencia la reacción fóbica de la reacción de ansiedad, si bien en ambas se encuentra la característica común de la sintomatología ansiosa. En el DSM II (APA, 1968) los trastornos fóbicos (con el nombre de neurosis fóbica) quedan incluidos entre los diferentes tipos de neurosis. Tras un intervalo de 12 años aparecería el DSM III, en el que se distinguirían diferentes clases de trastornos fóbicos: la agorafobia, la fobia social y la fobia simple. Durante ese tiempo medió entre la segunda y la tercera edición de los manuales de la APA aparecieron trabajos que influirían en esa tendencia a la subdivisión de las fobias; entre ellos se encuentran el de Marks (1969), que distinguió entre agorafobia, fobia social, fobia animal y otras fobias específicas, y el de Torgersen (1979), quien encontró mediante análisis factorial cinco tipos de temores: miedo de separación, miedo a animales, miedo a la mutilación, miedos sociales y miedos a estímulos de la naturaleza (repare el lector en la estrecha relación existente entre esta clasificación de miedos y la clasificación de las fobias que propone el DSM IV). En 1988 aparecería el DSM III-R, en el que se distinguen dos tipos de agorafobia: con o sin crisis de pánico, y se mantienen las categorías correspondientes a la fobia social y la fobia simple.

Los diferentes tipos de alteraciones fóbicas son incluidos en la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, APA, 1994) entre los trastornos por ansiedad. Según este sistema clasificatorio los tipos de fobia son: la *agorafobia*, que puede presentarse con o sin historia de trastorno por pánico; las *fobias específicas* y la *fobia social*.

Trastorno por pánico sin agorafobia

Para el diagnóstico de este trastorno deben producirse crisis de pánico recurrentes e inesperadas (una crisis de pánico consiste en un período limitado de tiempo durante el cual el paciente sufre un miedo intenso acompañado de síntomas somáticos o cognitivos).

No existe en el DSM IV un código específico para las crisis de pánico, sino para diferentes trastornos en los que se producen tales crisis: *trastorno por pánico con agorafobia*, *fobia social*, *fobia específica*, *trastorno por pánico sin agorafobia* y *trastorno por estrés agudo*.

Una crisis de pánico consiste en un período limitado de tiempo durante el cual el paciente sufre un miedo intenso acompañado por, al menos, cuatro de una lista de trece síntomas somáticos o cognitivos: palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado, sudoración, temblor o sacudidas, falta de aliento o sensación de ahogo, sofocación, dolor o molestias precordiales, náuseas o molestias abdominales, mareo o sensación de inestabilidad o de pérdida de conciencia, sentimientos de desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o a volverse loco, miedo a morir, parestesias y escalofríos

Estos síntomas aparecen bruscamente y alcanzan el nivel de mayor intensidad durante los primeros 10 minutos. Para el diagnóstico del trastorno por pánico (ya sea con o sin agorafobia) se requiere que la crisis se produzca de manera inesperada, sin relación aparente con ningún desencadenante situacional. Las crisis que se producen casi invariablemente ante señales situacionales específicas (o ante su anticipación) son características, en cambio, de las fobias sociales o específicas.

Al menos uno de los ataques debe haber sido seguido, durante un mes por lo menos, por preocupación persistente respecto a la posibilidad de sufrir nuevos ataques, preocupación por las implicaciones o consecuencias de los ataques, o un cambio significativo en el comportamiento.

No se diagnostica este trastorno si va acompañado de agorafobia; tampoco si las crisis son debidas a drogas o abusos de medicamentos, a alguna condición médica general (como el hipertiroidismo), o si otro trastorno mental puede dar cuenta de ellas (p.ej. una fobia, un trastorno obsesivo compulsivo, un trastorno por estrés postraumático o un trastorno de ansiedad por separación).

Aproximadamente un 60% de las personas con este trastorno recibe también el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Otra complicación frecuente es la aparición de dependencias de sustancias como el alcohol o medicamentos autoadministrados. Por lo demás el curso se caracteriza por una edad de aparición entre la adolescencia y la tercera década, los casos en que el trastorno se inicia más allá de los 45 años son raros y, en general, el trastorno evoluciona hacia una agorafobia durante el primer año desde el inicio de los ataques.

Trastorno por pánico con agorafobia

La característica principal de la agorafobia es la ansiedad ante situaciones en las que sea difícil o embarazoso escapar, o en las que no sea posible recibir ayuda en caso de sufrir una crisis de pánico o síntomas similares a los que se producen en estas crisis. Las situaciones típicas ante las que se presenta agorafobia son estar solo lejos de casa, entre una multitud, sobre un puente, en un ascensor o viajando en autobús, tren o automóvil. Estas situaciones son evitadas en la medida de lo posible; si no hay más remedio que afrontarlas, el sujeto siente miedo muy intenso que puede reducirse notablemente si está acompañado.

En la tabla se encuentran las principales situaciones evitadas en los sujetos con agorafobia y el porcentaje de sujetos en los que se encuentran, a partir de un trabajo de Marks (1969) realizado sobre 900 sujetos con agorafobia.

Para diagnosticar alguno de los dos tipos de agorafobia (con o sin historia de crisis de pánico), la evitación no debe limitarse a una o unas pocas situaciones, en tal caso se trataría de fobia específica, o a situaciones exclusivamente sociales (fobia social). También debe distinguirse del trastorno obsesivo compulsivo, donde puede darse, por ejemplo, una intensa tendencia a evitar la suciedad en personas con obsesiones sobre contaminación. Por otro lado los estímulos que se evitan no deben ser señales de (o estar relacionados de alguna manera con) un suceso traumático, como ocurre en el trastorno por estrés postraumático, ni con el abandono de hogar o la separación de familiares, como en el trastorno de ansiedad por separación.

- Hablar en público 60%
- Viajar en metro 50%
- Viajar en tren 47%
- Teatros 39%
- Viajar en autobús 38%
- Alturas 36%
- Túneles 36%
- Peluquero 31%
- Ascensores 30%
- Dentistas 28%
- Multitudes 28%
- Lugares abiertos 23%
- Fiestas 21%

Los dos trastornos por ansiedad en los que se presenta la agorafobia son los trastornos por pánico con agorafobia y la agorafobia sin historia de crisis de pánico. Para el diagnóstico del primero, además de cumplirse los criterios de la agorafobia, deben producirse crisis de pánico recurrentes y una o más de estas crisis debe ser seguida por un intervalo de, al menos, un mes con preocupación persistente acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis o de sus consecuencias, o un cambio significativo en el comportamiento. Estas crisis de pánico no han de ser consecuencia directa de los efectos fisiológicos de alguna sustancia ni producirse en el marco de otro trastorno mental.

En la agorafobia sin historia de crisis de pánico el temor no se produce ante la posibilidad de sufrir crisis de pánico completas sino ante la posibilidad de sufrir las denominadas crisis de pánico limitadas. En las crisis de pánico limitadas aparecen alguno o algunos de los síntomas descritos en las crisis de pánico, pero no se cumplen los criterios completos para su diagnóstico.

Además de respecto al trastorno por pánico con agorafobia, el diagnóstico diferencial debe hacerse en relación con las fobias sociales o específicas, con el trastorno obsesivo compulsivo y con el trastorno de ansiedad por separación de la manera indicada anteriormente. También debe descartarse el trastorno depresivo mayor, en el que el sujeto puede evitar salir de casa debido a apatía, pérdida de energía o anhedonia, y el trastorno delirante, en el que pueden aparecer temores persecutorios. Asimismo, hay que diferenciar la evitación que aparece en la agorafobia sin historia de crisis de pánico de la que se produce en ciertas condiciones médicas generales; en estas la evitación de determinadas situaciones es realista (por ejemplo, en algunas enfermedades generales, por temor a sufrir diarreas u otro tipo de síntomas que pueden resultar embarazosas).

El trastorno por pánico con agorafobia es diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y aproximadamente entre un tercio y la mitad de las personas con crisis de pánico son diagnosticadas también con agorafobia. La prevalencia de la agorafobia sin historia de crisis de pánico es mayor que la del trastorno por pánico con agorafobia, aunque se ha encontrado que al revisar el diagnóstico de sujetos con agorafobia sin crisis de pánico, mediante entrevistas estructuradas, en un elevado número de casos lo que se encuentra realmente son fobias específicas.

La agorafobia puede desarrollarse en cualquier momento, pero su inicio se presenta habitualmente durante el primer año de la ocurrencia de crisis de pánico repetidas. La evolución de la agorafobia en relación con el curso de las crisis de pánico es variable, en algunos casos la disminución de la frecuencia de las crisis se acompaña de una disminución de la evitación agorafóbica, pero en otros la agorafobia deviene crónica independientemente de la presencia o ausencia de las crisis de pánico.

Además de cumplirse los criterios de la agorafobia, deben producirse crisis de pánico recurrentes y una o más de estas crisis debe ser seguida por un intervalo de, al menos, un mes con preocupación persistente acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis o de sus consecuencias, o un cambio significativo en el comportamiento. Estas crisis de pánico no han de ser consecuencia directa de los efectos fisiológicos de alguna sustancia ni producirse en el marco de otro trastorno mental. El trastorno por pánico con agorafobia es diagnosticado con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y aproximadamente entre un tercio y la mitad de las personas con crisis de pánico son diagnosticadas también con agorafobia

Se ha observado que los parientes de primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen una probabilidad hasta siete veces mayor de sufrir el mismo trastorno que la población general, y estudios con gemelos indican que existe una contribución genética a su desarrollo.

Los datos epidemiológicos indican una prevalencia a lo largo de la vida entre un 1.5% y un 3.5%. El trastorno se ha encontrado en diferentes entornos culturales en todo el mundo, y con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Agorafobia sin historia de crisis de pánico

La característica principal de la agorafobia es la ansiedad ante situaciones en las que sea difícil o embarazoso escapar, o en las que no sea posible recibir ayuda en caso de sufrir una crisis de pánico o síntomas similares a los que se producen en estas crisis. Las situaciones típicas ante las que se presenta agorafobia son estar solo lejos de casa, entre una multitud, sobre un puente, en un ascensor o viajando en autobús,

tren o automovil. Estas situaciones son evitadas en la medida de lo posible; si no hay más remedio que afrontarlas, el sujeto siente miedo muy intenso que puede reducirse notablemente si está acompañado.

En la agorafobia sin historia de crisis de pánico el temor no se produce ante la posibilidad de sufrir crisis de pánico completas sino ante la posibilidad de sufrir las denominadas crisis de pánico limitadas. En las crisis de pánico limitadas aparecen alguno o algunos de los síntomas descritos en las crisis de pánico, pero no se cumplen los criterios completos para su diagnóstico.

Además de respecto al trastorno por pánico con agorafobia, el diagnóstico diferencial debe hacerse en relación con las fobias sociales o específicas, con el trastorno obsesivo compulsivo y con el trastorno de ansiedad por separación. También debe descartarse el trastorno depresivo mayor, en el que el sujeto puede evitar salir de casa debido a apatía, pérdida de energía o anhedonia, y el trastorno delirante, en el que pueden aparecer temores persecutorios.

Asimismo, hay que diferenciar la evitación que aparece en la agorafobia sin historia de crisis de pánico de la que se produce en ciertas condiciones médicas generales; en estas la evitación de determinadas situaciones es realista (por ejemplo, en algunas enfermedades generales, por temor a sufrir diarreas u otro tipo de síntomas que pueden resultar embarazosos). La prevalencia de la agorafobia sin historia de crisis de pánico es mayor que la del trastorno por pánico con agorafobia, aunque se ha encontrado que al revisar el diagnóstico de sujetos con agorafobia sin crisis de pánico, mediante entrevistas estructuradas, en un elevado número de casos lo que se encuentra realmente son fobias específicas.

Fobia específica

La característica principal de las fobias específicas es el miedo intenso y persistente ante determinados objetos o situaciones. La exposición ante el estímulo fóbico provoca casi invariablemente respuestas inmediatas de ansiedad, cuya intensidad está relacionada con la proximidad o con la posibilidad de escapar. Aunque el sujeto reconoce que su miedo es excesivo o irrazonable (excepto en niños), el estímulo o la situación es activamente evitado siempre que sea posible. Es posible que el sujeto no deba enfrentarse en su vida cotidiana ante ese estímulo o situación (p.ej., miedo a volar en una persona que no debe realizar largos desplazamientos, o miedo a las serpientes en una persona que vive en un entorno urbano), en tal caso no se hace el diagnóstico de fobia específica, puesto que la evitación, miedo o anticipación ansiosa ante ese estímulo no interfiere significativamente con la actividad normal.



Existen cuatro tipos de fobias específicas en función del estímulo o situación fóbicos: *animal*, *ambiental* (p.ej. tormentas), *sangre* (se incluyen también los procedimientos médicos invasivos como las inyecciones), y *situacional* (p.ej. transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, vuelo, conducción, lugares cerrados). En un quinto grupo se incluyen otros tipos de estímulos o situaciones fóbicas no recogidas en los tipos anteriores (p.ej. situaciones en las que exista la posibilidad de contagiarse de una enfermedad). En muchos casos se presentan simultáneamente varios tipos de fobias, debiendo especificar en el diagnóstico todos los que aparecen.

La frecuencia con que se presentan las fobias específicas en hombres y mujeres varía en función del tipo de fobia, aunque siempre son más frecuentes en mujeres; así entre el 75% y el 90% de las personas con fobia animal, medioambiental o situacional son mujeres, y en la fobia a la sangre se encuentra entre un 55% y un 70% de mujeres. Se calcula que la prevalencia a un año es del 9%, con tasas a lo largo de la vida de aproximadamente un 10%.

La edad de inicio del trastorno también depende del tipo de fobia. Para la fobia situacional se encuentra una distribución bimodal, con un pico en la niñez y otro mediados los 20 años. Las fobias medioambiental, animal y a la sangre aparecen habitualmente en la infancia. Los agentes iniciadores del trastorno suelen ser experiencias traumáticas (p.ej. ser atacado por un animal), la observación de otras personas sufriendo algún trauma o demostrando temor, la transmisión de información (p.ej. mensajes repetidos de los padres indicando el peligro de determinadas situaciones), o la experiencia de crisis de pánico ante lo que después se constituirá en estímulo fóbico.

Fobia social

En este tipo de fobia el temor está relacionado con una o más situaciones sociales en las que el sujeto se exponga a ser observado por los demás y pueda comportarse de manera humillante o embarazosa. Como en los otros tipos de fobia, la persona reconoce que su miedo es excesivo o irracional, pero la exposición a la situación temida provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de angustia. Tal situación tiende a ser evitada o es afrontada con un intenso malestar, lo que provoca un deterioro significativo en las actividades habituales.

Las situaciones sociales ante las que se desarrolla la fobia pueden ser muy específicas (comer en público, escribir ante otras personas, etc.) o más generalizadas, siendo éstas últimas las más frecuentes.

Pese a que en ediciones precedentes de los manuales de la APA se calificaba a la fobia social como un trastorno poco frecuente, en la actualidad este juicio ha sido reconsiderado. Se estima que puede afectar al 2% de la población general, sin distinciones entre ambos sexos, y es el segundo trastorno fóbico más frecuente tras la agorafobia.

A diferencia de lo que ocurre en la agorafobia, la evitación de las situaciones sociales en la fobia social suele ser parcial. El sujeto asiste a reuniones sociales, pero no inicia una conversación, no se sienta al lado de alguien desconocido, etc. Por otro lado, el contenido del pensamiento del sujeto con fobia social está relacionado con la opinión que se puedan formar de él otras personas, y no tanto con el miedo a sufrir crisis de pánico completas o limitadas como ocurre en la agorafobia. El curso de la fobia social es más estable que la agorafobia, en la que la intensidad de los síntomas acostumbra a ser fluctuante.

La preocupación excesiva acerca de la opinión que los demás puedan tener de uno es también una característica del trastorno de personalidad por evitación. No obstante, en éste se encuentra un mayor porcentaje de varones afectados que de mujeres, los déficits de habilidades sociales son más intensos que en la fobia social y se inician ya en la infancia, mientras que los primeros síntomas de la fobia social tienen un comienzo más repentino en la adolescencia.

Trastorno obsesivo compulsivo

El individuo que padece de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ve atrapado en un esquema de pensamientos y conductas repetitivas que carecen de sentido y que son angustiantes y muy difíciles de vencer.

Durante muchos años se pensó que el TOC no era muy común, porque sólo una pequeña minoría de los pacientes que acudían a consulta tenían esta condición. El trastorno frecuentemente no era reconocido porque aquellos que padecían de TOC no buscaban tratamiento para así poder ocultar sus manías y pensamientos repetitivos. Esto llevó a subestimar el número de personas con el trastorno. Sin embargo, una encuesta hecha a principios de los años ochenta por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) -- la agencia federal que apoya investigaciones a nivel nacional sobre el cerebro, enfermedades mentales, y salud mental en Estados Unidos -- proporcionó nuevos conocimientos acerca de la prevalencia TOC. La encuesta de NIMH mostró que el TOC afecta a más del 2 por ciento de la población, lo cual significa que el TOC es más común que otros trastornos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, o el trastorno de pánico. El TOC afecta a personas de todos los grupos étnicos. Hombres y mujeres son afectados por igual.

A pesar de que los síntomas del TOC típicamente empiezan en la adolescencia o en la edad adulta temprana, investigaciones recientes muestran que algunos niños desarrollan la enfermedad a edades más tempranas, aún durante los años preescolares. Los estudios indican que al menos una tercera parte de los casos de TOC en adultos empezó durante la niñez. El padecimiento de TOC durante las etapas tempranas del desarrollo de un niño puede causar problemas severos.

OBSESIONES

Estas son ideas o impulsos no deseados que surgen repetidamente en la mente de la persona con TOC. Temores persistentes de que pueda ocurrirle algo malo a uno o a un ser querido, una preocupación sin razón de contaminarse, o una necesidad excesiva de hacer cosas correctamente o perfectamente. Una y otra vez el individuo siente un pensamiento inquietante, tal como "Mis manos deben estar contaminadas - me las debo lavar" ; "Puedo haber dejado el gas abierto" ; o "Voy a causarle daño a mi hijo". Estos pensamientos son intrusos y desagradables y producen un alto nivel de ansiedad. A veces las obsesiones son de naturaleza violenta o sexual o están relacionadas con enfermedades.

Compulsiones

Muchas personas con TOC recurren a conductas repetitivas llamadas compulsiones a raíz de sus obsesiones. Las más comunes de éstas son lavar y verificar. Otras conductas compulsivas incluyen contar (muchas veces a la vez que se realiza otra acción compulsiva tal como lavarse las manos), repetir, guardar, y arreglar objetos infinitamente de manera que estén en alineamiento preciso los unos con los otros. También es común repetir frases mentalmente o hacer listas. Estas conductas van encaminadas a defender a la persona con TOC o a otros contra algún daño. Algunas personas con TOC tienen rituales reglamentados mientras que otros tienen rituales que son complejos y cambiantes. Desempeñar rituales puede darle a la persona con TOC algún alivio de ansiedad, pero sólo es temporal.

A menudo, especialmente cuando no están sufriendo una obsesión, las personas con TOC pueden reconocer que sus obsesiones y compulsiones no son realistas. Otras veces pueden estar inseguros acerca de sus temores o creer profundamente en su validez.

Muchas personas con TOC luchan para desterrar sus pensamientos no deseados y obsesivos y para evitar entrar en conductas compulsivas. Algunos pueden mantener sus síntomas obsesivos-compulsivos bajo control durante las horas de trabajo y escuela. Pero la resistencia puede debilitarse con el pasar de los meses o años y, cuando esto ocurre, el TOC puede volverse tan severo que los rituales que llevan tiempo pueden tomar posesión de la vida de los pacientes, lo cual impide que continúen desempeñando actividades fuera del hogar.

Los que padecen de TOC tratan de ocultar su trastorno en vez de conseguir ayuda. Muchas veces logran ocultar sus síntomas obsesivos-compulsivos a sus amigos o colegas. Una consecuencia desafortunada de este secreto es que por lo general no reciben ayuda profesional hasta años después del comienzo de su enfermedad. Llegado ese punto, pueden haber aprendido a manejar sus vidas -- y la vida de sus familiares -- en torno a estos rituales.

El TOC tiende a perdurar años, incluso décadas. Los síntomas pueden volverse menos severos de tanto en tanto, y pueden haber intervalos largos con síntomas leves, pero para la mayoría de los individuos con TOC los síntomas son crónicos.

Trastorno por estrés agudo

Los criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo requieren la exposición a un evento traumático en el que se diera una seria amenaza de la integridad física de uno mismo o de otras personas, y que la respuesta ante tal evento implicara un miedo intenso, desesperanza u horror. Durante el suceso o después de éste, el sujeto debe presentar al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: sensación de insensibilidad, alejamiento o ausencia de respuesta emocional, reducción de la conciencia de sus circunstancias, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa

La experiencia del suceso, por otra parte, reaparece de manera persistente ya sea a través de imágenes recurrentes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios retrospectivos o sensaciones de revivir la experiencia. Por otro lado, se encuentran síntomas intensos de ansiedad o de arousal elevado, tales como dificultad para dormir, irritabilidad, concentración pobre, hipervigilancia, respuesta de alerta exagerada o inquietud motora.

Además, debe darse deterioro en áreas importantes como la social o la ocupacional, o un impedimento en las habilidades para obtener asistencia o para movilizar recursos personales.

Los criterios de duración de los síntomas requieren un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas, así como su aparición no más tarde de cuatro semanas tras el suceso traumático.

Trastorno por estrés postraumático

Cuando los síntomas descritos en el apartado anterior se mantienen durante más de un mes, debe considerarse el cambio del diagnóstico de trastorno por estrés agudo al de trastorno por estrés postraumático. El resto de criterios son similares para ambos trastornos.



El trastorno por estrés postraumático es un cuadro clínico que también se produce tras un acontecimiento extremadamente traumatizante (que suponga daño real o amenaza de la propia integridad física o de otras personas) ante el que el sujeto responde con un miedo intenso, horror o desesperanza. Tal suceso es reexperimentado de manera persistente a través de imágenes o pensamientos sobre el mismo, sueños recurrentes, sensaciones de revivir la experiencia; o bien se produce una activación fisiológica intensamente desagradable ante señales relacionadas con el suceso. También se observa una marcada evitación de estímulos asociados con el trauma, y síntomas de

arousal crónicamente incrementado tales como hipervigilancia, dificultad de concentración, irritabilidad, alteraciones del sueño y respuesta de alerta exagerada.

Los acontecimientos que producen este trastorno con mayor frecuencia son las experiencias de guerra, agresiones personales violentas, secuestros, atentados terroristas, torturas, desastres naturales, accidentes de automovil o diagnósticos de enfermedades que pongan seriamente en peligro la vida.

El pronóstico es peor cuando el acontecimiento traumático es producido por otras personas (torturas, etc.), en estos casos pueden desarrollarse síntomas asociados como dificultades en la modulación afectiva, conductas autodestructivas, abandono de creencias previas, hostilidad o evitación social.

Las personas con este trastorno pueden tener sentimientos de culpabilidad por haber sobrevivido si en el acontecimiento traumático se ha producido la muerte de otras personas. La evitación de estímulos que recuerden el suceso puede conducir al desarrollo de fobias y, en general, se incrementa el riesgo de sufrir otras alteraciones: trastornos por pánico, obsesivo-compulsivo, depresión mayor, por somatización y por administración de sustancias. El curso más probable supone un comienzo de la manifestación de los síntomas dentro de los tres primeros meses tras el trauma, y con frecuencia la alteración comienza como un trastorno por estrés agudo. La duración de los síntomas es muy variable, aunque en aproximadamente la mitad de los casos se produce una recuperación completa durante los tres meses siguientes a su aparición; en esta evolución influyen variables tales como el soporte social, la historia familiar, experiencias infantiles, rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes.

La prevalencia a lo largo de la vida en la población general está entre el 1% y el 14%, con grandes variaciones en función de la actividad desarrollada; en personas con actividades arriesgadas y en zonas con conflictos bélicos estos porcentajes se incrementan notablemente.

Trastorno por ansiedad generalizada

La característica esencial de este trastorno son niveles de ansiedad y preocupación excesivos, relacionados con uno/a o más acontecimiento/s o actividad/es, que se presenta durante al menos seis meses.

El sujeto tiene la sensación de no poder controlar tal preocupación, y se manifiestan al menos tres de los siguientes síntomas: fatigabilidad, dificultad de concentración, irritabilidad, inquietud, tensión muscular y sueño alterado

Algunas personas pueden no calificar subjetivamente los niveles de ansiedad y preocupación que experimentan como excesivos, pero suponen un deterioro objetivo en algún área de funcionamiento como la social o laboral.

Frecuentemente los asuntos que generan preocupación excesiva son situaciones cotidianas (reparaciones en la casa o en el coche, finanzas, la salud de algún miembro de la familia, etc.). Durante el curso del trastorno el foco de preocupación puede variar de un asunto a otro.

Síntomas asociados que pueden presentarse junto con los anteriores son temblores, tensión motora, sudoración, náuseas, diarrea y síntomas depresivos.

La prevalencia a lo largo de la vida es del 5% aproximadamente, siendo diagnosticado con más frecuencia en mujeres que en hombres. La expresión de la ansiedad es variable en diferentes culturas (en algunas preferentemente a través de síntomas somáticos y en otras a través de síntomas cognitivos).

El curso es crónico aunque con fluctuaciones, y tiende a agravarse ante situaciones de estrés.

Trastorno por ansiedad debido a una condición médica general

Los síntomas presentes en este trastorno pueden ser los propios de la ansiedad generalizada o de las crisis de pánico, o bien obsesiones o compulsiones, pero existe evidencia de que son consecuencia de una alteración médica general. Algunas de las condiciones médicas generales que pueden causar síntomas de ansiedad incluyen, como se ha expuesto anteriormente, alteraciones endocrinas, cardiovasculares, respiratorias, metabólicas o neurológicas. Siempre debe existir, aunque sea hipotéticamente, un mecanismo fisiológico que explique la conexión entre la alteración médica y los síntomas de ansiedad.

Trastorno por ansiedad debido a la administración de sustancias



Los criterios de esta categoría incluyen síntomas de ansiedad, crisis de angustia, fobias, obsesiones o compulsiones producidos por la administración de una sustancia (abuso de drogas, medicación o tóxicos).

Algunas de las sustancias que pueden producir síntomas de ansiedad son: anestésicos, analgésicos, simpaticomiméticos, broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados tiroideos, anticonceptivos orales, antihistamínicos, antiparkinsonianos, corticosteroides, antihipertensivos, anticonvulsivos, carbonato de litio, antipsicóticos y antidepresivos. Otras sustancias, como algunos metales pesados y toxinas (sustancias volátiles como la gasolina y la pintura, insecticidas, gases nerviosos, monóxido de carbono y dióxido de carbono), también han sido descritas como productoras de síntomas de ansiedad.

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que en la intoxicación o abstinencia de algunas sustancias pueden producirse síntomas de ansiedad (alcohol, amfetamina y derivados, cafeína, cannabis, cocaína, alucinógenos, inhalantes, hipnóticos, ansiolíticos). El diagnóstico adicional de trastorno por ansiedad debido a

la administración de sustancias sólo se dará cuando los síntomas de ansiedad excedan a aquellos asociados propiamente con los síndromes de intoxicación o abstinencia, y sean lo suficientemente severos para requerir tratamiento específico.

Trastorno por ansiedad no especificado

En esta categoría se incluyen aquellos cuadros de ansiedad o evitación fóbica que no cumplen con los criterios de los trastornos por ansiedad ni de los trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa. Por ejemplo, los cuadros con sintomatología mixta ansiosa y depresiva, los cuadros con síntomas fóbicos sociales relacionados con determinadas condiciones médicas generales o trastornos mentales (p.ej. enfermedad de Parkinson o anorexia nerviosa), y los cuadros en que no es posible determinar si se trata de un trastorno primario, debido a una condición médica general o inducido por una sustancia.

CAUSAS

Enfoque biomédico

Este enfoque caracteriza los trastornos mentales a partir de criterios fundamentalmente biológicos. Tiene sus raíces en los mismos orígenes de la medicina, con Hipócrates; fue respaldado por algunos descubrimientos realizados en el siglo XIX, como la relación existente entre la sífilis y determinadas alteraciones psicopatológicas, y ya en nuestro siglo se consolidó en gran parte gracias a la investigación y las aplicaciones de la psicofarmacología.

El modelo biomédico actual en psicopatología tiene sus premoniciones en Griesinger, Wernicke, Flechsig, Kalbhaum, Morel, y muchos otros autores que coincidieron en la premisa de que los trastornos mentales han de ser considerados como enfermedades cerebrales, ya sean primarias o secundarias (enfermedades somáticas que afectan secundaria y eventualmente al cerebro, como el paludismo, la fiebre tifoidea, etc.). Los síntomas de los trastornos mentales son psíquicos en su manifestación, pero fisiológicos en su naturaleza. Kraepelin es probablemente el autor que mejor sistematizó inicialmente este enfoque: a cada factor etiológico ha de corresponder un cuadro clínico particular, un curso determinado y una anatomía patológica precisa.

Los diferentes tipos de enfermedad pueden ser clasificados en tres grandes grupos, en función de que su causa sea un agente externo (como un virus) que ataca al organismo (enfermedad infecciosa), un mal funcionamiento de algún órgano (enfermedad sistémica), o un trauma (enfermedad traumática). De estos tres modelos, el de enfermedad sistémica ha sido el que ha alcanzado una aplicación más extensa a una gran variedad de trastornos mentales. En el modelo sistémico se enmarcan las investigaciones sobre alteraciones bioquímicas, que han dado lugar a una extensa literatura sobre la relación existente entre los neurotransmisores (sustancias que transmiten el impulso nervioso entre las neuronas) y los trastornos mentales.

En el enfoque biomédico se da también gran importancia al estudio de la predisposición genética a padecer determinados trastornos, adoptando en muchas ocasiones una perspectiva interaccionista (modelo de vulnerabilidad-estrés) que toma en consideración tanto la predisposición genética como la incidencia de agentes patógenos externos.

Se distinguen dos clases de indicadores de anomalías orgánicas o funcionales, los signos y los síntomas. Los signos son indicadores objetivos de procesos orgánicos alterados, es decir, públicamente observables, mientras que los síntomas son indicadores subjetivos de procesos orgánicos anómalos, es decir, percibidos por el propio sujeto. Al conjunto de signos y síntomas que forman un cuadro clínico determinado se le denomina síndrome.

La investigación sobre los aspectos biológicos de la conducta anormal y la industria organizada en torno al desarrollo de psicofármacos ha propiciado que el enfoque biomédico goce de gran prestigio en la actualidad, aunque se han criticado algunos inconvenientes asociados al mismo. Por ejemplo:

- Puede favorecer un reduccionismo radical que limite un conocimiento completo de todos los factores implicados en la determinación y el mantenimiento del comportamiento anormal. Las relaciones de causa-efecto no van sólo desde el nivel biológico hacia el nivel psicológico, puesto que las variables psicológicas (hábitos, cogniciones, etc.) pueden ser también causas de determinados procesos biológicos. Estas relaciones de determinación recíprocas entre niveles no se fundamentan en presupuestos dualistas, sino que se apoyan en una filosofía monista emergentista según la cual pueden distinguirse distintos niveles de organización de la realidad (físico, químico, biológico, psicológico y social) en función de la complejidad de los sistemas propios de cada uno de ellos.

- Otro problema asociado con este enfoque tiene relación con el tipo de modelos que se utilizan preferentemente. Al ser éstos modelos de laboratorio, y frecuentemente modelos animales, la posibilidad de generalización a la patología humana es menor que en enfoques en los que se tiende a trabajar preferentemente con humanos.

- Tiende a considerar al paciente como un sujeto pasivo, al no ser responsable del inicio, curso o desenlace del trastorno.

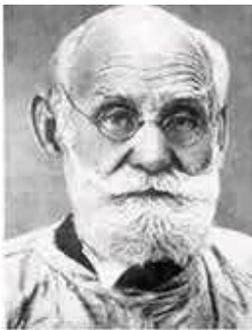
Modelos animales

Los modelos animales son elaborados a partir de estudios experimentales. Cuando consideraciones éticas hacen impracticables determinados tipos de estudios en humanos, las dos únicas posibilidades que quedan son utilizar animales como sujetos experimentales o hacer uso de modelos de simulación. La investigación con animales permite el control de variables genéticas y ambientales, el uso de técnicas invasivas o tóxicas y el estudio detallado de mecanismos que no serían posibles en estudios con humanos. La cualidad principal de los modelos animales es su capacidad para poner de manifiesto los mecanismos subyacentes a ciertos síntomas. De la investigación con animales procede gran parte del conocimiento disponible sobre los cambios fisiológicos producidos por los fármacos, así como sobre los efectos de diferentes factores etiológicos.

Pese a las indudables aportaciones que ha realizado la investigación con animales a la psicopatología y a la Ciencia en general, su utilización ha supuesto una gran controversia que se mantiene aun en la actualidad. En este tema hay posturas radicales para todos los gustos, desde los que defienden la libertad absoluta para realizar investigación con animales, hasta quienes prohibirían cualquier tipo de experimentación con ellos. Hay quien sugiere que la actitud subyacente a la defensa de la experimentación con animales es equivalente a las actitudes racistas y sexistas, dado que todas ellas suponen un sesgo en favor de los intereses de un grupo (una raza o una especie). Atendiendo a estas críticas, Bond (1984) propone llevar a cabo

la experimentación con animales bajo una serie de condiciones como: estar convencidos del valor del estudio que se va a poner en marcha. Haber determinado que no hay otra manera de obtener la información que se precisa. Utilizar el menor número posible de sujetos. Evitar al máximo el sufrimiento de los sujetos.

Existen multitud de trastornos del comportamiento en animales (estereotipias, agresividad, trastornos del estado de ánimo, alimenticios, de ansiedad, del sueño, hiperactividad, etc.) que aun no han sido explotados como modelos del comportamiento anormal humano. En cambio, una estrategia muy utilizada ha sido la de producir experimentalmente en animales signos psicopatológicos similares a los que se presentan en los trastornos mentales humanos. Estas investigaciones han llevado a la construcción de varios modelos animales alternativos o complementarios para los mismos trastornos humanos. Por ejemplo, los modelos animales de depresión van desde aquellos centrados en la separación social hasta los que focalizan su atención en el estrés (como el de la indefensión aprendida), pasando por los que proponen determinadas lesiones cerebrales. En trastornos de ansiedad algunos estudios realizados con animales se han basado en la administración de sustancias, otros han inducido estrés por diferentes medios, y otros se han basado en diferentes modelos de aprendizaje.



Pavlov puede considerarse como el pionero de la investigación psicopatológica mediante modelos animales. En un experimento realizado en su laboratorio se observó que unos perros sometidos a discriminaciones difíciles entre círculos y elipses mostraban un comportamiento extraño, aullaban en la cabina, destrozaban el material del laboratorio y fallaban incluso en discriminaciones fáciles que anteriormente resolvían sin problemas.

Otro fenómeno que llamó su atención ocurrió durante una gran riada que afectó a Leningrado en 1924. El edificio en el que se encontraba el laboratorio se inundó, estando los perros atrapados en un recinto que se iba llenando de agua lentamente. Tras este suceso los perros mostraron una pérdida acusada de aprendizajes previamente establecidos. Pavlov sugirió que existía una analogía entre estos comportamientos extraños de los perros y la neurosis humana. La explicación de esta "neurosis experimental" (hoy se denominaría ansiedad) tenía en cuenta tanto la intervención de factores situacionales como de variables organismicas relacionadas con diferencias individuales en la fuerza del sistema nervioso.

A partir de los años cuarenta comenzaron a aparecer estudios experimentales con animales en Estados Unidos directamente inspirados por las investigaciones pioneras de Pavlov. Otro autor que se interesó por el estudio experimental de fenómenos psicopatológicos con animales fue Liddell (1944). Según Liddell la repetición monótona de estímulos o la restricción de movimientos a que se ven sometidos los animales durante los estudios de laboratorio son suficientes para provocar lo que hoy se entiende como ansiedad. Para demostrar la similitud de su modelo con la ansiedad humana, estudió una serie de personas a las que sometía a condiciones parecidas de restricción de movimientos en ambientes monótonos, y también realizó estudios de campo en ambientes con esas características (tales como diferentes tipos de instalaciones militares).

Masserman (1943) estudió la neurosis experimental en gatos, intentando demostrar que cuando deficiencias físicas, estrés ambiental o conflictos ambientales exceden la capacidad de adaptación de un organismo, entonces la conducta adquiere rasgos

neuróticos (propios de la ansiedad), esto es se vuelve indecisa, ineficaz, inapropiada o excesivamente simbólica. En algunos de sus experimentos creaba un conflicto entre dos motivaciones sometiendo a los gatos a estimulación aversiva durante la comida. La consecuencia era que los gatos mostraron respuestas fóbicas ante la comida tales como agazaparse, intentos de escape, pulso y respiración acelerados, y conductas no pertinentes tales como el cuidado de su piel y el juego.

Posteriormente Maier (1956) intentó explicar la neurosis experimental como el resultado de la frustración. Su teoría fue desarrollada a partir de una serie de experimentos en los que se presentaban problemas insolubles a ratas de laboratorio. La conducta neurótica que se generaba en sus animales de esta manera era compulsiva y carecía de meta.

El desarrollo de teorías biológicas de los trastornos de ansiedad ha sido consecuencia en gran medida del éxito obtenido de manera empírica con la utilización de psicofármacos. Pitts y McClure (1967) observaron que la administración de lactato sódico a individuos que sufrían ataques de pánico inducía su aparición en gran número de ellos. Estos ataques podían ser aliviados mediante un agonista adrenérgico como la clonidina. Ésta es capaz de aliviar el síndrome de abstinencia a opiáceos, lo que ha llevado a pensar que opiáceos endógenos pueden estar implicados en los mecanismos reguladores de la ansiedad.

Otros antidepresivos, que actúan sobre vías reguladas por la serotonina, también son eficaces en el tratamiento de los ataques de pánico, por lo que parece que este sistema neurotransmisor también está implicado en las respuestas de ansiedad.

Uno de los neurotransmisores que más estrechamente se ha relacionado con la ansiedad es el ácido gammaaminobutírico (GABA). El GABA es un neurotransmisor inhibitorio. La fijación del GABA a su receptor provoca la apertura del canal de cloro y, en consecuencia, la hiperpolarización de la membrana neuronal, bloqueándose la transmisión del impulso nervioso. Los descubrimientos relacionados con el mecanismo de acción de las benzodiazepinas (ansiolíticos que actúan aumentando la neurotransmisión gabaérgica) hacen suponer que en la base de los trastornos de ansiedad podría estar una alteración de este sistema de neurotransmisión.

Otro tipo de modelos son los neuroanatómicos y neurofisiológicos, entre los que destaca el de Gray (1982), quien propone que en la ansiedad se encuentran involucradas diferentes estructuras del sistema límbico, en particular el hipocampo y los núcleos septales.

Zuckerman (1991) afirma que la amígdala también se encuentra implicada en la regulación de estados afectivos desagradables como la ansiedad. Las neuronas de la amígdala responden a estímulos nuevos y a estímulos emocionalmente significativos; por otra parte, esta estructura se halla en un punto de encuentro de proyecciones sensoriales tanto exteroceptivas como interoceptivas. Es decir, la función de la amígdala parece ser integrar la información sensorial y responder a ella en base a su significado emocional. Las proyecciones que tienen su origen en la amígdala controlan diferentes indicadores de la ansiedad, como son la inhibición del comportamiento ante una situación de conflicto, la activación cardiovascular, la expresión facial y el grado de alerta.

Enfoque conductual

El extraordinario desarrollo de la psicología del aprendizaje durante este siglo ha propiciado la extensión del enfoque conductual a gran cantidad de áreas de

investigación e intervención, entre ellas la psicopatología. Las técnicas de modificación de conducta, en particular, como área de aplicación de los principios de la psicología del aprendizaje al tratamiento de la conducta anormal, constituyen probablemente el factor facilitador más importante de la difusión del enfoque conductual de los trastornos mentales (trastornos de conducta, en la terminología propia de este enfoque). Autores como Eysenck y Wolpe, que se encuentran entre los pioneros de la terapia de conducta, son responsables también por tanto de las primeras formulaciones del comportamiento anormal realizadas desde el enfoque conductual, aunque sus antecedentes pueden situarse aun antes en el tiempo, con los experimentos de Watson y Rayner (1920) sobre adquisición de fobias mediante condicionamiento clásico, y de Pavlov sobre neurosis experimentales. H.J. Eysenck (1957) había observado que la efectividad de las psicoterapias al uso a mediados de los años cincuenta era más que cuestionable, lo que le llevó a interesarse por la posibilidad de desarrollar técnicas terapéuticas derivadas de los principios del aprendizaje.

El principio básico del enfoque conductual en psicopatología es que la conducta trastornada consiste en una serie de hábitos desadaptativos condicionados (clásica o instrumentalmente) a ciertos estímulos. En consecuencia, el tratamiento adecuado consistirá en la aplicación de los principios del aprendizaje para extinguir esos hábitos.



La principal objeción que se ha hecho al enfoque conductual se basa en la necesidad de considerar, además de las relaciones funcionales entre los estímulos y las respuestas, la participación de variables no observables directamente, como pueden ser las de tipo cognitivo, para optimizar la explicación del comportamiento anormal y mejorar la intervención sobre el mismo. Ello dió lugar a nuevos desarrollos que, aun enmarcándose todavía en el enfoque conductual, incluyen conceptos cognitivos en sus teorías sobre el comportamiento anormal (p.ej. Bandura, 1969). Estas formulaciones, que podrían denominarse conductistas ampliadas o neoconductistas, aceptan pues la inclusión de elementos cognitivos en sus planteamientos, pero éstos no son todavía el eje vertebrador de las teorías que se construyen.

La problemática del conductismo se limita al comportamiento, desentendiéndose de la mente; fija sus objetivos en la descripción, predicción y control del comportamiento de los organismos.

La ansiedad patológica se refiere, desde el enfoque conductual, a una clase de respuestas aprendidas; el tratamiento, por tanto, debe encaminarse a su extinción y al aprendizaje de las respuestas correctas. Se considera a la ansiedad como una respuesta de temor condicionada. Tras una perturbación emocional ante un peligro o un trauma real, o tras una exposición repetida ante una situación o clase de situaciones en las que se produzca la alteración emocional, las respuestas emocionales quedan condicionadas a algunas señales contextuales que, en el futuro, son suficientes para producir una respuesta emocional muy resistente a la extinción. Tal respuesta emocional puede generalizarse a nuevos estímulos en función de su semejanza con los estímulos presentes en la situación traumática.



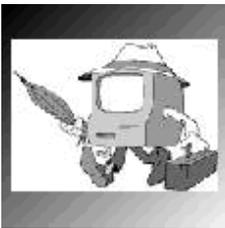
Esta hipótesis procede del trabajo de Watson y Rayner (1920), en el que demostraron experimentalmente que era posible hacer aprender una conducta fóbica, por condicionamiento pavloviano, asociando un estímulo neutro (una rata blanca) con un estímulo aversivo (ruido intenso), a un niño de 11 meses en sólo cinco ensayos.

En consecuencia, el proceso de condicionamiento clásico parecía ser un buen modelo para las fobias. Siguiendo esta línea de razonamiento, otros investigadores sugirieron que el temor puede transferirse a continuación a otros estímulos a través de diferentes procesos de generalización

Otros modelos formulados desde este mismo enfoque, proponen que el aprendizaje de una fobia podría hacerse por observación directa de un modelo o, incluso, por instrucción verbal sin necesidad de observación directa (por ejemplo, cuando la madre indica al niño que tal animal es peligroso.

Enfoque cognitivo

Si bien algunos conceptos cognitivos ya habían entrado a formar parte de teorías psicopatológicas conductuales, aun no habían alcanzado en éstas el estatus de conceptos centrales, determinantes fundamentales del comportamiento anormal, que continuaba reservado para las relaciones funcionales entre estímulos y repuestas.



Gran parte de los modelos de trastornos mentales elaborados desde este enfoque están basados en la analogía mente-ordenador. La mente es entendida como un sistema de procesamiento de información que, como los ordenadores, recibe, selecciona, transforma, almacena y recupera datos; y los trastornos mentales pueden ser explicados a partir de un mal funcionamiento de algunos componentes de ese sistema

Pueden destacarse tres teorías de la ansiedad en el contexto del enfoque del procesamiento de información: la teoría de Lang sobre procesamiento de imágenes y afectos, la teoría de red asociativa de Bower, y la teoría del esquema de Beck. A éstas puede añadirse la de Tous (1986).

Lang (1968) propone que toda la información es codificada en el cerebro de manera abstracta y uniforme, incluso las imágenes (rechazando por tanto la idea comúnmente aceptada de que éstas son representadas en el cerebro de forma icónica o análoga. Las imágenes no son representaciones sensoriales sino estructuras proposicionales que, en consecuencia, pueden incluir características semánticas asociadas a los estímulos (p.ej.: "volar en avión es peligroso"). De manera más detallada, Lang propone que la memoria emocional contiene tres tipos de información:

- Información sobre estímulos externos. Referente a sus características físicas.
- Información sobre las respuestas asociadas a los estímulos. Incluyendo la expresión facial, la conducta verbal, respuestas de aproximación o evitación y cambios viscerales y somáticos.

- Propositiones semánticas. Que definen el significado de los estímulos y de las respuestas asociadas a ellos (probabilidad de ocurrencia, consecuencias de las respuestas, etc.).

Las proposiciones se agrupan en la memoria en redes, que constituyen una especie de programas afectivos, produciendo una expresión afectiva determinada cuando se activa un número suficiente de proposiciones de una red.

Tanto la teoría de Bower (1981) como la de Beck (1976) han sido formuladas fundamentalmente para intentar explicar la depresión, pero son aplicables también a la ansiedad. Coinciden en proponer que la ansiedad es resultado de una estructura cognitiva disfuncional que lleva a un sesgo en el procesamiento de información. Este sesgo consiste en que se presta más atención a los aspectos amenazadores del entorno que a otros. Las señales de peligro (real o posible) son amplificadas por la atención de la persona que sufre ansiedad, de manera que ocupan la mayor parte de su conciencia.

Tous (1986) también plantea un modelo de ansiedad basado en el procesamiento de información. Sugiere la necesidad de diferenciar la ansiedad patológica de la ansiedad no patológica; ésta constituye un mecanismo adaptativo para el individuo, priorizando los procesos de percepción sobre los de respuesta ante situaciones que pueden suponer novedad o peligro, y permitiendo con ello la selección de una respuesta no impulsiva sino adecuada a la complejidad de la situación. La ansiedad patológica consistiría en un funcionamiento exagerado de este mecanismo, llevando a una inhibición desproporcionada de la respuesta ante situaciones en las que no es necesario tal grado de inhibición.

En los años 60 surgen los que se suelen considerar como los primeros modelos cognitivos de la emoción, en los que se empieza a suponer que hace falta cierta actividad cognitiva (procesos de atribución de causalidad, o valoración de las consecuencias de la situación, por ejemplo) para que se desarrolle una reacción emocional.

En general se suele decir que las situaciones son sólo potencialmente ansiógenas porque no siempre producen reacciones de ansiedad. Desde los modelos cognitivos se considera que lo que genera la reacción es el significado o la interpretación de la situación que hace el individuo.

En ocasiones el individuo reconoce (es consciente) de que la situación no supone una amenaza objetiva para él, pero no puede controlar voluntariamente su reacción de ansiedad. De entre todos aquellos factores de tipo cognitivo que se han estudiado, destacan los sesgos en el procesamiento de la información.

Las personas con vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos de ansiedad, tienden a pensar en asuntos relativos amenaza reales o posibles, sobre todo en torno a tres temas: aceptación, competencia y control. En situaciones ansiógenas donde está implícita una evaluación social o un potencial rechazo de los otros, posibles críticas laborales o una pérdida del control ejercido sobre el ambiente, se desencadena el estado emocional ansioso. Las formas de pensar ansiógenas dirigen el procesamiento hacia los aspectos internos y externos congruentes con ellos, de manera que el individuo atiende selectivamente a los estímulos amenazantes del ambiente, da interpretaciones amenazantes a los estímulos ambiguos y recupera de la memoria información relativa a la amenaza en mayor medida que información neutra o positiva.

La preocupación es una de estas formas de pensar sesgadas, y uno de los síntomas característicos de diferentes cuadros de ansiedad. Puede definirse como una cadena de pensamientos e imágenes, relativamente incontrolables, acompañados de un estado afectivo negativo. Constituye una tentativa de solucionar un problema, cuyo resultado es incierto y que contiene la posibilidad de una o más consecuencias negativas.

Diversas teorías han contribuido al esclarecimiento de las características de este sesgo de interpretación del entorno, tan característico de la ansiedad.

Según la teoría del aprendizaje, las preocupaciones se desencadenarían ante determinados estímulos del entorno, que habrían adquirido su carácter de amenaza a través del condicionamiento clásico por su asociación con circunstancias vitales frustrantes (aquellas en las que se produce discrepancia entre el rendimiento real del sujeto y sus expectativas). La preocupación, además, se constituiría como una conducta cognitiva de evitación con la propiedad de reducir la activación fisiológica, con lo que la persona invertiría cada vez más tiempo en esta actividad reforzante, por sus efectos reductores de la activación fisiológica excesiva y desagradable.

Es posible identificar la preocupación con una conducta cognitiva evitativa de tipo lingüístico, caracterizada por reducir o inhibir las actividades: imaginaria y fisiológica.

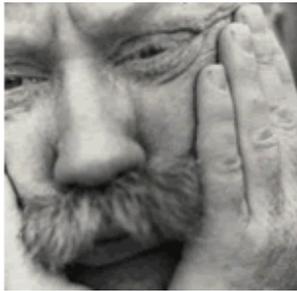
Las preocupaciones ponen en marcha un ciclo capaz de retroalimentarse. Producen una autofocalización de la atención, que consiste en un estrechamiento atencional o hipervigilancia que impide redirigir la atención sobre los estímulos externos, lo que lleva a una sensación de incontrolabilidad de las preocupaciones. Por efecto de esta hipervigilancia se desencadena un estado afectivo negativo que produce un aumento de la activación fisiológica. Esa activación fisiológica hace que la autofocalización sea cada vez mayor, y que también aumente la incontrolabilidad de las preocupaciones.

La hipervigilancia consistiría, inicialmente, en un constante rastreo de los estímulos ambientales, con motivo de la detección de cualquier posible amenaza. En esta primera fase, el espectro de atención es muy amplio, es fácil que el sujeto evalúe un gran número de estímulos neutros como potencialmente amenazantes y que su procesamiento se vea interferido por numerosos estímulos irrelevantes, redundando en una elevada distracción.

Posteriormente, una vez que el individuo focalizase su atención en los estímulos amenazantes, el sesgo selectivo atencional, centrado en la amenaza, impediría que pudiese fijar su atención en cualquier otro aspecto del input sensorial más positivo, que hubiese ayudado a solventar las actuales circunstancias. En esta segunda fase se aprecia, entonces, un estrechamiento del espectro de atención, con una fuerte focalización sobre el peligro y la imposibilidad de redirigir la atención a cualquier otra parte del campo estimular.

TEORÍAS SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y RENDIMIENTO

En 1908 Yerkes y Dodson establecieron de forma experimental la relación de "U" invertida que existía entre el grado de activación del sujeto y su nivel de rendimiento en una tarea, de modo que éste era mayor cuando aquel descendía.



Tras un largo periodo de casi 50 años, Saranson y Mandler, introducen un nuevo concepto: el de ansiedad de prueba, causante de la emisión de respuestas interferentes en el momento en que un sujeto es expuesto a situaciones de evaluación. A partir de este momento, son diferentes las variables que se van estudiando en relación con el rendimiento y la ansiedad de prueba, entre otras: las autoinstrucciones o diálogo interno del sujeto, el feedback sobre la ejecución, la dificultad de la tarea, la presión del tiempo, etc.

La conclusión general a la que llegan estos trabajos es que los sujetos con alta ansiedad suelen mostrar pensamientos autodepreciativos y rumiativos sobre su ejecución, centrándose más en sí mismos que en la tarea, situación esta que es activada por la presión que la propia situación genera.

A partir de los años 60 se inicia una serie de investigaciones encaminadas a delimitar cuales son los componentes de la ansiedad de prueba y como influyen en el rendimiento. Entre ellos se encuentran la preocupación y la emocionalidad. La preocupación se refiere a aspectos cognitivos tales como expectativas negativas a cerca de uno mismo, de la situación, de las consecuencias de una mala ejecución, etc. en tanto que la emocionalidad se refiere a la percepción que el sujeto tiene de su activación fisiológica ante la situación, manifestada ante todo por síntomas físicos de ansiedad: tensión muscular, aumento de las pulsaciones, sudoración, tensión en la zona gástrica, etc.

En los años 70-80 se intenta explicar el proceso cognitivo por el cual la ansiedad produce deterioro en el rendimiento, indicando que la dificultad proviene de que el sujeto focaliza su atención en aspectos internos tales como pensamientos autoevaluativos y despreciativos, en sus propias reacciones autonómicas, y no en la tarea. Este modelo explicativo señala básicamente que el deterioro en el rendimiento se produce por la interferencia en el momento de la recuperación del material aprendido. Las técnicas de entrenamiento atencional y de reducción de la ansiedad avalan estas hipótesis al mejorar sensiblemente el rendimiento.

Por último, los estudios más recientes desde los modelos del procesamiento de la información parecen indicar que el deterioro en el rendimiento de las personas con alto nivel de ansiedad es debido tanto a problemas en la recuperación del material (fase de prueba o examen), como a problemas de almacenamiento y organización de la información (fase de aprendizaje).

En la actualidad existe gran cantidad de evidencia en respaldo de la idea de que los efectos perjudiciales de ansiedad sobre el rendimiento se deben fundamentalmente a la preocupación que aparece en los estados de ansiedad, que lleva a actividades de procesamiento irrelevantes para la tarea. En el apartado siguiente se comenta con más extensión la relación entre preocupación y rendimiento.

Preocupación y rendimiento

De los diferentes trastornos de ansiedad, aquel que se caracteriza principalmente por la presencia de preocupaciones es el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Bados (2000) ofrece algunos ejemplos de preocupaciones en pacientes con TAG:

a) Una madre se preocupaba por si la comida que preparaba a su bebé estaba muy caliente y este podía quemarse, por si no lo oiría llorar por la noche y podría ahogarse, por si se le pasaba por alto algún signo o síntoma de enfermedad y el bebé podía enfermar gravemente o morir.

b) Un periodista estaba preocupado por si a la gente que entrevistaba lo consideraba inepto, por si su jefe rechazaba sus artículos, por si los lectores desaprobaban lo que escribía, por si sus compañeros podían estar juzgando todo lo que hacía y por si podía cometer un error grave que condujera a su despido.

c) Un psicólogo clínico en formación se preocupaba por si trataba inadecuadamente a sus pacientes, por si una llamada telefónica sería porque un paciente había recaído o se había intentado suicidar y por si su supervisor desaprobaba lo que hacía.

d) Una estudiante estaba preocupada porque creía que no rendía lo suficiente, que no estaba a la altura de sus compañeros, que no tenía tiempo suficiente para prepararse, que no lograría superar los exámenes y que tendría que abandonar la carrera.

e) Un paciente se preocupaba por comentarios que había hecho a los amigos, por lo que estos pudieran pensar de su forma de vestir, por no tener opiniones tan fundadas como ellos y por si podían dejarle de lado.

f) Otro paciente estaba preocupado por la posibilidad de que él o alguien de su familia cayera gravemente enfermo y por la posibilidad de quedarse sin trabajo y de que su pareja le abandonara.

Existen dos componentes en la vulnerabilidad psicológica ante la preocupación patológica: la percepción de amenaza generalizada (o la visión del mundo como peligroso) y el sentirse incapaz de afrontar los eventos amenazantes.

Los sujetos con TAG presentan a menudo características de personalidad tales como perfeccionismo, dependencia y falta de asertividad, las cuales pueden haber sido favorecidas por haber sido educado por padres sobreprotectores, muy exigentes y/o ansiosos. Pueden presentar también una vinculación o apego más inseguro a su principal ser querido en la infancia.

Eficacia y efectividad

Con la finalidad de concretar más las relaciones entre ansiedad y rendimiento es útil diferenciar dos conceptos: eficacia y efectividad. La efectividad del rendimiento se refiere a la calidad de éste. La eficacia se refiere a la razón entre la efectividad y el esfuerzo puesto en la tarea. Dos personas pueden llegar a rendimientos de calidad equivalente en una tarea, y por tanto su efectividad es la misma; pero si una de ellas ha debido poner más esfuerzo que la otra para alcanzar el mismo nivel de resultados, entonces su eficacia es menor.



Esta distinción es importante porque diferentes estudios muestran que la ansiedad tiene un efecto más adverso sobre la eficacia que sobre la efectividad. Es decir, para compensar sus efectos negativos sobre el rendimiento, los sujetos que sufren ansiedad desarrollan un mayor esfuerzo que los que tienen niveles menores de ansiedad.

En una investigación sobre este tema en la que se evaluaba el rendimiento en una prueba de lanzamiento de peso (Weinberg y Hunt, 1976) se observó que los sujetos con más ansiedad se preparaban para el lanzamiento tanto con los músculos no antagónicos como con los músculos antagónicos, es decir, se preparaban con todos los músculos, mientras que los sujetos con poca ansiedad se preparaban únicamente con los músculos antagónicos. Eso implica que los sujetos con elevada ansiedad empleaban más energía de la necesaria, y la gastaban durante más tiempo.

Aunque su lanzamiento fuera igual de bueno que el de los sujetos con poca ansiedad (misma efectividad), su esfuerzo era mayor (menor eficacia).

En consecuencia, aunque las personas con ansiedad elevada puedan alcanzar el mismo rendimiento en diferentes tareas al de las personas bajas en ansiedad, eso se hace a costa de un mayor esfuerzo y, por tanto, un mayor desgaste para el organismo.

M.W. Eysenck comparó a las personas con elevada ansiedad con un coche que arrastra un pesado remolque, y a las personas con baja ansiedad con un coche sin remolque. Para ir a la misma velocidad, el coche con remolque debe acelerar más.

Interacciones de la ansiedad con la tarea

Aunque la ansiedad en general deteriore el rendimiento, sería incorrecto pensar que afecta a todas las tareas de la misma forma o en la misma medida.

Hay gran cantidad de estudios que muestran que la ansiedad interactúa con la dificultad de la tarea. Su efecto es más perjudicial en tareas difíciles que en tareas fáciles. Incluso algunas tareas fáciles pueden verse beneficiadas por la ansiedad, que ejerce una función activadora y motivadora. Tales resultados son consistentes con la ley de Yerkes-Dodson, según la cual el nivel óptimo de activación es menor para tareas difíciles que para tareas fáciles.

Para explicar por qué ocurre esto se han formulado diferentes teorías. Una de ellas propone que el ingrediente crucial en la dificultad de la tarea es la competición entre respuestas. Esta teoría propone que la ansiedad actúa como un impulsor que aumenta la probabilidad de la respuesta más fuerte en una situación dada. Por ello, la ansiedad debería facilitar el rendimiento en tareas fáciles, es decir, aquellas en las que la respuesta correcta es más fuerte que las incorrectas, pero debería dificultar el rendimiento en tareas difíciles puesto que en éstas la probabilidad de las respuestas incorrectas es más fuerte que la de las respuestas correctas.

Otra hipótesis propone que la ansiedad reduce la capacidad de la memoria a corto plazo (algo parecido a la memoria RAM de un ordenador, puesto que es la que

mantiene la información activa para la realización de una tarea). Las tareas difíciles requieren mayores recursos de memoria a corto plazo que las tareas fáciles.

¿CÓMO ENFRENTARSE A UN NIVEL DE ANSIEDAD EXCESIVO?

Las técnicas empleadas con más frecuencia y de mayor eficacia incluyen, en la mayoría de los trastornos de ansiedad, diferentes tipos de exposición y paquetes con diversas técnicas cognitivo-conductuales, tales como: educación sobre el trastorno, respiración controlada, reestructuración cognitiva, etc.

Entre los trastornos de ansiedad de más difícil tratamiento se encuentra el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). La exposición con prevención de respuesta (EPR) es el tratamiento psicológico de elección en estos momentos para el TOC. Las variaciones de la EPR que incluyen técnicas cognitivas no han mostrado superioridad respecto a aquella. También se emplean con frecuencia inhibidores de la recaptación de serotonina (Vallejo, 2001).

Para el tratamiento de la ansiedad generalizada, las técnicas más eficaces son aquellas que combinan procedimientos cognitivos y conductuales (Capafons, A., 2001).

En las fobias específicas el mejor resultado se obtiene con la exposición en vivo. La combinación de la exposición con técnicas cognitivas alcanza también buenos resultados; en cambio los psicofármacos no aportan efectos beneficiosos significativos (Capafons, J.I., 2001).

La exposición en vivo y la combinación de técnicas conductuales y cognitivas son procedimientos bien contrastados de intervención sobre la agorafobia. La farmacoterapia con antidepresivos o benzodiazepinas es más fácil de administrar y de seguir, pero tiene más efectos secundarios y produce más abandonos (Bados, 2001).

Los tratamientos para el trastorno de pánico con mayor evidencia de eficacia son el paquete propuesto por Barlow, y el programa de terapia cognitiva de Clark (Botella, 2001). En el programa de Barlow se incluye un componente educativo, exposición a sensaciones interoceptivas, reestructuración cognitiva destinada a modificar las creencias erróneas del paciente respecto al pánico y la ansiedad, y entrenamiento en respiración y relajación. El programa de Clark se basa en la modificación de las interpretaciones catastrofistas de las sensaciones corporales (p. ej.: "voy a tener un ataque cardíaco, no podré respirar y me moriré, voy a perder el control, voy a desmayarme, voy a volverme loco", etc.).

En el tratamiento del estrés postraumático se recomienda exposición, si bien con algunas consideraciones a tener en cuenta, entre ellas que sus resultados son peores en casos de abuso de alcohol, o si hay comorbilidad con otros trastornos que puedan ser exacerbados por ella. También es recomendable la combinación de exposición y reestructuración cognitiva (Báguena, 2001).

En general, la modificación de los niveles excesivos de ansiedad requiere intervenir en tres frentes: fisiológico, cognitivo y conductual; si bien, como se ha visto, no siempre la combinación de intervenciones resulta más efectiva que centrarse en uno de estos ámbitos exclusivamente.

El componente fisiológico de la ansiedad se refiere a las alteraciones y sensaciones físicas como la tensión muscular, la hiperventilación, etc. Aplicando técnicas de intervención sobre la activación fisiológica, como la técnica de relajación progresiva de Jacobson, la respiración controlada, etc., es posible aprender a reducir esos niveles excesivos de activación fisiológica.

Los componentes cognitivos son las preocupaciones y los pensamientos autodevaluativos. Para controlarlos pueden aplicarse técnicas que inciden sobre el autoconcepto y la autoestima; así como técnicas de reestructuración cognitiva.

El componente conductual se refiere a todos los comportamientos de evitación que aparecen ante estímulos o situaciones relacionados con la ansiedad. Para cambiar la evitación por un afrontamiento activo de la situación puede aplicarse técnicas de resolución de problemas y de entrenamiento en habilidades sociales, en apoyo de las técnicas usuales de exposición.

Intervención sobre la activación fisiológica

La relajación se define como la ausencia de tensión o activación en el estado de un organismo, y se manifiesta a tres niveles: Fisiológico: incluye los cambios somáticos, viscerales y corticales (cambios en la tensión muscular, tasa cardíaca, ritmos electroencefalográficos). Conductual: hace referencia a los actos externos directamente observables del organismo (expresiones corporales y faciales, actividad motora). Subjetivo: se refiere a la experiencia interna consciente del propio estado emocional o afectivo del sujeto (calma, tranquilidad).

Estos tres niveles o tipos de respuesta se encuentran íntimamente ligados, formando una unidad integral, de modo que cualquier cambio observado en una de ellas repercute en las otras.

La relajación produce efectos fisiológicos beneficiosos reduciendo la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, la transpiración y la frecuencia respiratoria. Consigue excelentes resultados en el tratamiento de la tensión muscular, el insomnio, la depresión, los espasmos musculares, el dolor de cuello y espalda, la hipertensión y, por supuesto, la ansiedad. Además, disponer de una respuesta de relajación sirve para ayudar a hacer frente a diversas situaciones de una forma más efectiva, incrementando el éxito de futuras actuaciones y reduciendo las evitaciones.

La relajación no es aplicable a todas las situaciones y personas. Existen situaciones en las que la tensión y un cierto nivel de ansiedad resultan respuestas adaptativas muy efectivas, y otras en las que el arousal fisiológico se debe a falta de habilidades para realizar una determinada tarea. Los objetivos más apropiados para el entrenamiento en relajación son las respuestas molestas de alto nivel de tensión que interfieren con la ejecución de otra conducta.

Relajación progresiva o muscular (técnica de tensión y relajación o técnica de Jacobson)

Edmond Jacobson publicó en 1938 el libro titulado "Relajación progresiva" en el que describía su técnica de relajación muscular profunda. Esta técnica se basa en la premisa de que la ansiedad que experimenta una persona se traduce en pensamientos y actos que comportan tensión muscular, y que haciendo desaparecer la tensión desaparece también la ansiedad. La relajación muscular es el opuesto fisiológico de la tensión. Tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación.

La ventaja de la relajación progresiva es que puede practicarse en cualquier parte, sin que nadie se dé cuenta. Se llama progresiva porque comienza con los músculos de una parte del cuerpo y progresa hacia otras partes. Se enseña al individuo a contraer y relajar los músculos alternativamente, de manera que la tensión pueda ser reconocida y autocontrolada inmediatamente. La premisa es que si el individuo reconoce cuándo el músculo se encuentra tenso y cuándo el músculo se encuentra relajado, entonces podrá aprender a buscar un estado de relajación.

La técnica de Jacobson implica tensar un grupo muscular específico en ambos lados del cuerpo, sostener esa tensión de cinco a diez segundos y luego relajarla durante treinta o cuarenta segundos. Este proceso se repite varias veces para cada grupo muscular principal.

*Procedimiento básico (adaptado de Gloria Marsellach:
<http://usuarios.lycos.es/puntodevista/Pr/tema62/tema62.html>)*

Póngase en una posición cómoda, cierre los ojos y deje el cuerpo libre de tensiones. Cierre el puño derecho y apriételo más y más fuerte, observando la tensión que se produce al hacerlo. Manténgalo cerrado y fíjese en la tensión que se ha desarrollado en el puño, en la mano y en el antebrazo. Ahora libere la tensión. Sienta la flacidez de su mano derecha y compárela con la tensión que sentía hace unos segundos. Repita de nuevo el proceso con su mano izquierda y por último hágalo con las dos manos a la vez.

Ahora doble los codos y tense los bíceps. Ténselos tanto como pueda y repare en la sensación de tensión. Relájese y estire los brazos. Déjelos relajados y observe la diferencia.

Dirija su atención hacia la cabeza. Arrugue la frente tanto como pueda y desarrúguela. Imagínese como toda la piel de su frente y de su cabeza entera se ha ido estirando hasta ponerse completamente lisa, en el momento en que se ha sentido relajado. Ahora frunza el entrecejo e intente sentir cómo las venas se extienden por la frente. Relájese y deje que la frente se ponga de nuevo lisa. Ahora cierre los ojos y apriételos fuertemente. Observe la tensión. Relájelos y déjelos cerrados suavemente. Ahora cierre la mandíbula, apretando con fuerza; note la tensión que se produce en toda la zona. Libérela. Una vez relajada, notará que los labios estarán ligeramente separados. Aprece el contraste real que hay entre el estado de tensión y el de relajación. Ahora apriete la lengua contra el techo de la boca, es decir, contra el paladar. Observe el dolor que se produce en la parte posterior de la boca. Relájese. Ahora apriete los labios haciendo con ellos una "O". Relájelos. Observe cómo su frente, sus ojos, su mandíbula, su lengua y sus labios están, en este momento, relajados.

Desplace la cabeza hacia atrás tanto como pueda, sin hacerse daño. Observe la tensión que aparece en el cuello. Gírela hacia la derecha y fíjese en que se ha desplazado el foco de tensión; ahora gire hacia la izquierda. Enderece la cabeza y muévala ahora hacia delante, apretando la barbilla contra el pecho. Observe la tensión que siente en la nuca. Relájese dejando que la cabeza vuelva a una posición natural. Ahora encoja los hombros. Encójalos hasta que la cabeza le quede hundida entre ellos. Relájelos. Ahora bájelos y sienta como la relajación se extiende al cuello, nuca y hombros; relajación pura, más y más profunda.

Dé a su cuerpo entero la oportunidad de relajarse. Sienta la comodidad y la dureza. Ahora inspire y llene de aire los pulmones. Sostenga la respiración. Observe la tensión que se produce. Ahora espire haciendo que el tórax se deshinche y relaje, dejando que el aire vaya saliendo poco a poco. Continúe relajándose haciendo que la respiración se produzca de una forma espontánea y agradable. Repita esto varias veces, observando como la tensión va desapareciendo de su cuerpo a medida que el aire va siendo espirado. Ahora tense el estómago y manténgalo así. Note la tensión y luego relájese. Ahora coloque una mano en esta región. Respire profundamente apretando la mano contra la pared del estómago. Aguante y luego relájese. Perciba la diferencia que se produce al soltar el aire. Ahora arquee la espalda sin llegar a hacerse daño. Mantenga el resto del cuerpo tan relajado como pueda. Concentre su atención en la parte más baja de la espalda. Ahora relájese más y más profundamente.

Tense la nalgas y los muslos. Para ello, contraiga los músculos apretando con los talones hacia abajo, tan fuerte como pueda. Relájese y sienta la diferencia. Flexione los dedos de los pies con fuerza para que se tensen las pantorrillas. Estudie la tensión que se produce. Libérela. Ahora extienda con fuerza los dedos dirigiendo las puntas hacia arriba y sentirá con ello la contracción de los músculos de las espinillas. Relájese otra vez. Sienta la sensación de pesadez en la parte más baja del cuerpo, a medida que la relajación se va haciendo profunda. Relaje los pies, los tobillos, las pantorrillas, las espinillas, las rodillas, los muslos y las nalgas. Luego deje que la relajación se extienda hasta el estómago, hasta la región lumbar y el tórax. Deje que se extienda más y más. Siéntala en los hombros, en los brazos y en las manos. Más y más profundamente. Sienta la sensación de laxitud y relajación en el cuello, en la mandíbula y en todos los músculos de la cara.

Llegado a este nivel profundo de relajación, le aconsejamos imaginarse a sí mismo en un lugar tranquilo y sosegado en el cual puede disfrutar plenamente de dicha sensación.

Entrenamiento autogénico

Esta técnica fue desarrollada originalmente por H.H. Shultz. El término autogénesis (auto-generativo) describe casi todo tipo de ejercicio de relajación; sin embargo, el nombre autogenia se refiere aquí a una forma de relajación que emplea imágenes mentales de estados de relajación. Esta técnica se centra en patrones de respuestas condicionadas asociadas a pensamientos particulares. Utiliza la imaginación y sentimientos sugeridos de pesadez y calor en las extremidades, de manera que el sujeto aprenda a reconocer un estado de relajación y lo evoque cuando lo necesite.

Esta técnica es útil para personas con buena capacidad de imaginación. Si puede imaginar una sensación de calor o de sensación pesada en sus extremidades, su cuerpo tratará de reproducir ese estado. Como respuesta hacia la demanda

consciente, se aumentará el flujo sanguíneo hacia las áreas deseadas, lo cual produce el calor imaginado.

Meditación

La meditación representa uno de los métodos sistemáticos más antiguos utilizados para la relajación. Se introdujo a gran escala en nuestro ámbito cultural durante los años sesenta. Produce un estado de relajación mediante la concentración de la atención. Las siguientes características son comunes a la mayor parte de los métodos de meditación:

Un ambiente tranquilo. Es importante evitar distracciones. Algunas personas acuden a la iglesia para mitigar los ruidos del exterior. Cuando se adquiere práctica, puede realizarse en cualquier lugar.

Postura correcta. No es preciso contorsionarse para ponerse en la tradicional posición del loto. Si no se está suficientemente cómodo, no podrá dejar de pensarse en la incomodidad y los músculos se tensarán. Sin embargo, si se está demasiado cómodo puede caerse en sueño, de manera que no es conveniente meditar rescostado sobre el suelo o en una cama. Una posición de sentado normal puede ser adecuada. También puede optarse por caminar en un entorno tranquilo y sin excesivos estímulos, como un claustro.

Un objeto de meditación. Este objeto puede ser cualquier cosa que se repita (tal como el "Tic-Tac" de un reloj) o que no cambie (p. ej. una piedra). Puede ser real o imaginario.

Contenido mental. En las formas de meditación tradicional se canturrean expresiones como *om* (un mantra), que contribuyen a centrar la atención y a apartar los pensamientos que distraen. Se puede utilizar cualquier palabra corta que venga a la mente. Muchas personas utilizan palabras como *un* o *pan*. Se puede pronunciar la palabra en voz alta o bien mentalmente cada vez que se respira.

Una actitud pasiva. Esto implica que el pensamiento transcurra de manera que la persona que medita no se preocupe por ello. Los momentos de meditación son aquellos en los que hay que dejar que la mente se relaje, deteniendo la voluntad de pensar o resolver cosas. Inevitablemente, cuando se comienza a meditar acuden a la mente pensamientos que distraen. Antes que preocuparse por ellos, es mejor dejar que se dispersen: no hay que prestarles atención, ni preocuparse porque aparezcan. La pronunciación de la palabra de meditación puede ayudar a apartar esas distracciones de la mente.

Entre las formas de meditación más comunes practicadas en nuestra sociedad se encuentra la técnica de Benson. Herbert Benson observó que la meditación reduce la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno, dos fenómenos que suceden de forma natural durante el sueño. También aumenta la actividad de las ondas alfa cerebrales. En general, los meditadores tienen la presión arterial baja y reducidos los niveles de lactato, un subproducto del metabolismo muscular que puede acumularse en la sangre y provocar ansiedad.

Retroalimentación biológica ("biofeedback")

Mediante aparatos especiales conectados en diferentes partes del cuerpo (mientras se llevan a cabo ejercicios de relajación) se recibe información de retorno de

reacciones físicas involuntarias (pulso, temperatura, presión sanguínea y otras), con el fin de aprender a ejercer una influencia voluntaria sobre ellas en el sentido deseado.

La retroalimentación ayuda a controlar las funciones biológicas automáticas del organismo. Algunas personas consideran muy difícil relajarse porque no se dan cuenta de hasta qué punto se encuentran tensos. La retroalimentación biológica o "biofeedback" puede ofrecerles información sobre cómo está reaccionando su organismo y sobre cómo relajarlo.

Esta técnica requiere la utilización de ciertos instrumentos. Miden cambios fisiológicos (potenciales eléctricos, presión arterial, frecuencia cardíaca o pulso, tensión muscular, temperatura de la piel, ondas cerebrales, entre otros). Esta información es retransmitida hacia el individuo, de manera que éste pueda controlar esos cambios fisiológicos o aprenda a dominarlos. Cuando el instrumento detecta cierto grado de tensión, emite un sonido o proporciona algún otro tipo de señal (por ejemplo visual) que pueda ser percibida por el sujeto. A continuación, el terapeuta ofrece instrucciones para que se haga desaparecer el sonido mediante relajación. A medida que se reduce la tensión, el sonido va bajando de volumen, hasta que desaparece por completo. Gracias al sonido, el proceso de aprendizaje de la relajación es mucho más rápido, ya que ayuda a controlar el progreso. Los aparatos de biofeedback también pueden ayudar a descubrir qué tipo de situaciones, personas o actividades son estresantes para un individuo. Las técnicas de retroalimentación biológica se emplean, también, como función terapéutica ante ciertas condiciones patológicas (enfermedades). Por ejemplo, es posible enseñar a personas que padecen migraña a dominar total o parcialmente el dolor utilizando esta técnica. También se puede utilizar para ayudar a algunas personas a controlar funciones fisiológicas como la presión arterial y la secreción ácida del estómago.

Ejercicios de visualización

La técnica consiste en viajar con la imaginación a lugares que se han visitado anteriormente y en los cuales se ha experimentado un estado de relajación y paz.

Hay que tratar de visualizar la mayor cantidad posible de detalles. Por ejemplo, si el practicante viaja hacia la playa, debería sentir el sonido de las olas, el calor del sol al atardecer y una refrescante brisa marina sobre su piel. Todos estos detalles ayudaran a la relajación.

Control de la respiración

Uno de los procedimientos más a mano para controlar la ansiedad en el momento en que ésta se produce es la respiración profunda. Al inhalar profundamente y exhalar lentamente, se experimenta un estado de relajación. Cuando la gente se encuentra en situaciones de tensión, tienden a respirar de forma rápida y llana (poco profunda). Al inhalar conscientemente de forma profunda, el diafragma es forzado a expandirse y tensarse, y el estómago tiende a expandirse. Cuando se exhala, el diafragma se relaja y el estómago se contrae, de ahí el término de "respiración diafragmática". Cantar puede ser un excelente método reductor de estrés. Cantar también obliga a respirar profundamente, lo que ayuda a liberarse de la tensión.

Yoga

El tipo de yoga más popular es el "Hatha Yoga". Promueve la fuerza, flexibilidad, y reducción de la tensión muscular, y se utiliza como una técnica para tranquilizar el cuerpo y prepararse para la meditación. Adoptar ciertas posturas y controlar la respiración aumenta la capacidad vital de los pulmones, flexibilidad y relajación.

Masaje

En situaciones de estrés, las hormonas producidas por la respuesta de enfrentamiento-huída (fase de alarma), unidas a las sustancias metabólicas de desecho, pueden hacer que los músculos se tensen hasta alcanzar el umbral del dolor. Sin una correcta relajación, esta tensión muscular puede hacerse crónica, situación particularmente problemática en el cuello, los hombros y la parte superior de la espalda. Una de las formas más placenteras y eficaces de aliviar la tensión muscular y elevar el ánimo es un masaje. Existe gran variedad de técnicas de masaje. Por ejemplo, el *shiatsu*, de origen japonés y chino, es una técnica de masaje profundo en puntos de presión específicos. En algunos casos, el masajista de shiatsu se pone de pie sobre la espalda del paciente para deshacer nudos difíciles. El *masaje sueco* se basa en masajear y golpear los músculos para relajar los nudos y mejorar la circulación sanguínea.

Ejercicio físico

Aunque no es comunmente utilizado como un medio de relajación, el ejercicio físico regular promueve tanto la salud mental como la física. Al integrarse el individuo en un programa de entrenamiento físico, los efectos a largo plazo producen una mejor autoestima, lo cual favorece la salud mental y permite afrontar más efectivamente las situaciones de tensión. Además, el ejercicio físico regular elimina diversos desechos metabólicos que resultan de experiencias de tensión. Más aún, fortalece todos los sistemas orgánicos y ayuda a que se alcance una autoimagen positiva. Los tipos de ejercicios recomendados son de 1) flexibilidad (estiramiento), 2) aeróbicos (caminar, trotar, nadar, correr, bicicleta, patinar, remar, bailar, subir y bajar escaleras o un banco, y deportes que implican correr [baloncesto, tenis, fútbol, entre otros]), 3) fuerza, y 4) actividades físicas recreativas y deportes.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA E INTERVENCIÓN SOBRE EL AUTOCONCEPTO Y LA AUTOESTIMA

Reestructuración cognitiva

En general las diferentes técnicas de reestructuración cognitiva siguen los principios de Beck. Se explica el concepto de pensamientos negativos, la influencia de las situaciones en estos, el impacto de las interpretaciones y predicciones en los sentimientos y las acciones, y la necesidad de identificar interpretaciones y predicciones específicas para poder cuestionarlas. Para ello se utilizan preguntas, imaginación o simulación de situaciones, así como procedimientos de autorregistro.

No es fácil identificar aquellos pensamientos que son reponsables principales de las emociones negativas, puesto que la atención suele centrarse en pensamientos menos importantes.

Los errores cognitivos que caracterizan el pensamiento de las personas con ansiedad de manera más frecuente son la sobreestimación de la probabilidad de los sucesos negativos y las predicciones catastróficas. A contiución el terapeuta debe resaltar la importancia de cuestionar esos pensamientos negativos. Para ello, hay que examinar la validez de las predicciones y suposiciones, con el objetivo de sustituirlas por otras más realistas. Una forma de cuestionar los pensamientos catastróficos es pedir al paciente que suponga que se llega efectivamente a la peor situación posible, por él temida, y que evalúe a continuación si es tan negativo como había supuesto. Una manera de atenuar las consecuencias negativas de tales situaciones imaginarias, es mostrar que se tienen recursos para afrontar los acontecimientos, y que el impacto de éstos tiene una duración limitada.

El entrenamiento en resolución de problemas también es adecuado en este punto, puesto que está indicado mostrar al paciente que en lugar de centrarse en los aspectos negativos de los sucesos, debe aprender a buscar soluciones a los mismos. Finalmente, es muy útil que el paciente formule tantas causas hipotéticas como pueda de los sucesos negativos; por ejemplo, si siente el pulso del corazón muy acelerado, puede sustituir la interpretación de que se debe a un ataque inminente por la de que está nervioso por algo o que ha tomado demasiado café.

Autoconcepto y autoestima

El autoconcepto es el conocimiento que se tiene de uno mismo. Al igual que cualquier otro concepto, es una representación cognitiva que incluye los conocimientos aprendidos por cualquier medio acerca de alguna cosa (en el autoconcepto, sobre uno mismo). La autoestima es un componente del autoconcepto, y se refiere a los aspectos afectivos relacionados con el objeto de conocimiento (uno mismo); es el grado en que se valora la propia identidad, con todos los aspectos positivos y negativos que se perciben en ella.

En cierta medida, el autoconcepto y la autoestima se ven influidos por el concepto que otros tienen de nosotros y por el grado en que nos valoran. Si estamos con personas que no nos aceptan, que nos ponen condiciones para querernos, entonces disminuye la autoestima.

Pensamientos y autoestima

La baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento (forma inadecuada de pensar): la autodevaluación.

Si se han vivido muestras de falta de aprecio, de desconfianza, los mensajes devaluativos pueden llegar a interiorizarse y hacerse propios. Se incorporan al autoconcepto como creencias.

Para cambiar esas creencias se aplican procedimientos de reestructuración cognitiva:

1.- Detectar los pensamientos de autodevaluación
Por ejemplo: ante una situación de prueba, un examen, una entrevista, un trabajo difícil. ¿Qué pensamientos aparecen?. Quizás: "No voy a poder". "Los demás son

mejores que yo". "La otra vez me salió mal, luego ahora tengo pocas posibilidades". "Siempre me equivoco". "Nunca seré capaz"..

2.- Discutir los pensamientos activamente. Deben ser refutados, es decir, confirmar que no son realistas: "¿Realmente todo me sale mal?". "¿Quizás estoy exagerando?".

3.- Buscar alternativas de pensamiento "¿No es mejor intentarlo?". "Puede que me salga mal y puede que me salga bien". "No soy perfecto, puedo equivocarme y aprender de mis errores". "Tengo limitaciones, pero también capacidades".

Distorsiones cognitivas que deterioran la autoestima

- **Hipergeneralización:** a partir de un hecho aislado se crea una regla universal, general, para cualquier situación y momento: "He fracasado una vez" (en algo concreto); "¡Siempre fracasaré!" (se interioriza como que se fracasará en todo).
- **Designación global:** se utilizan términos peyorativos para describirse a uno mismo, en vez de describir el error concretando el momento temporal y la situación concreta en que sucedió: "¡Que torpe (soy)!".
- **Filtrado:** se presta atención selectiva a lo negativo y se desatiende lo positivo.
- **Pensamiento polarizado:** pensamiento de todo o nada. Se llevan las cosas a sus extremos. Se tienen categorías absolutas. "Es blanco o negro". "Estás conmigo o contra mí". "Lo hago bien o mal". No se aceptan ni se saben dar valoraciones relativas. "O es perfecto o no vale".
- **Autoacusación:** uno se encuentra culpable de todo. "Tengo la culpa, ¡tendría que haberme dado cuenta!".
- **Personalización:** se supone que todo tiene que ver con uno mismo y la persona se compara negativamente con todos los demás. "¡Tiene mala cara, qué le habré hecho!".
- **Lectura del pensamiento:** se supone que los demás no tienen interés en uno, que no se les gusta, que piensan mal de uno sin evidencia real de ello. Son suposiciones que se fundamentan en cosas peregrinas y no comprobables.
- **Falacias de control:** se siente que se tiene una responsabilidad total con todo y con todos, o bien que no se tiene control sobre nada, que se es una víctima desamparada.
- **Razonamiento emocional:** "si lo siento así es verdad". Se siente soledad, sin amigos y se cree que este sentimiento refleja la realidad sin parar a contrastarlo con otros momentos y experiencias.

Estas distorsiones de pensamiento o trampas son aprendidas y llevan a confundir la percepción de la realidad. Es bueno reconocerlas como distorsiones y, por tanto, no aceptarlas como verdaderas, para evitar que influyan negativamente sobre el autoconcepto y la autoestima.

Algunas frases constructivas, que cambian estereotipos de pensamiento, pueden ser incluidas en el vocabulario:

- *Si fallo ahora, la próxima vez lo haré mejor*
- *Se empieza por intentarlo*

- *Es mejor equivocarse que no hacer nada, se aprende de los errores*
- *Me acepto aunque no logre todos mis objetivos*
- *Puedo intentarlo*

HABILIDADES SOCIALES

Una conducta socialmente apropiada es aquella que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un individuo, de modo adecuado a la situación y respetando esas mismas conductas en los demás.

Las habilidades sociales son esenciales para obtener dos tipos de objetivos:

- **Afectivos:** conseguir relaciones satisfactorias con los demás, establecer vínculos de amistad.
- **Instrumentales:** realizar con éxito actividades en la comunidad, incluyendo comprar, vender, la utilización de instituciones sociales y prestaciones, entrevistas de trabajo, trabajar, estudiar y hacer exámenes.

La impresión global que unas personas se forman de otras se compone de conductas "moleculares" específicas, que pueden ser no verbales, paralingüísticas y verbales.

Componentes no verbales

La mirada. El contacto ocular se define objetivamente como mirar a otra persona a los ojos, o de forma más general a la mitad superior de la cara.



La mirada mutua implica que se ha establecido "contacto ocular" con otra persona.

Los significados y funciones de las pautas de mirada son múltiples:

- **Actitudes:** la gente que mira más es vista como más agradable, pero la forma extrema de mirada fija es vista como hostil y/o dominante. Ciertas secuencias de interacción tienen más significados: por ejemplo, ser el primero en dejar de mirar es señal de sumisión; la dilatación pupilar, señal de interés por el otro.
- **Expresión de emociones:** mirar más intensifica la expresión de algunas emociones, como la ira, mientras que mirar menos intensifica otras, como la vergüenza.
- **Acompañamiento del habla:** la mirada se emplea, junto con la conversación, para sincronizar o comentar la palabra hablada. En general, si el oyente mira más, genera más respuesta por parte del que habla, y si el que habla más mira más, es visto como persuasivo y seguro.

La expresión facial. La cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones. Hay seis emociones principales y tres áreas de la cara responsables de su expresión. Las emociones son: *alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco* o

desprecio. Las tres regiones faciales implicadas son: *la frente/cejas, los ojos/párpados, la parte inferior de la cara*. Una conducta socialmente habilidosa requiere una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje. Si una persona muestra una expresión facial de miedo o de enfado mientras intenta iniciar una conversación con alguien, es probable que no tenga éxito.

La sonrisa. Puede utilizarse como gesto de pacificación. También puede servir para transmitir el hecho de que a una persona le gusta otra; puede suavizar un rechazo, comunicar una actitud amigable, y animar a los demás a que le devuelvan a uno una sonrisa.

Los gestos. Un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador. Son básicamente culturales. Las manos y, en menor grado, la cabeza, pueden producir una amplia variedad de gestos. Constituyen un segundo canal de comunicación; aquéllos que sean apropiados a las palabras que se dicen servirán para acentuar el mensaje añadiendo énfasis, franqueza y calor. Los movimientos desinhibidos pueden sugerir también franqueza, confianza en uno mismo (salvo que fuera un gesto nervioso) y espontaneidad por parte del que habla.

La postura. La posición del cuerpo y de los miembros, la forma en que se sienta la persona, cómo está de pie y cómo pasea, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros. Los significados y funciones de la postura son múltiples:

- Actitudes. Las posturas que reducen la distancia y aumentan la apertura hacia el otro son cálidas, amigables e íntimas. Las posiciones cálidas incluyen el inclinarse hacia delante, con los brazos y piernas abiertas, las manos extendidas hacia el otro. A su vez, apoyarse hacia atrás o entrelazar las manos sosteniendo la parte posterior de la cabeza pueden ser reflejo de dominación o de sorpresa. La timidez puede expresarse por medio de los brazos colgando y con la cabeza hundida y hacia un lado. Por el contrario, las piernas separadas, los brazos en jarras y la inclinación lateral expresan determinación.
- Emociones. La postura refleja emociones específicas. Así, la indiferencia se expresa por medio de hombros encogidos, brazos erguidos o manos extendidas; la ira, por medio de puños apretados, inclinación hacia delante o brazos extendidos; el coqueteo, por medio del cruzar o descruzar las piernas, etc.
- Acompañamiento del habla. Los cambios importantes de la postura se emplean para marcar amplias unidades del habla, como cambiar de tema, dar énfasis y señalar que se toma o se cede la palabra.

La orientación. El tipo de orientación espacial denota el grado de intimidad/formalidad de la relación. Cuanto más cara a cara es la orientación, más íntima es la relación y viceversa.

La distancia/el contacto físico. El grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social. Dentro del contacto corporal existen diferentes grados de presión y distintos puntos de contacto que pueden señalar estados emocionales, como miedo, actitudes interpersonales o un deseo de intimidad.

La apariencia personal. El desarrollo tecnológico actual permite modificar mucho el aspecto exterior de una persona (maquillaje, cirugía estética, peluquería, régimen de adelgazamiento, etc.). La ropa y los adornos desempeñan un papel importante en la

impresión que los demás se forman de un individuo. Los componentes en los que se basan el atractivo y las percepciones del otro son el físico, la ropa, la cara, el pelo y las manos. El objeto de la modificación de la apariencia es la autopresentación ante los demás. El cambio de estilo del pelo es uno de los aspectos que más influyen en la apariencia personal.

El atractivo físico puede ser un elemento importante en un primer momento, pero a la hora de establecer una relación más duradera son otros los elementos que tienen más peso.

Componentes paralingüísticos

El volumen de la voz. La función más básica del volumen consiste en hacer que un mensaje llegue hasta un oyente potencial. El volumen alto de voz indica seguridad y dominio. Sin embargo, hablar demasiado alto (que sugiere agresividad, ira o tosquedad) tiene también consecuencias negativas - la gente podría marcharse o evitar futuros encuentros -. Los cambios en el volumen de voz se emplean en una conversación para enfatizar puntos. Una voz que varía poco de volumen no resulta muy interesante.

La entonación. La entonación sirve para comunicar sentimientos y emociones. Las palabras pueden expresar esperanza, afecto, sarcasmo, ira, excitación o desinterés, dependiendo de la variación de la entonación del que habla. Una escasa entonación, con un volumen bajo, indica aburrimiento o tristeza. Un tono que no varía puede ser aburrido o monótono. Se percibe a las personas como más dinámicas y extrovertidas cuando cambian la entonación de sus voces a menudo durante una conversación. Las variaciones en la entonación pueden servir también para ceder la palabra. En general, una entonación que sube es evaluada positivamente (es decir, como alegría); una entonación que decae, negativamente (como tristeza); una nota fija, como neutral. Muchas veces la entonación que se da a las palabras es más importante que el mensaje verbal que se quiere transmitir.

La fluidez. Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Demasiados períodos de silencio podrían interpretarse negativamente, especialmente como ansiedad, enfado o incluso, una señal de desprecio. Expresiones con un exceso de palabras de relleno durante las pausas (por ejemplo, "ya sabes", "bueno") o sonidos como "ah" y "eh" provocan percepciones de ansiedad o aburrimiento. Otro tipo de perturbación incluye repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido.

La claridad. La claridad a la hora de hablar es importante. Si se habla arrastrando las palabras, a borbotones, con un acento o vocalización excesivos, uno se puede hacer más pesado a los demás.

La velocidad. Hablar lentamente puede hacer que los demás se impacienten o se aburran. Por el contrario, si se hace con demasiada rapidez, uno puede no ser entendido.

El tiempo de habla. Este elemento se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo. El tiempo de conversación de una persona puede ser problemático por ambos extremos, es decir, tanto si apenas habla como si habla demasiado. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.

Componentes verbales: el contenido

El contenido. El hablar se emplea para una variedad de propósitos como, por ejemplo, comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que está intentando lograr. El tema o contenido del habla puede variar en gran medida. Puede ser íntimo o impersonal, sencillo o abstracto, informal o técnico. Algunos elementos verbales que se han encontrado importantes en la conducta socialmente habilidosa han sido, por ejemplo, las expresiones de atención personal, los comentarios positivos, hacer preguntas, los refuerzos verbales, el empleo del humor, la variedad de los temas, las expresiones en primera persona, etc.

Técnicas para el entrenamiento en habilidades sociales

Componentes del adiestramiento en habilidades sociales:

- Modelamiento
- Representación de papeles
- Generalización

Modelamiento

Se puede definir como un aprendizaje por medio de la imitación. El modelamiento será más efectivo cuando el modelo (es decir, la persona a imitar) aparezca como muy cualificada y con experiencia, tenga un status importante, controle las recompensas que desea el paciente, sea del mismo sexo, tenga una edad similar y pertenezca a la misma clase social, sea simpático y amable y si recibe recompensas por lo que hace. El modelo suele ser el terapeuta y la actuación se puede grabar en video. El modelamiento será mucho más efectivo cuando la situación presente las conductas a imitar con claridad y con precisión, gradualmente de menor a mayor dificultad, con las suficientes repeticiones que permitan su sobreaprendizaje, con la menor cantidad posible de detalles innecesarios y empleando diferentes modelos en lugar de uno solo. La persona que observa el modelo debe: saber que tiene que imitarlo, asumir una actitud similar, tener simpatía o que le guste el modelo y ser recompensado por realizar las conductas observadas.

El modelado tiene la ventaja de ilustrar los componentes no verbales y paralinguísticos de una determinada conducta interpersonal.

Representación de papeles

Se trata de una situación en la que a un individuo se le pide que desempeñe un papel, es decir, se comporte de determinada manera. Se le pide al cliente que describa brevemente la situación-problema real y a las personas reales que están implicadas en ella (se le pide que las nombre por el nombre real). Si las otras personas están disponibles es mucho mejor para resolver el problema. Se le dice al cliente que reproduzca el papel lo mejor posible.

En cada una de estas sesiones es necesario:

- Descripción de la situación problema.
- Identificación de un objetivo adecuado para la respuesta del cliente.
- Sugerencia de respuestas alternativas por los otros miembros del grupo.
- Demostración de una de estas respuestas por algún miembro del grupo o por el terapeuta.
- Selección de una estas respuestas
- Práctica encubierta por el actor como paso.
- Ensayo de una respuesta competente por el cliente
- Evaluación de la efectividad de la respuesta del cliente por otros miembros.
- Sugerencias de otros miembros.
- Reensayo y nueva evaluación.

El éxito será más probable si la persona que representa el papel cuenta con la suficiente información sobre el contenido del papel a desempeñar y si ha prestado la atención necesaria a determinados potenciadores. Estos últimos incluyen: acuerdo por parte del sujeto a participar, compromiso con la conducta u opinión que va a simular, improvisación y recompensa, aprobación o reforzamiento por llevar a cabo la representación de las conductas.

Las instrucciones o aleccionamiento (coaching) intentan suministrar al individuo información correctiva sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su ejecución y el criterio. Puede distinguirse entre retroalimentación y reforzamiento.

La retroalimentación consiste en suministrar al sujeto información sobre cómo ha representado el papel asignado. Se deben tener en cuenta cuestiones tales como la recompensa, el refuerzo, la crítica o el volver a repetir el aprendizaje. Debe destacarse la importancia que tiene el refuerzo social, es decir, el elogio, la aceptación y el estímulo. Salvo algunas excepciones, cuanto mayor es la cantidad de refuerzos, más se intensifican los efectos positivos.

Se deben especificar por adelantado las conductas sometidas a retroalimentación de modo que durante la representación los observadores puedan concentrarse en las respuestas relevantes.

La retroalimentación debe concentrarse en la conducta y no en la persona. Debe de ser detallada y específica. No debe de darse retroalimentación de más de 3 conductas. Debe concentrarse en lo positivo, con sugerencias para la mejora y el cambio. Hay que recordarle al cliente que la retroalimentación es un juicio subjetivo del terapeuta basado en sus propias normas, que podrían diferir de las del cliente.

El reforzamiento es un componente motivacional y su intención es la de moldear la conducta y/o aumentar la tasa de respuesta y es importante enseñar a los clientes a auto recompensarse si practican bien sus nuevas habilidades.

Generalización

El interés principal de cualquier programa de adiestramiento no es el rendimiento obtenido en el lugar donde se ha realizado, sino en la vida real. Para conseguir una buena generalización, el entrenamiento se deberá dar en situaciones cada vez más parecidas a las situaciones reales.

Para mejorar la generalización se hace necesario:

- Utilizar situaciones relevantes múltiples
- Entrenamiento con personas múltiples y/o relevantes
- Entrenamiento de personas significativas para ofrecer reforzamiento
- Entrenamiento en lugares múltiples
- Programar sesiones regulares de apoyo después del tratamiento.

Mandar tareas para casa es un buen entrenamiento porque la mayoría de las nuevas habilidades necesitan ser practicadas repetidamente y ser llevadas a cabo en lugares diferentes. Implica un mayor autocontrol por parte del individuo y supone ir transferir lo aprendido en consulta al ambiente real del individuo.

Las tareas para casa deben elaborarse y acordarse junto con el cliente, deben ser detalladas y tener una alta probabilidad de éxito para que éste no se frustre, ya que los éxitos pueden mejorar en gran medida la motivación e implicación en el tratamiento.

Los procedimientos que se acaban de exponer para el adiestramiento de aptitudes no son efectivos por si solos. Así por ejemplo, el modelamiento funciona en el aprendizaje de conductas nuevas, pero sin la suficiente práctica los antiguos comportamientos tienden a reaparecer. La práctica o representación de papeles constituye una ayuda importante en el aprendizaje, pero se debe tener en cuenta que son las conductas correctas las que hay que practicar y que sin un modelo anterior o una situación similar, el rendimiento casi no mejorará en relación al nivel inicial. Una vez realizado el modelamiento y la representación de papeles, las conductas recién aprendidas tienen una gran probabilidad de mantenerse, pero esto no sucederá a menos que se vivan esas conductas como experiencias recompensadas.

Entrenamiento en resolución de problemas

Una persona se enfrenta a un problema cuando acepta una tarea que no sabe de antemano cómo resolver. Los problemas difieren en el grado de complejidad y dificultad.

Fases en la resolución del problema

1. Preparación

- Análisis de datos, restricciones, criterios de solución.
- Resultado: división del problema en otros más sencillos, elementales.
Ignorar
- información para simplificar el problema.

2. Producción

- Operaciones: recuperación desde la memoria de situaciones similares en el pasado.
- Exploración de la información ambiental.
- Elaboración de posibles soluciones.

3. Práctica de la solución

- Una única intervención

- Seriación de posibles soluciones.

4. Evaluación

- Evaluación de resultados. Contraste con el criterio inicial.
- Modificaciones.

Para la resolución de problemas es esencial afrontar éstos con una actitud positiva. No hay que verlos como amenazas sino como retos o desafíos que van a poner a prueba nuestras capacidades y, por ello, van a permitir también desarrollarlas. La actitud correcta ante los problemas consiste en *afrontarlos activamente*, verlos como oportunidades de desarrollo personal y evolución. Se ha comprobado que, de esa manera, los problemas no generan ansiedad sino motivación y estímulo. Incluso en personas que padecen una enfermedad grave, reconocer su existencia y afrontarla activamente disminuye la ansiedad, proporciona una mayor calidad de vida, y se asocia a una mayor esperanza de vida. En cambio, las estrategias evitativas se asocian a un mayor malestar físico.

Exposición

Los diferentes procedimientos de exposición constituyen, hoy por hoy, la técnica de mayor eficacia para el tratamiento de la ansiedad. A continuación siguen una serie de recomendaciones sobre la aplicación de esta técnica, siguiendo a Bados (1995).

En primer lugar, es aconsejable que la exposición sea gradual. Las situaciones a que se expone el paciente deben ser pertinentes y significativas; es decir, situaciones reales que debe afrontar en su vida cotidiana. Debe practicarse con frecuencia. Aunque no está claro que sea mejor hacerlo diariamente, la guía clínica es practicar cada día, sea un día bueno o malo. Practicar en los días malos es importante, ya que permite aprender a hacer frente al malestar experimentado. Siempre que sea posible, el sujeto practicará solo. En casos de situaciones difíciles, un compañero o un terapeuta pueden acompañarle la primera vez o unas pocas veces, pero el paciente debe completar por lo menos dos prácticas por sí solo en la misma situación. Si debe recibir asistencia de un compañero, éste debe ser entrenado, para lo cual puede observar alguna exposición asistida por el terapeuta.

Antes de comenzar cada práctica, el paciente debe pensar en los beneficios que le supondrá realizarla. Debe prestar atención a los avances que va consiguiendo, por pequeños que sean, y elogiarse por ellos. Inicialmente, una exposición exitosa es aquella en que se afronta la situación temida a pesar del miedo.

Es normal experimentar ansiedad durante la exposición. El paciente debe tener claro que su objetivo es tolerar la ansiedad, no eliminarla. Es más fácil controlar la ansiedad en sus primeras fases, por ello, hay que aprender a reconocer los inicios de la tensión y lo que se piensa cuando uno comienza a preocuparse. Estas son las primeras señales de aviso que indican la necesidad de aplicar las estrategias de afrontamiento. En el caso de que las estrategias no funcionasen porque la ansiedad hubiera alcanzado ya niveles excesivos, el paciente no debe desanimarse sino intentarlo de nuevo cuando se sienta mejor. Si el paciente abandona una situación antes de que la ansiedad haya disminuido lo suficiente, lo que debe hacer es alejarse un poco, tranquilizarse y volver a la situación cuando se encuentre mejor.

El progreso no será lineal. Aunque se irá avanzando, es normal que haya altibajos y contratiempos. Esto es inevitable y no hay que preocuparse por ello. Lo importante es seguir practicando, con lo que el terreno perdido se recupera con rapidez.

REFERENCIAS

Allport, G. W. (1937): *Personality: A Psychological Interpretation*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.

American Psychiatric Association (APA) (1952): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1ª ed.) Washington, DC: APA

American Psychiatric Association (APA) (1968): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2ª ed.). Washington, DC: APA

American Psychiatric Association (APA) (1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington, DC: APA

American Psychiatric Association (APA) (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed. rev.). Washington, DC: APA

American Psychiatric Association (APA) (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Aronson, Th. A; Logue, C. (1988): Phenomenology of panic attacks: A descriptive study of panic disorder patients' self-reports. *Journal-of-Clinical-Psychiatry; Vol 49(1)*: 8-13.

Bados, A. (1995): *Agorafobia*. Barcelona. Paidós

Bados, A. (2000): *Trastorno de ansiedad generalizada*. Documento no publicado. Universidad de Barcelona

Bados, A. (2001): Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema, vol 13, nº 3*, 453-464

Báguena, M.J. (2001): Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema, vol 13, nº 3*, 479-492

Bandura, A. (1969): *Principles of behaviour modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.

Beck, A. T. (1976): *Cognitive therapy and emotional disorders*. Madison, C. T.: International University Press.

Bond, W. N. (1984): Animal models in Psychopathology: An Introduction. En Bond, W. N. (ed.). *Animals models in psychopathology*. North Ryde: Academic Press Australia.

- Botella, C. (2001): Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, vol 13, nº 3, 465-478
- Bower, G. H. (1981): Mood and memory. *American Psychologist*, 36. pp. 129-148
- Capafons, A. (2001): Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, vol 13, nº 3, 442-446
- Capafons, J.I. (2001): Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, vol 13, nº 3, 447-452
- Eysenck, H. J. (1947): *Dimensions of Personality*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Eysenck, H. J. (1957): A dynamic theory of anxiety and hysteria. *Journal of Mental Science*, 101. pp. 28-51.
- Eysenck, H. J. (1967): *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella
- Eysenck, H. J. (1970): *The Structure of Human Personality*. Londres: Methuen and Co.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1987): *Personalidad y Diferencias Individuales*. Madrid: Pirámide.
- Gray, J.A. (1982): *The neuropsychology of anxiety*. Nueva York: Oxford University Press
- Heymans, G. y Wiersma, E. (1909): Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massentersuchung. *Zeitschrift für Psychologie*, 42. pp. 81-127.
- Lang, P. J. (1968): A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16. pp. 495-512.
- Lidell, H. S. (1944): *Emotional hazards in animals and man*, Springfield: Charles C. Thomas
- Maier, N. R. F. (1956): *Frustration*. Ann Arbor: University of Michigan Press
- Marks, I.M. (1969): *Fears and Phobias*. Londres: William Heineman.
- Marks, I.M.. (1969): *Fears and Phobias*. Londres: William Heineman.
- Masserman, J. H. (1943): *Behavior and neurosis: An experimental psychoanalytic approach to psychobiologic principles*. Chicago: University of Chicago Press.
- O.M.S. (1992): *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: M editor
- Pitts, F.N. y McClure, J.N. (1967): Lactate metabolism in anxiety neurosis. *New England Journal of Medecine*, 277, pp. 1328-1336
- Spearman, C. (1927): *The Abilities of Man*. Londres: MacMillan.
- Spielberger, Charles-D (Ed) (1966): *Anxiety and behavior*. NY. Ac. Press

Torgersen, S. (1979): The nature and origin of common phobic fears. *British Journal of Psychiatry*, 134, 343-351.

Tous, J. M. (1986): *Psicología de la Personalidad*. Barcelona: PPU.

Vallejo, M.A. (2001): Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, vol 13, nº 3, 419-227.

Watson, J. B. y Rayner, R. (1920): Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14. Cambridge University Press.

Weinberg, Robert; Hunt, V. (1979): The interrelationships between anxiety, motor performance and electromyography. *Journal-of-Motor-Behavior*. Vol 8(3): 219-224.

Zuckerman, M. (1991): *Psychobiology of Personality*. Cambridge: Cambridge University Press.

SEXTA PARTE

NUEVAS PSICOTERAPIAS

TERAPIA DE POSIBILIDADES

De soluciones a posibilidades: Enfoque terapéutico de Bill O'Hanlon

Mónica Teresa González Ramírez

Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Victoria Alfonso

Facultad de Psicología de la Universidad de British Columbia, Vancouver, Canadá

*"No soy ni optimista ni pesimista,
sino un hombre abierto a las posibilidades"*
Max Lerner

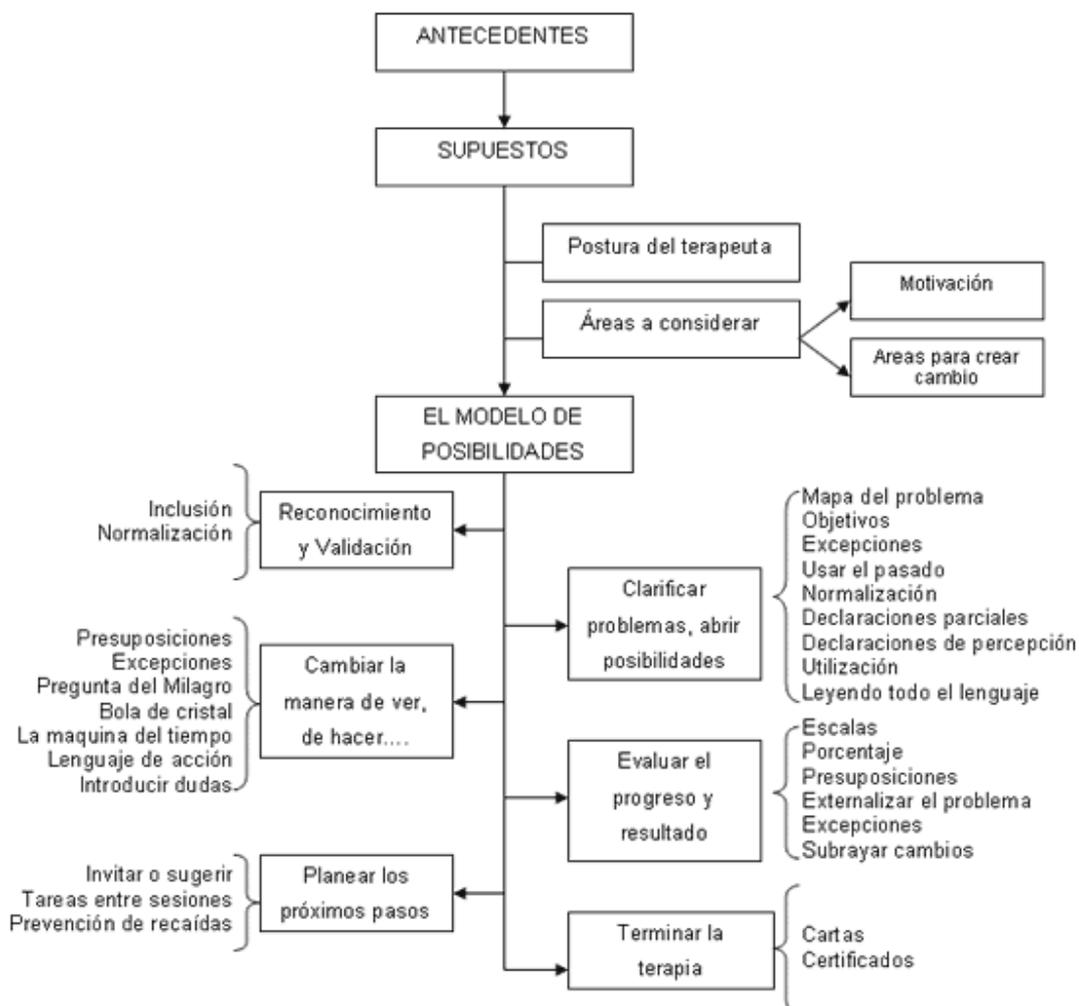
El título del capítulo, así como la frase inicial, puede dar al lector una clara idea del enfoque que presentamos a continuación. Se trata del enfoque terapéutico de Bill O'Hanlon, uno de los fundadores de la terapia breve, un excelente terapeuta e instructor. Los apartados presentados, darán al lector interesado en esta área una excelente oportunidad de abrir posibilidades de cambio en su estilo terapéutico.

Iniciamos con un esquema en el que se concentran los elementos por desarrollar en el capítulo. El primer punto que se va a abordar son los antecedentes de la terapia de posibilidades, sin profundizar demasiado, ni pretender incluir un desarrollo histórico de la psicoterapia. Antes de pasar al modelo de posibilidades, presentamos brevemente los supuestos en los que se basa, la postura recomendada para el terapeuta y 2 áreas importantes por considerar: la motivación y las áreas para crear cambio.

Dentro del modelo de posibilidades consideramos 6 puntos centrales: 1) reconocimiento y validación, 2) clarificar problemas y abrir posibilidades, 3) cambiar la manera de ver, de hacer, 4) evaluar el progreso y resultado, 5) planear los próximos pasos y 6) terminar la terapia. Cada uno de estos puntos se desglosa en técnicas específicas con ejemplos y de manera sencilla para que el lector pueda iniciar la práctica del modelo de posibilidades de inmediato. Cabe aclarar que las

diferentes técnicas no son exclusivas de un momento en el modelo de posibilidades, aunque para facilitar la lectura se clasifican en uno u otro apartado.

Una aclaración importante es que a lo largo del capítulo se utilizan como sinónimos las palabras "cliente" y "paciente". Aunque Bill O'Hanlon usa preferentemente el término cliente, en algunos contextos no se acostumbra, por lo tanto, sin pretender ofender a quienes defienden el uso preferente de uno y otro término, nosotras lo utilizaremos como sinónimos.



Antecedentes

A principios del siglo XX, el psicoanálisis intentaba contestar una pregunta: "¿Cuál es la causa del problema?" Durante los años 50, la psicoterapia se concentró en contestar una pregunta distinta: "¿Qué es lo que mantiene el problema?" (Algunos de los modelos enfocados en responder esta pregunta son el modelo estructural de

Minuchin, la terapia estratégica de Haley, entre otros). Durante los últimos 20 años, el mundo de la terapia ha intentado responder a la pregunta: *"¿Cómo construimos soluciones?"* Esta pregunta presupone que hay más de una solución, y que ésta puede estar construida por el terapeuta y el paciente. El modelo terapéutico de Steve deShazer (Terapia enfocada a las soluciones) intenta contestar esta pregunta. Bill O'Hanlon (Terapia de Posibilidades) va más allá de esta cuestión, e intenta no solo contestarla, sino ampliarla preguntándose, *"¿Cómo abrimos posibilidades para los pacientes?"*

Aunque en principio puedan parecer similares, estos dos modelos están marcados por diferencias significativas. Una gran diferencia entre el modelo de Bill O'Hanlon y el de Steve deShazer es la importancia que O'Hanlon da a la experiencia interna de los pacientes. En otras palabras, O'Hanlon hace hincapié en la importancia del reconocimiento y validación de la experiencia interna, de los sentimientos, y propone que los pacientes deben, ante todo, sentirse entendidos y escuchados antes de que se pueda hablar de soluciones o se produzcan cambios en sus acciones, en el contexto, las percepciones, o los sentimientos (experiencia interna).

La segunda diferencia es en la forma de utilizar las sutilezas del lenguaje para producir o facilitar el cambio terapéutico. Por ejemplo, O'Hanlon interviene con palabras como "y" en lugar de "pero", o hablando del problema en el pasado, en lugar del presente (*"Así que has estado teniendo problemas con la forma de comunicarte con tu esposa"*, en lugar de *"Así que tienes problemas con la forma de comunicarte con tu esposa"*). Esta forma sutil de utilizar el lenguaje hace que el problema se transforme en algo con mayor posibilidad de solución, ya que con esta intervención la mayoría de los clientes llegan a percibir un mayor control de la situación o problema.

La tercera diferencia marcada entre los dos modelos es la visión de O'Hanlon de que los pacientes no solo se quedan "estancados" o atorados en la manera como "hacen" un problema (por ejemplo, comunicarse con la esposa), sino también en como perciben el problema o su contexto. La idea es ir abriendo puertas a posibilidades distintas de apreciar un problema, su contexto, las acciones o los sentimientos relacionados con el problema.

Supuestos

Como todo enfoque terapéutico, existen algunos principios, premisas o supuestos, en los que se basa el trabajo terapéutico. A continuación se describen los supuestos del enfoque:

1. El cambio terapéutico no solo es posible, sino probable.

Todo ser viviente está en cambio continuo, nada puede permanecer estático; al interactuar con otras personas, al iniciar proyectos nuevos, al discutir una idea, es decir, en cada cosa que hacemos se van generando cambios. Cuando la persona decide asistir a terapia, ya ha iniciado un cambio, tal vez ha hecho cambios o ajustes en sus actividades para lograr asistir a la cita con el terapeuta y esto, ya es un cambio.

Por lo tanto, ¿por qué pensar que los cambios son poco posibles?, todo lo que el terapeuta piensa influye en su manera de hacer terapia así, es más productivo pensar en cuándo ocurrirá el cambio y no si ocurrirá (Selekman, 1996), y por lo tanto, "Si admites que el cambio es constante, te comportarás como si el cambio

fuera inevitable" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990:46). Es por esto que decimos, "el cambio no es solo posible, sino probable" y más aún, es imposible que no suceda (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

2. Los individuos tienen recursos y habilidades para cambiar

Influido por el trabajo de Milton Erickson, quien creía que las personas tienen las capacidades necesarias para superar dificultades y resolver problemas (O'Hanlon, 2001), O'Hanlon considera que los pacientes, abrumados por las dificultades de la vida, pierden de vista sus propios recursos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Si el terapeuta solo ve el problema desde el punto de vista del paciente, es posible que llegue a verlo como imposible de ser resuelto, por el contrario, si el terapeuta busca los recursos que tiene el paciente, las posibilidades de cambio se incrementan. Tal vez el paciente solo requiera recordar como ha hecho antes para resolver problemas similares; o bien, cómo puede aprovechar todas sus experiencias, habilidades y recursos para afrontar esta situación que lo trae a terapia. Cuando una persona llega a terapia, trae consigo todos sus recursos y habilidades. La idea es que cuando el terapeuta facilita que el cliente pueda apoyarse en sus recursos o habilidades, podrá apoyarse en ellos.

3. La tarea del terapeuta es identificar y ampliar el cambio

El paciente va a terapia en busca de soluciones, cambios o respuestas, en busca de algo diferente, algo que no ha podido encontrar; de haber encontrado esas respuestas ¿qué estaría haciendo en terapia? Sin embargo, esto no quiere decir que el paciente no haya logrado cambios antes de llegar a la terapia, por lo que el terapeuta debe estar atento al discurso del paciente y, entre toda la información que comunica, es útil centrarse en lo que parece que está funcionando (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Entre sesiones, es posible que los pacientes reporten que los cambios se limitan a pocas ocasiones. En estos momentos el terapeuta puede aprovechar para ampliar el cambio y averiguar los detalles acerca de cómo se lograron esos cambios. Preguntas como "*¿Qué fue diferente en esa ocasión?*", "*¿Cómo logró que pasara?*", "*¿Qué hará para que esto ocurra con más frecuencia?*", son útiles para ampliar el cambio. Asimismo, comentarios como "*Me sorprende que haya logrado tanto en tan poco tiempo*", pueden ayudar a esta tarea. Cuando la actitud del terapeuta está orientada en buscar soluciones y ampliar posibilidades, éste tipo de comentarios resultan naturales y espontáneos en la conversación con el paciente.

4. Las excepciones al problema representan una oportunidad para crear soluciones y posibilidades en el futuro

Como ya se mencionó, es útil centrarse en lo que está funcionando, es decir, en las veces que no ocurre el problema. A muchos terapeutas, durante su periodo de formación, se les enseña que deben conocer todos los detalles en torno al problema (cuando sucede, donde, con quien, con que frecuencia), además de esta información, es importante saber qué hacen los pacientes (que da buenos resultados) en los momentos en que el problema no ocurre o no parece tan molesto. "Sea lo que fuere diferente en esos momentos, puede identificarse y el cliente puede

aprender a repetir una y otra vez lo que funciona, hasta no dejar espacio al problema" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990:50). Una de las formas de llegar a esta información es utilizando las preguntas de la excepción, las cuales serán descritas posteriormente.

5. Solo se necesita un cambio mínimo para producir uno más grande

Cuando las personas logran un pequeño cambio en sus vidas, se sienten estimulados para realizar más cambios. Una vez iniciado, el cambio es difícil detenerlo, Erickson empleaba la metáfora de la bola de nieve que se hacia cada vez más grande al rodar por una montaña para describir la importancia de los cambios pequeños (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990); además, el cambio es contagioso. Se ha comprobado que es posible cambiar el sistema familiar a través de un solo miembro (Selekman, 1996). Es decir, cuando una persona realiza cambios en su comportamiento, las personas a su alrededor responderán a ese cambio; si al levantarse por la mañana la persona dice "Buenos días" con una sonrisa, los demás responderán de manera muy diferente que si al levantarse dice con gesto de enojo que el día es horrible, y que está seguro de que todo saldrá mal. Este es un ejemplo de cómo las personas reaccionan al cambio de un integrante de la familia.

6. Hay más de una "verdad" o manera de ver las cosas

Una historia puede explicar fácilmente este supuesto: cuatro ciegos están alrededor de un elefante y se les pide que lo describan. El primero, sujetando la oreja del elefante dice, "*es una superficie lisa, delgada, muy grande*"; el segundo, que estaba tocando la pata del animal replica "*no, el elefante es como un tronco de árbol, raso y grueso*"; el tercero tenía a su alcance la trompa y comenta "*ambos están equivocados, el elefante es similar a una serpiente*"; y por último, el ciego que sujetaba la cola del elefante indica "*no es como una serpiente, es como una culebra, delgada y pequeña*". Todos tenían razón, cada uno desde su perspectiva describió verdaderamente una parte del elefante. En muchas ocasiones las personas solo ven la "verdad" desde una perspectiva, sin embargo, hay más de una manera de ver las cosas.

En terapia, a veces lo único que falta para iniciar el cambio es ver la situación desde una perspectiva diferente (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

7. Énfasis en colaboración, habilidades, flexibilidad, y "encaje" entre cliente y terapeuta

La terapia de posibilidades considera que el paciente es tan experto como el terapeuta (O'Hanlon, 2001). El cliente es experto en la situación que lo trae a terapia, en sus propias creencias, sentimientos, e intentos de solución; el terapeuta es experto en las formas de facilitar el cambio terapéutico. Por lo tanto, es conveniente adecuar las preguntas, tareas y comentarios a cada paciente, tomando en cuenta su estilo al hablar, sus creencias, etc. Además, todo lo que trae el paciente a terapia puede ayudar: sus fuerzas, recursos, palabras clave, creencias y conductas no verbales (Selekman, 1996).

Selekman (1996) menciona algunas herramientas para fomentar la cooperación:

- Rotular positivamente: por ejemplo un adolescente "retraído" puede rotularse positivamente como un adolescente "reflexivo"

- Autoconfesión intencional: en algunas ocasiones se logra cooperación del paciente revelando alguna información personal. Por ejemplo, O'Hanlon (2001) ante el comentario de una paciente con depresión acerca de la dificultad para levantarse por las mañanas, revela que el tenía esa misma dificultad en la universidad, por lo que se dio cuenta de que no podía inscribirse en ninguna clase antes de las 11:30 a.m. A esta herramienta también se le puede considerar una forma de "normalizar" el problema, es decir, que el paciente se dé cuenta de que no es el único que pasa por esa situación. La diferencia entre normalizar e invalidar es, a veces, muy sutil. Se recomienda explicar el por qué de esta intervención a los clientes. Por ejemplo, *"Lo que dice usted tiene mucho sentido y no quisiera de ningún modo que sintiera que yo no considero importante lo que usted siente. Le invalidaría su experiencia del problema, la depresión, si le contara que también tuve, en su momento, problemas para levantarme por la mañana?"*

- El uso del humor: Algunos estudiantes de psicología llegan a preguntar si está permitido reírse con el paciente dentro de las sesiones terapéuticas, no solo está permitido, es recomendable "el humor puede reducir la tensión, alejar al paciente de sus preocupaciones y curar a los que sufren" (Selekman, 1996: 38).

- La inclusión del problema dentro de la normalidad: esto es recomendable sobre todo cuando nos enfrentamos a cambios en la etapa del ciclo vital, por ejemplo, cuando los niños entran a la escuela o llegan a la adolescencia, o bien, cuando uno de los padres está por jubilarse. En estas ocasiones, al comentar que es una etapa, un ajuste al cambio, los miembros de la familia pueden aliviarse y comenzar a ensayar nuevas formas de hacer frente a la situación.

- La sensibilidad cultural y el respeto por la igualdad de sexos: el modelo de O'Hanlon mantiene que no es apropiado que el terapeuta imponga ideas sobre el problema, o abra puntos de discusión que el paciente/cliente no ha puesto en la mesa. Sin embargo, cuando el psicólogo tiene sospechas acerca de malos tratos, u opresión de cualquier tipo, el terapeuta no sólo indagará sobre el asunto, sino que hará lo posible para informarse del contexto social del problema o asegurarse que el paciente esté a salvo.

- Elogios: una manera de usar los elogios es cuando se reportan excepciones (momentos en los que se ha manejado adecuadamente el problema), además, al finalizar la sesión un elogio sincero puede ser de gran ayuda, palabras como "Lo felicito por su avance", "Hoy ha logrado mucho", son ideales para cerrar una sesión exitosa.

Los prejuicios del psicólogo pueden influenciar la dirección y los resultados de la terapia

El modelo de Bill O'Hanlon no es un conjunto de técnicas para intervenir terapéuticamente, sino una forma de hablar, de estar con los clientes. Es una actitud, un conjunto de ideas o creencias. Es una manera de ser del psicólogo, y esta manera de ser la trae el terapeuta a las reuniones con los clientes. Es una forma de relacionarse con los clientes y una forma de estar con los clientes. Las creencias

personales y profesionales del psicólogo forman parte de su práctica clínica. Estas ideas o creencias, también hablan de quienes somos como personas, y como terapeutas, y marcan la clave de lo que ocurre en terapia. En otras palabras, el modelo de terapia que escogemos para trabajar con nuestros pacientes, las intervenciones que escogemos, todo habla o responde a "quienes somos" como personas. Si creemos que el cambio no solo es posible, sino probable, daremos mensajes muy sutiles a los pacientes de que van a conseguir sus metas. Si, por el contrario, pensamos que el problema del paciente es muy arraigado y difícil de transformar, nuestras preguntas, intervenciones, o la forma en la que establecemos la relación, indicará a los clientes que no tenemos muchas esperanzas para ellos.

Énfasis en maximizar la eficacia de cada sesión

El número medio de sesiones en que se atiende un paciente es entre 6 y 10, independientemente del tipo de terapia breve utilizada. La mayor parte del progreso ocurre durante las 6 u 8 primeras sesiones. Este es uno de los motivos por los que el modelo de O'Hanlon pone un énfasis especial en maximizar la eficacia de cada sesión. En general, el terapeuta empieza la sesión con las preguntas: "*¿Qué es lo que quiere usted conseguir hoy de esta sesión?*", "*¿Qué es lo que le indicará que ha conseguido su meta para la sesión de hoy?*" Sin embargo, algunas veces esto no es posible, y el terapeuta debe observar y escuchar con cuidado las respuestas del cliente, que le indicaran si para él es o no importante maximizar la eficacia en cada sesión.

Postura del terapeuta

El modelo de O'Hanlon se basa en la colaboración, flexibilidad y curiosidad con un énfasis en las competencias de los clientes. La postura del terapeuta es parecida a la de Carl Rogers. Parecidas porque utiliza las técnicas de Rogers: empatía, respeto, interés genuino y sin juicios. Sin embargo, O'Hanlon va más allá, e incorpora la atención a las posibilidades, el balance entre el pasado, presente y futuro, con una orientación hacia el cambio terapéutico. Para ello es importante que el terapeuta observe como el cliente utiliza el lenguaje y que es lo que tiene significado o importancia en su vida. El terapeuta trabaja con el cliente para solucionar sus conflictos, no para diagnosticar el por que los tiene; utiliza las explicaciones o ideas o teorías que tiene el paciente acerca de sus problemas, y añade las suyas. Juntos llegarán a una explicación que no invalide la experiencia interna del paciente, sino que abra el camino hacia posibilidades de cambio, creando pequeños "agujeros" o "dudas" en las descripciones negativas de su vida.

Motivación para cambiar

A continuación se describen brevemente estos estadios: Precontemplación: típicamente esta persona no se da cuenta de que existe un problema (por ejemplo: una joven viviendo con anorexia que no se da cuenta del estado de gravedad; una persona deprimida que no se da cuenta que su estado perjudica la relación con su esposa). Muchos de estos clientes llegan a terapia obligados por algún familiar (por ejemplo: "Si no vas a terapia, ime divorcio!"), y es importante que, con un paciente que se encuentra en este estadio, el terapeuta no fuerce a hacer nada, ni siquiera a establecer conversaciones acerca de acción o soluciones al problema, o resultados. Por el contrario, las conversaciones deben basarse en hacer que el cliente se sienta escuchado, entendido, y así pueda empezar a considerar los beneficios del cambio. Intervenciones que facilitan sentir y reflexionar son las adecuadas para este estadio,

ya que no invitan a la resistencia del cliente. Por ejemplo, inclusión, normalización, predicción, y empatía.

Contemplación: los clientes reconocen que tienen un problema y que cambiar es necesario, pero quizás no saben cómo cambiar las cosas, o cómo obtener su meta, o tal vez piensan que no están capacitados para hacer ningún cambio. Este estadio está marcado por la ambivalencia, y frecuentemente se oye a los clientes decir: "Si, pero..." Por ejemplo: "Si, yo me doy cuenta de que estoy muy triste y que mi tristeza perjudica mi relación con mi esposa porque estoy de mal humor y enseguida me enoja con ella por cualquier cosa; pero no sé qué hacer. He probado relajarme, salir de la casa, pero no funciona. No sé si voy a poder conseguirlo y tampoco sé si vale la pena pues no tengo mucha energía". Para ayudar a los clientes en este estadio, el terapeuta tiene que demostrar paciencia y no empujar hacia el cambio, sino sugerir que vayan tan despacio como necesiten o tan rápido como necesiten. La cuestión principal es no evocar resistencia, sino trabajar con el paciente de manera conjunta, colaborando. Una de las intervenciones terapéuticas típicas en este estadio es la de hacer una lista de cuáles son las cosas "a favor" y "en contra" del cambio, a largo plazo (por ejemplo, a 6 meses) y a corto plazo (por ejemplo, en los próximos días). El mismo tipo de intervenciones utilizadas en el estadio inicial son indicadas para este estadio. También se pueden utilizar, entre otras: mapa del problema, predicción, usar el pasado, declaraciones parciales, declaraciones de percepción.

Preparación: Los clientes están menos ambivalentes, y más abiertos a colaborar con el psicólogo. Durante este estadio, el trabajo se centra en ayudar al cliente a identificar el cambio que desea lograr y a considerar estrategias para lograr esa meta. Algunos pacientes empiezan por experimentar con diferentes métodos para resolver sus problemas. El terapeuta puede ayudar al paciente a identificar diferentes maneras en que el cliente pudo lograr similares metas anteriormente (utilizando por ejemplo preguntas de la excepción, que serán descritas más adelante). Otras intervenciones que se van a usar son: presuposición, milagro, bola de cristal, la máquina del tiempo y observación, así como concretar metas.

Acción: El cliente ya está preparado para crear cambios positivos en su vida, y el terapeuta puede ayudar a implementar y modificar estrategias. Es importante informar al paciente de que es normal ir hacia adelante y también experimentar algunos momentos en los cuales parece que las cosas vuelvan a ir mal. A los pacientes en este estadio pueden dárseles ejemplos como: "Es como cuando empezaste a caminar, una vez que diste tus primeros pasos ¿nunca volviste a caer?, incluso ahora que tienes muchos años de práctica caminando, puedes tropezar y caerte ¿eso significa que has olvidado cómo caminar?, es probable que te suceda algo similar y que haya ocasiones en que tropieces y creas que no podrás levantarte, entonces podrás recordar este ejemplo y sabrás que solo es un tropezón". Las tareas entre sesiones, presuposición, escalas, porcentaje, excepción, son algunas de las intervenciones que se pueden utilizar en este estadio.

Mantenimiento: El paciente ya ha solucionado los problemas que le llevaron a terapia. Ahora la atención debe centrarse en cómo mantener los cambios positivos que le llevaron a lograr sus metas. Una de las formas como el terapeuta puede ayudar al cliente en este estadio de cambio, es anticipando posibles obstáculos más adelante. Cliente y terapeuta pueden desarrollar planes de prevención. Por ejemplo: "¿Cuál será la primera señal que te indicará que la depresión podría estar volviendo a ser parte de tu vida? ¿Cómo vas a reaccionar si eso ocurre? ¿Qué es lo que te ayudó antes? Algunas intervenciones que se pueden utilizar en este estadio son: escalas, porcentaje, subrayar cambios, escalas, porcentaje, rituales, cartas, certificados, y prevención de recaídas.

Algunas intervenciones que se pueden utilizar en este estadio son: escalas, porcentaje, subrayar cambios, escalas, porcentaje, rituales, cartas, certificados, y de prevención. En resumen, es importante que el terapeuta observe con cuidado cuál es el estadio de cambio en el que se encuentra el paciente. Durante etapas de precontemplación, contemplación, y preparación, es imprescindible que el terapeuta no lleve la conversación al campo de la acción, sino que se centre en ayudar al cliente a pensar, observar, y darse cuenta de cuáles son sus sentimientos respecto a su situación o problema. Los estadios de acción y mantenimiento abren la puerta a conversaciones acerca de estrategias y resultados.

Areas para crear cambio

Todos los modelos de psicoterapia tienen su forma de explicar cómo se desarrollan los problemas y cómo se producen los cambios. Algunos modelos ponen énfasis en la parte afectiva (Emotionally Focused Therapy), cognitiva (Terapia Cognitiva), o de comportamiento (Terapia Conductual). Basado en el supuesto de que los terapeutas deben utilizar lo que el cliente trae a terapia, y en la importancia de la flexibilidad del terapeuta, el modelo de Bill O'Hanlon pone énfasis en todas las áreas. Cada cliente es distinto de los demás y cada uno de ellos, probablemente, pondrá más énfasis en alguna área y menos en otra. El terapeuta debe "seguir" y "utilizar" lo que tiene más sentido para el paciente y también cementar el cambio en todas las áreas. A continuación se describen las áreas por considerar en el modelo de O'Hanlon (Alfonso, 2001).

El área de la experiencia tiene que ver con la experiencia interna de los clientes. Esto incluye sentimientos, sensaciones del cuerpo, intuiciones, fantasías, y pensamientos automáticos. La experiencia interna del cliente debe ser normalizada, validada, y aceptada (ver apartado de reconocimiento y validación). Una cosa es validar la experiencia interna del cliente y otra validar el comportamiento. Como terapeutas debemos tener presente que el cliente es responsable por su comportamiento, y así también lo deben saber los clientes.

El contexto se refiere a cuándo y dónde existe el problema, su frecuencia, duración, y quien esta presente cuando el problema ocurre. También se refiere al contexto cultural, histórico, familiar, espiritual, genético, etc. del paciente. La idea es identificar cuáles son los aspectos contextuales que pueden estar implicados en la creación o perpetuidad del problema. Terapeuta y paciente tienen conversaciones terapéuticas acerca de cómo el contexto puede estar implicado en la duración, creación, o mantenimiento del problema.

Los puntos de vista, creencias, supuestos, interpretaciones y explicaciones forman parte del área de la percepción. Los clientes llegan a terapia con sus ideas sobre el problema y también ideas sobre posibles soluciones. Estas ideas son, simplemente, ideas acerca de cómo el paciente percibe el mundo, no verdades. El modelo de O'Hanlon parte de la base que hay muchas maneras de percibir los problemas, y que esas percepciones se pueden cambiar.

Finalmente, el área de la acción o comportamiento se refiere a lo que el cliente hace. Algunos comportamientos son aceptables y otros no lo son. El terapeuta cree en la responsabilidad del paciente en cuanto a su comportamiento, y acepta todo tipo de acción legal, positiva, saludable, y ética. Por el contrario, todas las acciones o comportamientos que sean ilegales o dañinos, no son aceptables. Esto no quiere decir que el terapeuta sea crítico de la persona, sino que el terapeuta adopta una postura genuina y transparente al entablar conversaciones acerca de lo que es aceptable y no aceptable en cuanto a comportamientos dañinos o ilegales.

El modelo de posibilidades

O'Hanlon desarrolló la terapia orientada a soluciones (véase O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990), que como su nombre lo indica, se orienta en la búsqueda de soluciones a la queja del paciente desde el momento en el que éste llega a terapia; es un método que se centra en los recursos de las personas más que en sus limitaciones. Desde nuestro punto de vista, éste enfoque no es solo útil y efectivo, sino flexible, ya que puede ser combinado con otras herramientas terapéuticas. Sin embargo, hubo algunos escépticos ante este modelo, el mismo O'Hanlon comenta:

"cuanto más hablaba y escribía sobre la terapia orientada a soluciones, más sentía que no me acababa de satisfacer por varias razones. Con el paso de los años fui teniendo noticias de estudiantes y profesionales dedicados a la terapia orientada a soluciones que confirmaron mis temores. Los clientes se quejaban de que los terapeutas eran demasiado positivos y que ignoraban o minimizaban sus problemas o el sufrimiento que causaban. A los estudiantes también les costaba más encontrar soluciones para los clientes más difíciles, aquellos que tendían más problemas..." (O'Hanlon, 2001: 191).

O'Hanlon (2001) explica que había quienes confundía su enfoque terapéutico con el de Steve de Shazer (modelo centrado en las soluciones), sin embargo, enfatiza que hay una diferencia importante en el trabajo de ambos, O'Hanlon considera que una piedra angular de su trabajo es la necesidad de reconocer y validar los sentimientos y puntos de vista de los pacientes, ante la necesidad de diferenciar ambos enfoques y enfatizar esta necesidad de reconocer y validar, nace el nombre de terapia de posibilidades, perspectiva centrada en las capacidades y soluciones, en el presente y el futuro, y considera con respeto el pasado, los problemas, los diagnósticos, los medicamentos, etc.

En la terapia de posibilidades, la tarea del terapeuta es validar a la persona y sus experiencias, cambiar el "hacer" del problema y cambiar la forma de "ver" del problema (O'Hanlon, 2001)

A continuación se presentan lo que consideramos los puntos esenciales de éste modelo (Alfonso, 2001):

- Reconocimiento y validación
- Clarificar problemas y direcciones, abriendo posibilidades
- Cambiar la manera de ver, de hacer...
- Evaluar el progreso y resultados
- Planear los próximos pasos
- Terminar la terapia

Reconocimiento y validación

En éste modelo, se considera necesario reconocer, validar e incluir la experiencia de quienes solicitan terapia; si únicamente hacemos esto la mayoría de los pacientes no avanzarán mucho, sin embargo, hacerlo es esencial para que alguien pueda abrirse a las posibilidades (O'Hanlon, 2001). "Para poder invitar al cliente a progresar con rapidez, es necesario que tenga la sensación de que es escuchado y comprendido" (O'Hanlon, 2001:199).

Reconocer es hacer que el paciente sepa que hemos tomado nota de sus experiencias y puntos de vista (O'Hanlon, 2001). Una manera de lograr el reconocimiento es atender a lo que los pacientes han comunicado verbalmente y no-verbalmente, además de hacérselo saber, con comentarios tales como: "Mm"; "Ya veo"; "Estas triste"; "Puedo ver las lágrimas"; "Estabas temblando cuando hablabas de"

Validar lo que el paciente siente o piensa es dar valor al ser humano y a su experiencia. Hacer que el paciente sepa que sus experiencias son apreciadas es validar (O'Hanlon, 2001). Antes de proceder a facilitar cambios terapéuticos es básico que el terapeuta valide la experiencia del cliente y que ésta sepa qué sentir y pensar no es lo mismo que hacer.

Paciente: *"Esta cosa de comer me viene, y no lo puedo controlar."*

Terapeuta: *"Veo que esta cosa de comer te ha estado molestando. Me pregunto qué ideas se te pueden ocurrir, o cual será tu primera pista para hacer algo diferente la próxima vez"*.

En este comentario, el terapeuta está utilizando cuatro intervenciones típicas de este modelo: (1) el terapeuta está utilizando el lenguaje del paciente ("*esta cosa de comer*"), lo cual es una manera de reconocer y validar; (2) está poniendo el problema en el pasado ("*esta cosa de comer te ha estado molestando*"); (3) está haciendo rotulación: de "*no control*" a "*molestar*"; (4) invita a pensar en algún cambio que pueda hacer el cliente (una vez se ha asegurado que el cliente este en el estadio de acción o mantenimiento).

Dos técnicas muy útiles para validar son: inclusión y normalización, ambas se describen a continuación:

Inclusión

Incluir es incorporar a la conversación las inquietudes, experiencias, objeciones o barreras que exprese el paciente, sin que esto sea un obstáculo hacia la solución (O'Hanlon, 2001). Cambiar "pero" por "y", en la conversación con el paciente puede ser suficiente para incluir posibilidades:

Usar "y" puede servir para incluir todo que podrá haber estado invalidado o excluido. También puede servir para juntar experiencias. Un ejemplo es:

Paciente: *"Te tengo que decir algo, pero no lo puedo hacer."*

Terapeuta: *"Esta bien que sientas que no me puedas decir algo, y quizás haya alguna manera para que me lo puedas decir cuando estés preparada."*

En el ejemplo, el paciente le indica al terapeuta que tiene algo que decirle, al enlazar esta idea con la siguiente mediante la palabra "pero" invalida el hecho de tener que comunicar algo y resalta que no puede hacerlo. El terapeuta ni confronta ni considera que el cliente sea resistente, sino que incluye. Esta inclusión la hace reformulando el comentario e indicando que cuando esté preparada podrá comunicarle eso que siente que no puede decir. Además, el terapeuta "da permiso" al cliente a sentir y pensar lo que siente y piensa (miedo a decir algo), lo cual es una forma de validar y aceptar los sentimientos y los pensamientos del paciente.

En el lenguaje cotidiano solemos utilizar "pero" para conectar frases, al utilizar esta palabra, invalidamos lo anterior: *"Está bien, pero puede mejorar"*, puede expresarse esta idea cambiando "pero" por "y": *"Está bien, y puede mejorar"*. Esta sutileza en el lenguaje abre posibilidades de cambio para el cliente y se asemeja al uso del lenguaje hipnótico de Erickson (Alfonso, 2001).

Normalización

Cuando el paciente describe su problema, puede presentarlo de tal manera que parezca la cosa más terrible y difícil de resolver, tal vez el paciente considere que es único, que a nadie le ha sucedido algo similar. Utilizar la normalización puede resultar muy tranquilizante para el paciente; O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) explican que se produce un efecto tranquilizador cuando el experto parece imperturbable ante la descripción del problema que hace el paciente. Comentarios como "naturalmente", "por supuesto", "eso me resulta familiar" son suficientes para normalizar.

Por otro lado, es conveniente que los comentarios del terapeuta dejen claro que sean cuales fueren los sentimientos del paciente, son aceptables.

Paciente: *"Mis amigos dicen que debería estar muy enojada porque Dios se llevó a mi marido. Dicen que eso es una etapa normal que uno pasa cuando fallece un ser querido."*

Terapeuta: *"Cada persona pasa por ese estado a su manera. Hay muchas personas que se enojan cuando fallece un ser querido, pero no todas. Cada uno pasa por sus propias etapas y no hay una regla firme sobre ellas"*.

Clarificar problemas y direcciones, abriendo posibilidades

Algunas formas para clarificar problemas y direcciones, al mismo tiempo que se abren posibilidades son:- Mapa del problema- Objetivos- Excepciones- Usar el pasado- Normalización (descrita en el apartado anterior)- Declaraciones parciales- Declaraciones de percepción- Utilización- Leyendo todo el lenguaje Cada una de ellas será descrita a continuación.- Mapa del problema En la primera entrevista con el paciente se necesita conocer la explicación del problema que lo trae a terapia, en este momento son útiles preguntas como: *"¿Qué es lo que te trae aquí?"* *"¿Cómo decidiste venir aquí?"* *"¿Qué es lo que te decidió llamar y venir?"* *"¿Qué sucedió para que en este preciso momento decidieras venir aquí?"* Para clarificar el problema, conocer qué sucede y cómo se da la secuencia del problema, podemos utilizar preguntas como: *"¿Si me enseñaras un video de lo que pasa cuando se presenta "X",*

que es lo que vería?" "¿Y después qué?" "¿Quién estaría presente?" "¿Qué es lo que estas haciendo?" "¿Qué es lo que estas pensando?" "¿Qué es lo que sientes?" Asimismo, preguntar por detalles de pensamientos, sentimientos y acciones: "¿Qué es lo que notas cuando te empiezas a poner ansioso?" "¿Qué clases de pensamientos te pasan por la cabeza justo antes de vomitar?" "¿Cómo te sientes?" "¿Qué es lo primero que haces?" "¿Qué piensas?" "¿Cómo te sientes?" "¿Y después qué pasa?" Por otro lado, detalles de cómo podrían empeorar o mejorar el problema, nos dará información acerca de cómo sucede el problema, qué hace la persona y en dónde puede iniciar el cambio: "¿Si tuviera que aprender a hacer insomnio, cómo lo haría?" "¿Hay alguna cosa que hayas hecho que te ayudará a dormir y continuar durmiendo?" "¿Has tenido algún día, en la última semana, en el cual el insomnio te dejó tranquilo y pudiste dormir un poquito mejor?" "¿Has pensado en algo que podrías hacer para ayudarte a ti mismo y todavía no lo has intentado?" "¿Qué es? Otra forma es preguntar por detalles de cómo reproducir el problema: "¿Cómo haces depresión?" "¿Cómo logras perder peso?" "Imagínate que la depresión fuera algo que tu "haces". ¿Cómo la harías?" Sin embargo, si solo nos centramos en cómo sucede el problema, estaremos viendo la situación desde la misma perspectiva que ha tenido el paciente y a través de la cual no ha logrado resolver el problema. Para ampliar posibilidades no sólo debemos (como terapeutas) ver las cosas desde una perspectiva diferente, debemos enseñar al paciente a ver desde otro punto de vista. Para esto es útil lo que se ha llamado *tarea de fórmula de la primera sesión* la cual ha demostrado su utilidad tanto en trabajo individual como familiar y en una variedad de contextos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Su nombre se debe a que suele utilizarse al término de la primera sesión y suele formularse de la siguiente manera: "Entre ahora y la próxima vez que nos veamos, me gustaría que observarás que es lo que pasa en tu vida (trabajo, familia...) que te gustaría que continuara pasando."

Objetivos

Como primer paso para lograr un cambio es necesario saber la dirección hacia donde se dirige el cambio. *¿Si no sabes a donde vas, cómo sabes cuándo has llegado?* Esta frase aplica perfectamente a la terapia. Cuando no se acuerda con el paciente hacia dónde vamos con el tratamiento, ¿cómo sabrá el cliente que ya ha llegado a su meta? ¿Cómo sabrá el cliente y el terapeuta que ya pueden dar por finalizada la terapia? Por lo tanto, es importante fijar objetivos para el tratamiento. O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), explican que como terapeutas influimos mucho en el curso de la entrevista, lo que decidimos preguntar o no preguntar, va guiando la entrevista, si un terapeuta decide pedir detalles del inicio del problema recibirá información diferente del terapeuta que decida preguntar sobre los intentos de solución o las interacciones de la familia en torno al problema. Conforme se va dando la entrevista, terapeuta y paciente van negociando los objetivos del tratamiento, así, los objetivos se crean en la entrevista, por esto consideramos que no hay pacientes difíciles, sino objetivos mal especificados.

Schlippe y Schweitzer (2003) comentan que las realidades se construyen (visión constructivista), que en la terapia, paciente y terapeuta construyen los objetivos o dirección de la terapia.

En terapia de posibilidades se recomienda que los objetivos o metas tengan varias características, entre ellas, que sean *realizables*, es decir que sean objetivos a los que se pueda llegar a través de la terapia. Que sean *mutuos* negociados entre el

paciente y el terapeuta, y que también sean *legales y éticos, específicos, observables y cuantificables*.

En síntesis, las metas deben quedar diseñadas de tal manera que pueda identificarse cuando han sido alcanzadas. Para lograr objetivos con estas características se pueden utilizar las intervenciones de escala y de porcentaje, que serán explicadas posteriormente. Asimismo, el terapeuta supone que la terapia tendrá éxito, ayuda al paciente a identificar cómo reconocer el progreso y traduce palabras imprecisas a lenguaje de acción. Algunos ejemplos de preguntas que ayudan a llegar a objetivos solucionables y al mismo tiempo ayudan a identificar el cambio son:

"¿Qué es lo que quieres cambiar?"

"¿Cómo sabrás que no necesitas volver a verme?"

"¿Como sabrás que las cosas te van mejor?"

"¿Qué es lo que te indicará que nuestras sesiones han sido valiosas para ti?"

"¿Qué es lo que te indicará que tu puedes...?"

"¿Qué será distinto en tu vida cuando la depresión ya se haya ido?"

"¿Qué será distinto en tu vida cuando hayamos terminado nuestro trabajo?"

"¿Cómo sabrás que el cambio que estas buscando ya ha empezado?"

"¿Cuál será la primera señal que te indicará que estas haciendo lo necesario para vencer la depresión?"

"¿Qué podrías hacer distinto en los próximos días que te acercara más a tu meta?"

En caso de que el paciente haya sido enviado por otra persona; por ejemplo, un adolescente enviado a terapia por el consejero escolar, pueden utilizarse preguntas como:

"¿Qué le indicará a tu profesor que ya no tiene que estar preocupado por ti?"

"¿Qué es lo que harás distinto en la escuela que le indicará a tus padres que empiezas a ir en buen camino para graduarte?"

"¿Cómo te sentirás cuando hayas conseguido tus objetivos?"

Mediante la entrevista, el terapeuta convierte los problemas del paciente a objetivos, o resultados preferentes. Algunos ejemplos se presentan a continuación:

Si el paciente indica *"Soy un inútil"*, el terapeuta puede responder: *"O sea que quizás una de las cosas que quieres solucionar aquí conmigo es encontrar un poco de confianza en ti mismo y amor-propio"*. De esta manera modifica el problema del paciente a una meta a la cual se enfocará la terapia.

Cuando los problemas son presentados por el paciente de manera que parecen difíciles de resolver, el terapeuta puede modificar un poco la manera en que se habla

de los problemas. Por ejemplo, ante una definición del problema por parte del paciente como: *"Nos pasamos el día discutiendo"*, el terapeuta puede replantearlo indicando: *"Así que te gustaría poder hablar con tu esposa sin necesidad de pelear"*. En este ejemplo, el terapeuta cambia el enfoque del presente al futuro, sustituyendo problemas (discutirse sin cesar) por preferencias (una mejor comunicación).

Otro ejemplo es cuando el terapeuta menciona la presencia de algo en lugar de la ausencia de algo:

Paciente: *"Mi hijo nunca hace nada de lo que le decimos."*

Terapeuta: *"Te gustaría que tu hijo te escuchara y cooperara mas."*

O bien, puede sugerir pequeños incrementos en lugar de saltos gigantes:

Paciente: *"Esta ansiedad me esta matando. Ya no la aguanto mas."*

Terapeuta: *"Te gustaría muchísimo encontrar alguna forma de encontrarte un poco mas tranquila, contenta, y menos ansiosa."*

Usar el pasado

Cuando se está especificando el problema, el paciente suele referirse a la situación en tiempo presente. Usar el tiempo pasado implica reconocimiento y validación, a la vez que se introduce una posibilidad de cambio en la conversación terapeutica.

Un ejemplo de cómo usar el pasado en lugar del presente es:

Paciente: *"Me siento muy culpable de haber dejado a mi madre en una residencia de ancianos."*

Terapeuta: *"Últimamente te has sentido muy culpable porque tuviste que tomar la decisión de dejar a tu madre en una residencia de ancianos."*

"La utilización cuidadosa de los tiempos verbales puede crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990: 80), Sin embargo, el terapeuta debe estar muy atento a la respuesta del cliente. Si este responde con un *"No, no me he sentido sino que todavía me siento culpable por la decisión que tome"*, quizás eso quiere decir que el paciente se siente invalidado porque el terapeuta ha utilizado la intervención inapropiada. Cuando el cliente responde de esta forma quizás su experiencia no había sido suficientemente validada y reconocida anteriormente. Es importante que el terapeuta tome en cuenta las respuestas del cliente y modifique sus intervenciones (Alfonso, 2002).

Declaraciones parciales

Encauzar el lenguaje del paciente es una herramienta cotidiana en terapia de soluciones, poco a poco le mostramos al paciente, a través del ejemplo, la utilidad de

modificar su lenguaje; utilizando adverbios de tiempo: "recientemente", "muchas veces", intensidad: "mucho", "un poquito menos", o parcialidad: "muchos", "mucho". También se pueden usar palabras como "aún" y "por ahora."

Al sintetizar la información del paciente, empleamos esta herramienta. Supongamos que el paciente comenta: *"Mis hijos nunca me respetan"*. El terapeuta puede responder: *"Entiendo que muchas veces sientes que tus hijos no parece que te respeten"*. Otro ejemplo es cambiar el comentario: *"Siempre tendré miedo a los exámenes"*, por *"Por ahora, tienes miedo a los exámenes."*

Declaraciones de percepción

Como ya se mencionó, el terapeuta busca una percepción diferente de la situación que el paciente trae a terapia. En este punto nos referimos a la utilidad de traducir las "verdades" o "realidades" que expresa el paciente, a "realidades subjetivas". Nuevamente, el uso del lenguaje es esencial.

Si el paciente comentara: *"Soy una mala madre"*, podemos responder: *"Así que te parece que eres una mala madre"*. Así, se modifica la realidad presentada por el paciente de que "es" una madre terrible, por la realidad subjetiva de que "le parece" que es así.

Otro ejemplo es comentar: *"Te da la impresión que no le agradas a tus compañeros"*, en lugar de *"A ellos no les agradas"*.

Utilización

Estar abierto a posibilidades, no solo implica ver soluciones hacia el futuro; también es, entre otras cosas, detectar las experiencias que ha tenido el paciente, que lo han llevado a tener los recursos y habilidades que tiene ahora. Además de ver ventajas donde el paciente no las ve. En esta ocasión, modificamos el comentario hecho por el paciente, pasando de inhabilidades a ventajas que pueden ser utilizadas para cambiar:

Paciente: *"Tengo un gran problema porque siempre ando corrigiendo todo lo que hace o dicen mis hijos"*

Terapeuta: *"Así que tienes experiencia corrigiendo a los demás. Imagínate que tú eres uno de tus hijos, y tienes este mismo problema. ¿Qué es lo que le dirías? ¿Cómo lo harías, para corregir el problema que te ha llevado a terapia?"*

Leyendo todo el lenguaje

Al decir "todo el lenguaje", nos referimos tanto al lenguaje verbal como al no-verbal, es decir, el terapeuta debe prestar atención a los comentarios del paciente y a la forma de hacer los comentarios, tomando en cuenta su postura, su tono de voz, todo su lenguaje corporal.

El paciente tiene la cabeza baja y se mira los pies. Después sube la cabeza y mira a un lado, sin contacto visual con el terapeuta. El terapeuta: tiene la impresión de que el cliente esta frustrado o que quizás hay algo que no ha entendido de la conversación anterior.

El paciente: mira al terapeuta y le dice:

Paciente: *"Me parece que no me entiendes. No creo que tengas ni idea de lo que estoy diciendo"*

Terapeuta: *"Si, estaba pensando algo similar cuando he visto como tu cabeza se movía y mirabas a un lado sin mirarme a la cara. Yo quiero hacer lo posible para entenderte bien. ¿Me puedes decir lo que he dicho o he hecho para darte la impresión que no te entendía?"*

La intervención aquí se basa en el lenguaje no verbal del cliente (la mirada baja o hacia un lado), y el lenguaje verbal (lo que le dice al terapeuta). El terapeuta *"abre posibilidades"* introduciendo una *"declaración de percepción"* (... *"que he dicho o he hecho para darte la impresión..."*). También incluye su persona, esa transparencia genuina y abierta (*"Si, estaba pensando algo similar..."*), que es la postura básica del terapeuta en el modelo de O'Hanlon.

Cambiar la manera de ver, de hacer...

Para ayudar a cambiar la forma de ver la situación, pueden utilizarse preguntas orientadas al futuro. En este tipo de preguntas se pide a los pacientes que imaginen un futuro sin el problema y describan detalladamente como es (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). *La bola de cristal, la pregunta del milagro y la máquina del tiempo*, son formas de preguntas orientadas hacia un futuro preferente, que incluye las metas terapéuticas del paciente.

La bola de cristal, invita a un cliente a mirar por una bola de cristal que representa el futuro sin el problema. Puede utilizarse una secuencia de preguntas para guiar al paciente en la descripción:

"¿Como se ha solucionado el problema?"; "¿Que has hecho?"; "¿Qué han hecho los demás?"; "¿Cómo ha cambiado tu vida a resultado de todo esto?"; "¿Cómo te sientes?"; "¿Qué has aprendido de ti mismo en esta proceso?"; "¿Cuál va a ser tu nueva relación contigo misma ahora que el problema ya ha desaparecido?"

Es importante el manejo de los tiempos verbales. Por ejemplo, es muy diferente preguntar *¿Cómo se solucionaría?* o *¿Qué sería diferente?*, que preguntar *¿Qué será diferente?* Esta última intervención tiene la tendencia a abrir posibilidades, ya que el lenguaje utilizado presupone cambios positivos.

La otra opción en preguntas orientadas hacia el futuro es la *pregunta del milagro*, cuyo objetivo es facilitar la formulación de metas, direcciones u objetivos de la terapia. Es muy importante centrarnos en lo que será diferente, *no* es conveniente preguntar cuál sería el milagro, si lo hacemos, podemos centrarnos en algo imposible de que sea realizado.

Un ejemplo de la correcta utilización de la pregunta del milagro es:

"Imagina que esta noche, mientras estas durmiendo, se produce un milagro y cuando te despiertas al día siguiente, tu problema se ha solucionado. ¿Cómo sabrás que el milagro ha sucedido? ¿Qué será diferente en tu vida?"

La mayor parte de los terapeutas que utilizan este modelo consideran que la pregunta del milagro es la más terapéutica. Parece que responder a esta pregunta es poco comprometedor para el paciente, ya que puede fantasearse sobre el cambio sin necesidad de sentirse responsable de concretarlo. La ventaja de esta intervención es que a menudo el paciente se da cuenta de lo distinta que sería su vida después de un milagro. Este tipo de intervención suele ser acompañado de preguntas como: *"¿Hay algo en tu vida hoy que sea parecido a lo que va a ser tu vida cuando cambien las cosas y se parezcan mas a ese milagro que sonaste?"*

Una tercera alternativa, que brinda las mismas ventajas que la bola de cristal y la pregunta del milagro es *la máquina del tiempo*. : Esta intervención suele ser muy popular entre los niños y adolescentes (Alfonso, 2004).

"Digamos que tenemos una máquina del tiempo en este oficina. Esta máquina te puede llevar a donde quieras. Ahora, digamos que te subes en ella y te lleva al futuro, a un tiempo cuando las cosas van como tú quieres que vayan, la primera cosa que sientes es que todas tus preocupaciones se han ido..."

"¿Dónde estás?", "¿Con quién estás?", "¿Qué está pasando?", "¿Qué tipo de experiencia estas teniendo? (que estas haciendo, etc.)", "¿Cómo es diferente tu vida?", "¿Donde han ido tus problemas?", "¿Cómo se han ido?"

Se ha repetido constantemente que el uso del lenguaje es muy importante para desarrollar posibilidades, *el lenguaje de acción* tiene como objetivo llevar el diálogo con el paciente de problemas poco descriptivos a preferencias claras. La manera de lograrlo es invitar al paciente a que haga una descripción de sus preocupaciones con un lenguaje basado en acción: *"sin control"* se traduce a *"dando patatas, puñetazos, y tirando cosas"*, en otras palabras, cambiamos las "etiquetas" por descripciones concretas de las acciones que se hacen.

Otro ejemplo es preguntarle al paciente a que se refiere con **"x"**. Así, podemos decir: *"No quiero llegar a una conclusión sobre esto, así que puedes decirme lo que significa para ti "tener mas amor propio"*. O bien, podemos utilizar al mismo tiempo el lenguaje de acción y la identificación del cambio: *"¿Cuál es la señal más pequeña que te indicaría que tienes "más amor propio"?"*

Evaluar el progreso y resultados

Anteriormente planteamos la idea de que los objetivos deben ser alcanzables y cuantificables. Una herramienta para definirlos de esta manera son las preguntas de escala y de porcentaje. Estas preguntas también nos ayudan a evaluar el progreso y los resultados. En las *preguntas de escala* se pide a los pacientes que valoren sobre una escala de 1 al 10 su situación (se aclara si 10 es lo mejor o lo peor), también puede preguntárseles en que lugar de la escala tendrían que situarse para sentirse satisfechos. En otras palabras, cual sería su meta (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Utilizando las preguntas de la escala para valoraciones iniciales diríamos: *"En una escala del 1 al 10, siendo 10 lo ideal, ¿cómo están las cosas hoy?"* Después pedimos una descripción de lo que sucede en ese lugar en la escala: *"¿Qué es lo que*

está pasando, específicamente, para indicar un tres sobre diez?" "Por qué un 3 y no un 3.5 o un 2?" Es importante que el terapeuta "ancla" la respuesta del cliente con este tipo de preguntas, ya que así se tiene la idea clara de lo que tiene sentido para el paciente. En otras palabras, cuanto más específica sea la descripción del cliente, más información podrá ser utilizada para abrir posibilidades. (Alfonso, 2002, 2004). Para determinar objetivos y resultados preferentes podemos usar la misma escala: *"Otra vez, del 1 al 10, ¿Dónde quieres estar cuando no tengas que venir a verme más?"* o bien: *"¿Qué estará pasando específicamente (que será diferente en tu vida), cuando llegues a tu ideal?"*

En algunas ocasiones la distancia es muy grande entre el lugar de la escala donde se sitúa el paciente actualmente y el ideal; aquí es conveniente ir paso a paso, y preguntar por pequeños cambios y progresos: *"Me has dicho que ahora estás a un tres, y que tu ideal es un ocho. ¿Qué tiene que pasar para llegar a un tres y medio o un cuatro?"*

Las *preguntas de porcentaje* pueden ser usadas con los mismos propósitos que las *preguntas de la escala*. Así, para ayudar a reconocer cambios podríamos preguntar: *"¿Qué tanto por ciento del tiempo piensas que las cosas están yendo tan bien que no tienes que venir más a verme?"*, *"¿Qué tanto por ciento de ansiedad sientes todavía antes de un examen?"*

Además, este tipo de intervención puede ayudar a saber qué porcentaje de tiempo está interfiriendo el problema en la vida del cliente. Ejemplos de las preguntas del porcentaje son:

"¿Qué tanto por ciento del tiempo piensas que las cosas están yendo de la manera que tú quieres?" *"¿Qué tanto por ciento del tiempo no van las cosas de la manera que tú quieres?"* *"¿Qué tanto por ciento de la Ansiedad que sientes te ayuda a planear por qué camino volver a casa por la noche?"* y *"¿Qué tanto por ciento interfiere en tu vida, o no te ayuda?"* En general, a los clientes no se les hace difícil hablar del problema, pero si se les hace más difícil hablar de las cosas positivas que están pasando en su vida, incluyendo pensamientos o sentimientos. El modelo de O'Hanlon intenta balancear los dos, y darle mensajes implícitos y explícitos a los clientes en este sentido (Alfonso, 2002). Parte importante del lenguaje en terapia de posibilidades es el uso de *presuposiciones*, dentro de una frase o una pregunta se incluye una presuposición, es decir, hay un mensaje implícito que ayuda a abrir posibilidades. Un ejemplo sencillo es preguntar al paciente: *¿Qué cosas positivas sucedieron esta semana?*, esta pregunta presupone que han sucedido cosas positivas y es más útil que preguntar *¿Sucedió algo positivo esta semana?* Para evaluar el progreso y los resultados se puede asumir el cambio o el progreso hacia los objetivos, utilizando palabras como "cuando" y usando el futuro (sabrás, usarás...) Paciente: *"Nadie me llama nunca por teléfono para invitarme a su casa. Nadie quiere ser mi amigo"*

Terapeuta: *"O sea que cuando alguien te invite a su casa, o algo así, sabrás, que estás progresando hacia tu objetivo de tener más amigos."* Como terapeuta de posibilidades debemos estar convencidos de que la persona no es el problema, el problema es el problema. Además, debemos hacérselo saber al paciente y una forma útil es presuponer en nuestras preguntas que el problema tiene identidad propia, así, en lugar de preguntar *¿Cuándo inició tu depresión?*, preguntamos: *¿Cuándo vino la Depresión a vivir contigo?* O *¿Cuándo apareció la Depresión a la puerta de tu casa?* Esta herramienta se conoce como *externalizar el problema*. También puede lograrse externalizar el problema de las siguientes formas: (1) preguntando por los recursos

de la persona en momentos de éxito "*¿Qué cualidades posees que te ayudan a oponerte a la Depresión de esta manera?*"; (2) buscando excepciones u ocasiones cuando las cosas estaban mejor, o eran diferentes con respecto al problema: "*Cuéntame acerca de todas esas veces que no te has creído las historias que Anorexia te decía de tu cuerpo*"; pidiendo al paciente que haga el papel de asesor: "*¿Qué sugerencias le darías a alguien que quisiera cerrar la puerta a la influencia de Anorexia?*" En síntesis, externalizar el problema es simplemente hablar del problema como si tuviera identidad propia. Esto no quiere decir que el cliente no tenga que asumir responsabilidad de su comportamiento. Como cualquier otra intervención, la externalización no siempre es adecuada (Alfonso, 2002). Independientemente de la magnitud del problema hay situaciones u ocasiones en las que, por alguna razón, el problema simplemente no ocurre, o -si ocurre- el paciente sienta el problema de forma mas leve. Preguntar sobre estas ocasiones es preguntar por *excepciones*. La pregunta de la excepción lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en lugar de en el futuro, como se hace con las preguntas del milagro (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Las preguntas de la excepción pueden utilizarse para abrir posibilidades y frecuentemente se usan cuando se está clarificando el problema; sin embargo, las describimos en este apartado porque son una excelente forma de evaluar el progreso. Veamos algunos ejemplos de sus aplicaciones: - Comparar y contrastar las veces, los momentos cuando el problema es palpable y cuando no lo es ("*Ahora que ya tengo una buena idea de lo que pasa cuando el problema está presente y palpable, me gustaría saber de otros momentos en los que quizás está menos palpable, o no está*")

- Identificar y hacer hincapié en las acciones que están bajo control del individuo ("*¿Cómo va un día típico tuyo, o sea, un día con ansiedad, en el trabajo?*", "*Ahora explícame cómo va el día cuando tienes menos ansiedad*". "*¿Cuáles son las diferencias? ¿Qué has notado en tu forma de comportarte, sentir, o pensar?*")

- Resaltar y subrayar diferencias y habilidades -comparar y contrastar- ("*¿Qué diferencias hay entre como has manejado las cosas con tu supervisor hoy, y como lo hiciste hace un mes?*" "*¿Cómo lo has hecho para resolver una situación que parecía tan difícil?*")

Encontrar detalles de los éxitos ("*¿Qué es lo que haces/piensas/sientes cuando el problema no está?*"; "*¿Cómo consigues que eso pase?*", "*¿Qué es lo que tú podrías hacer para que esos éxitos ocurrieran más a menudo?*") Detectar intentos de solucionar el problema ("*¿Cómo has intentado resolver el problema?*", "*¿Qué ha funcionado?*", "*¿Qué es lo que no te ha funcionado, o ha funcionado menos?*") Buscar evidencia de cambio terapéutico, investigando en detalle como consiguieron cambiar algo, por pequeño que sea, y cómo influyeron en el proceso ("*Llegaste puntual a nuestra sesión. ¿Cómo conseguiste salir de casa? ¿Qué es lo que te ayudó hacerlo?*") Otra alternativa para que el paciente se percate de sus avances y podamos evaluar el progreso es *subrayar cambios*, es decir, hacer énfasis en los éxitos del paciente a través de los comentarios o preguntas del terapeuta, en otras palabras, ayudar al paciente a construir historias nuevas. Algunos ejemplos de cómo hacerlo son: "*¿Cómo crees que te van a ver tus amigos desde que has descubierto tu poder de enfrentarte con Anorexia?*" "*¿Qué efecto tendrá sobre tu opinión de ti mismo el haber decidido levantarte cada mañana?*" "*¿Si tu marido (pareja) estuviera sentado aquí, qué diría del hecho que después de 17 meses de estar vomitando cuatro veces por día, ya le estes cerrando la puerta a la Bulimia?*" Una última opción de evaluar y estimular los progresos es a través de *introducir dudas*, lo que también ayuda a plantar una semilla de nuevas ideas y a modificar creencias que no ayudan. En esta técnica es importante observar lenguaje no-verbal del paciente, para evaluar su reacción ante el comentario.

Un ejemplo de cómo introducir dudas es retomar el comentario del paciente, validándolo y después plantear una pregunta: *"Entiendo tu descripción de cómo sientes la ansiedad. Me pregunto si esto es ansiedad o si estás nervioso -como también lo estaría yo- al afrontar esta nueva situación en tu vida."*

Planear los próximos pasos

Cuando el cambio ha iniciado, no debemos detenerlo, sino que es conveniente plantear cómo continuará. Algunas formas de hacerlo es *invitar o sugerir* formas de actuar, hacer un plan de acción con *tareas entre sesiones*, o utilizar la técnica de *prevención de recaídas*.

Con *invitar o sugerir*, nos referimos a la manera de presentar nuevas posibilidades de acción al paciente. En lugar de "recetar", preferimos *invitar o sugerir*. Así, en lugar de decir *"Te voy a pedir que esta semana hagas..."*, le invitamos, *"Has pensado en hacer algo distinto?"* o le sugerimos: *"¿Qué te parecería intentar un nuevo experimento esta semana?"*, o bien, *"¿qué te parecería intentarlo un día o quizás una semana?"*

Esto va de la mano con las *tareas entre sesiones*, en nuestra experiencia, la manera de presentar las tareas al paciente tiene mucha relación con que éste las lleve a cabo. Así, preferimos colaborar con los pacientes para crear tareas entre sesiones. Retomando las preguntas por la escala, podemos decirle al paciente: *"¿Qué crees que te va a ayudar a cambiar de un 4 a un 5 durante la próxima semana?"* *"¿Tú crees que se puede conseguir? ¿Cómo? ¿Tienes alguna idea?"* Ambas técnicas suelen utilizarse simultáneamente, es decir, invitamos al paciente a que haga tareas entre sesiones, o le sugerimos qué hacer, y es el propio paciente quien decide cómo, cuándo, o si lo va a hacer.

Cuando los cambios se dan, solemos preocuparnos por qué sucederá en el siguiente obstáculo, o bien, recibimos comentarios de los pacientes como *"Otras veces he tenido días buenos, pero después la depresión toma mas fuerza"*. Una estrategia terapéutica es adelantarnos a esto y, como parte de planear los próximos pasos, *prevenir la recaída*.

Para lograr la *prevención de recaídas*, debemos anticiparnos, normalizar, y planear la marcha atrás; podemos asumir que las cosas van a funcionar bien a largo plazo y que encontrar dificultades de vez en cuando es normal en esta vida. El momento de la terapia en que se utiliza esta técnica debe ser seleccionado cuidadosamente; antes de dar fin a la misma y una vez que los cambios han iniciado podemos hablar sobre todos los *"¿Y si?"*:

Paciente: *"¿Y si me vuelvo a deprimir?"*

Terapeuta: *"Todo el mundo tiene días buenos y otros que quizás no son tan buenos. Puede ser que tú también los vayas a tener. Por otro lado, también has aprendido cosas que puedes utilizar para ayudarte a ti mismo, como por ejemplo..."* Aquí el terapeuta puede recordar algunas de las cosas que previamente han ayudado al paciente, y de las cuales ambos han hablado durante la terapia (Alfonso, 2004).

Mejor aún es adelantarnos al paciente y preguntarle que pasaría ante una recaída:

"¿Qué tendría que pasar para que volvieras a esa vida en la cual Ansiedad se te aparece en cada rincón?"

Otras opciones para utilizar la prevención de recaídas son:

"¿Qué tiene que pasar para prevenir que vayas marcha atrás?"

"¿Qué tiene que pasar para que continúes con todos estos cambios?"

"¿Cuál es la primera señal que notarías si se todo se empezara a echar para atrás?"

La pregunta "¿Qué tiene que pasar" es una pregunta global, que incluye todas las áreas en las que el cambio terapéutico es posible: contexto, pensamientos, sentimientos, y acción. En contraste, si el terapeuta pregunta, por ejemplo, "¿Qué vas a tener que hacer para prevenir la marcha atrás?", el paciente probablemente responderá en términos de "acción", y no incluirá en la respuesta su experiencia en el área de la emoción o pensamiento (Alfonso, 2002, 2004).

"Si tuvieras que adivinar, ¿cuándo crees que la Ansiedad estaría dispuesta a encerrarte en casa otra vez?"

"¿Cómo tendría que hacer la Ansiedad para conseguir encerrarte en casa de nuevo?"

"¿Qué crees que te ayudará con la ansiedad la próxima semana?"

"¿Si tuvieras que adivinar, cómo dirías que te va a tratar la depresión la próxima semana?"

Terminar la terapia

La terapia tiene que tener una "vida natural", es decir, acabar cuando las metas del cliente se hayan conseguido. A veces, los pacientes se benefician con asistir a sesiones de terapia semanales (al comenzar la terapia) y después cada dos semanas o incluso cada mes. La colaboración con el paciente es básica en este modelo de terapia, así que también en la fase de terminación se hace evidente este supuesto (o premisa). Una forma de colaborar con el paciente es acordando con cuanta frecuencia quiere asistir a terapia. Esto no quiere decir que el terapeuta no explique su punto de vista si éste difiere del que presenta el paciente. Por ejemplo, el terapeuta puede "sugerir" la frecuencia y explicar el por qué de la sugerencia. El cliente puede estar o no de acuerdo, y explicar el por qué. Así, en colaboración, acuerdan la frecuencia de las sesiones.

Parte del proceso de terminación incluye llamadas telefónicas de seguimiento o conexión con el cliente unos tres meses después de la última visita para charlar unos minutos sobre como siguen las cosas. Esta llamada se hace generalmente cuando terapeuta y paciente se habían puesto de acuerdo en que habría un contacto de seguimiento al acabar la terapia. Consideramos que la terapia no debe ser finalizada de manera repentina. Citar al paciente con menor frecuencia ayudará a terminar el tratamiento, asimismo, ponernos a sus órdenes asegurándonos que tiene el número de teléfono donde localizarnos, suele tranquilizar al paciente. Cada paciente es distinto; cada terapeuta es distinto. Las relaciones entre terapeuta y cliente son también todas distintas. En muchas ocasiones, finalizar la terapia se puede llegar a

sentir como una pérdida, ya que la relación –tal como se había tenido- se acaba, y cliente y terapeuta construyen una relación basada en el recuerdo. El terapeuta puede usar sus conocimientos de los gustos o necesidades del cliente para acabar la terapia con un ritual que tenga significado positivo para el cliente y que sirva para poner un punto final a las conversaciones terapéuticas mantenidas hasta el momento, y también para evaluar el progreso. Un ejemplo de ritual es escribir una carta donde el terapeuta identifique todos los cambios observados, todo lo que ha aprendido del cliente, ya sea para su formación personal o profesional, o las cualidades que admira del paciente. Otro ejemplo de ritual es el presentar al cliente con un certificado de buen estudiante para un adolescente que ha conseguido no saltarse ni un día de escuela, ha mejorado sus calificaciones, y ha impresionado a sus padres y maestros.

En general, cuando existe una buena relación terapéutica entre cliente y terapeuta, y la dirección o metas de la terapia es suficientemente específica, ambos intuyen o están de acuerdo cuando la terapia llega a su fin. Si esto no es así, si hay un pequeño desacuerdo, terapeuta y cliente deben hablar sobre ello de manera honesta y respetando las diferencias.

Transcripción de una sesión

Después de que el lector ha visto de manera aislada la forma de intervenir en el Modelo de Posibilidades, consideramos que ver de manera integrada muchas de las intervenciones comentadas, contribuirá en motivarlo a que inicie la aplicación del Modelo.

A continuación presentamos la transcripción de una sesión inicial con un paciente de 31 años de origen canadiense, que se dedica a la construcción y diseño de páginas web. Iniciamos la transcripción con la descripción de la situación que le trae a terapia. Nos referiremos como "CI" al cliente o paciente y como "T" al terapeuta. Para facilitar al lector la identificación de las diferentes estrategias utilizadas, intercalamos comentarios referentes a las mismas.

CI- Lo más importante para mí es quitarme de encima este miedo al fracaso. Pero la verdad es que parece más fácil de lo que es. No tengo ningunas ganas de estar siempre con miedo a no hacer bien las cosas.

T- Ya entiendo. Estas cansado de estar con miedo. ¿Me puedes explicar un poco más acerca de este miedo al fracaso que has estado teniendo últimamente?

Aquí el terapeuta valida el comentario del paciente y pide más información acerca de lo que el paciente trae a consulta; es decir, está solicitando información sobre *el mapa del problema*. Posteriormente el lector podrá identificar que el terapeuta retoma los gustos del paciente para ayudar a clarificar el problema, cuidando mucho el uso del lenguaje. Además, el terapeuta no presupone que ya entienda de qué se trata el problema, sino que pide más información. La premisa es que la misma situación puede afectar de forma distinta a cada persona. El terapeuta necesita saber de qué manera, esta situación afecta a este cliente. Es una forma de atender a lo que tiene sentido para el cliente, de respetar sus experiencias, y de colaborar.

El terapeuta hace uso del lenguaje de forma sutil: en lugar de utilizar el presente (ej. este miedo al fracaso que sientes), lo pone en contexto del pasado. La idea es abrir posibilidades de cambio para el cliente.

CI- Pues me encuentro que cada vez que voy a hacer algo pienso en lo peor que puede pasar, y que eso es lo que seguro que me va a pasar a mí.

T- Ya, o sea, que te encuentras en situaciones donde te da la impresión de que va a suceder lo peor.

Aquí el terapeuta utiliza la sutileza del lenguaje para *abrir posibilidades*. En lugar de responder en el mismo tono que "eso es lo seguro que te va a pasar", incluye una declaración de percepción para abrir posibilidades de cambio en su respuesta "te da la impresión". Si vemos las premisas del modelo, veremos que una de ellas es que hay más de una verdad o manera de ver las cosas.

CI- Si, exacto.

T- Muy bien. Esto es muy interesante. Explícame un poco más acerca de este miedo. Me dijiste el otro día que a ti te gustaba mucho hacer fotos y videos de tus hijos, ¿verdad?

CI- Si, me encanta.

T- Bueno, pues imagínate que estás haciendo un video de ti mismo en la situación en que tienes miedo al fracaso, en la situación en la que estas pensando en lo peor, y sintiendo todas esas cosas que te hacen pasarlo mal. Imagínate que, cuando has acabado de tomar el video, lo ponemos en la TV y lo miramos. ¿Qué es lo que veríamos en el video?

El terapeuta dirige al cliente hacia el área de la acción, una de las áreas del cambio terapeutico. La idea es que –en principio- esta es un area mas fácil de explicar (para el cliente) y quizás mas fácil de empezar a hacer pequeños grandes cambios. Si el cliente responde con un "pues pienso que..." o "siento que...", el terapeuta cambia rápidamente de dirección para reflejar y trabajar con lo que el cliente parece que considera más importante en su experiencia (por ejemplo: sentimientos, pensamientos).

El terapeuta recuerda algo que el cliente dijo durante la sesión telefónica inicial. En general, esto hace que el cliente se sienta escuchado, lo cual ayuda a fortalecer la relación terapéutica. Otra de las intenciones del terapeuta es la creación de una intervención que tenga sentido para el cliente y esté relacionada con sus habilidades.

CI- Pues lo primero que veríamos es que estoy yendo de un lado a otro, sin hacer lo que tengo que hacer (por ejemplo, una página web), porque estaría obsesionando acerca de lo mal que me iba a salir, o de los problemas que iba a tener

T- Ya, o sea, que estarías dando vueltas, y yo me daría cuenta de que quizás estás obsesionando un poco porque no estarías haciendo la pagina web, ¿no?

El terapeuta utiliza una declaración parcial al incluir la palabra "quizás" cuando habla de objetivos.

CI- Si.

T- ¿Alguna otra cosa más, que podría indicarme a mí, o a cualquier otra persona que viera el video, de que estás obsesionando?

CI- Seguramente me marcharía de la oficina, apagaría la computadora, y me iría para el café de la esquina a obsesionar y pensar un rato más.

T- ¿Y qué es lo que harías en el café?

CI- Pues me tomaría un café y estaría mirando hacia la calle viendo pasar los coches, y pensaría y pensaría.

T- Ya, o sea que estarías allí sentado. Si alguien te viera, que no sabe lo que te está pasando, no notaría nada. ¿Es eso?

CI- Si, otros no notarían que estoy obsesionando.

T- Ya. Y si yo, por ejemplo, estuviera dentro de tu mente con una cámara de video y sacara video de tu obsesión, ¿qué vería?

CI- Pues nada, que no dejo de pensar, y que todos los pensamientos son de que voy a hacerlo mal, que voy a fracasar.

T- Muy bien. Déjame ver si entiendo bien lo que estas pasando. Cuando sientes que el Miedo al Fracaso te hace una visita y pone en tu cabeza ideas de que vas a fracasar, tú te has dedicado a ir yendo de un lado a otro de la habitación y a pensar una y otra vez en cosas negativas, generalmente en que ibas a fracasar.

CI- Si.

En este último comentario, el terapeuta resume la información proporcionada por el paciente, además, está *externalizando el problema* al decir "que el miedo te hace una visita", es algo externo que viene y visita al paciente. El paciente acepta fácilmente esta externalización del problema

T- Y por lo que dices, el Miedo al Fracaso ha conseguido afectar tu vida porque últimamente no has acabado todas las paginas web que dijiste acabarías este mes.

CI- Exacto.

T- ¿Hay alguna otra forma en que el miedo al fracaso haya afectado tu vida, últimamente?

El terapeuta es consciente de que cuando el cliente ha hablado de su experiencia, se ha referido únicamente a acciones y pensamientos, y no ha hablado de cómo se siente. Aquí el terapeuta intenta ampliar la información, pero lo hace sin preguntar directamente por los sentimientos del cliente. Este modelo se basa en *validar* toda la experiencia del cliente (sentimientos, acciones, pensamientos). El terapeuta escucha con cuidado cuáles son los aspectos de la experiencia que tienen mas sentido para el

cliente, y se concentra en ellos aunque siempre esta consciente de lo que el cliente no ha dicho.

CI- No estoy ayudando mucho a mi esposa. Pero lo que más me molesta es no hacer mi trabajo. Tengo miedo de que me echen. Mucho miedo. Sería espantoso porque ahora mi esposa no trabaja (nuestro bebé tiene 4 meses) y no nos podemos permitir el lujo de que yo tampoco gane nada. Tengo que parar de obsesionarme con este miedo.

T- Muy bien. Así que lo más importante en este momento es hacer tu trabajo porque no puedes perder tu empleo.

CI- Si.

A continuación el terapeuta se centra en el futuro, consideremos esta intervención como una alternativa de *la máquina del tiempo*, el paciente está viendo su futuro a través de un video.

T- Dime, imagínate que hacemos un video, otra vez. Pero esta vez el video es distinto. Esta vez, en el video sales tú en el futuro, cuando las cosas están yendo de la manera que tú prefieres. O sea, estas acabando tus páginas Web y entregándolas a tiempo. ¿Qué es lo que estará pasando en este video que nos indica que estas haciendo tu trabajo? ¿Qué es lo que está en la primera "toma" de este video? ¿Qué sale?

CI- Pues lo primero que veríamos en el video es que estoy acabando todo el papeleo, o sea, todos los datos de lo que tiene que incorporarse en la pagina Web. Y la segunda toma sería una llamada telefónica confirmando los datos.

T- Bien. Y cuando esto pase, ¿que diferencia hará esto en tu vida?

Aquí también se utiliza la sutileza del lenguaje. El terapeuta no pregunta "si esto pasara" (en forma condicional), sino que asume que el cambio, la preferencia va a suceder y que el cliente puede conseguirlo.

CI- ¡Muchísima! Si hago esto, ya figura que estoy en marcha y es más difícil que deje de hacer las cosas porque ya todo ha comenzado a marchar. Además, si todo empieza a marchar y yo hago mi trabajo, mi jefe no tendrá excusa para sacarme porque me ha dicho muchas veces que soy el mejor de todos... ¡y somos 10!

T- ¡Felicidades! Esto de ser el mejor debe ser muy confortante para ti. Al mismo tiempo, me pregunto si.... ¿esto también te ha podido poner un poco de presión?

CI-Si. Lo he pensado bastante. Yo creo que tengo miedo a que un día no vaya a ser el mejor y mi jefe me lo diga y yo pase vergüenza con los demás compañeros porque ya no soy el mejor.

T- Si. La verdad es que muchas veces las cosas que son importantes para nosotros son las que nos ponen más nerviosos. Lo que quiero decir es, si hacer las cosas bien (las paginas web) a ti no te importara, lo más probable es que tampoco te obsesionarías con hacerlo bien o no.

El terapeuta *normaliza* la experiencia del paciente, haciendo ver que es común que las cosas importantes nos pongan nerviosos, al mismo tiempo que reinterpreta el "miedo", dándole el nombre de "nervios".

CI- Pues sabes, tienes razón. No lo había pensado nunca de esa manera, pero es verdad. Ahora que pienso, solo las cosas que para mí han sido importantes son las que me han dado más miedo. Cuando estaba de novio con mi esposa, me obsesionaba continuamente de que ella no se querría casar conmigo. Estuve a punto de perderla porque me ponía tan nervioso y retraído cuando íbamos solos.

T- Explícame un poco más, si no te importa. ¿Cómo supiste que el miedo a perder a tu futura esposa estaba interfiriendo en su relación?

CI- Pues porque un amigo me comentó que estaba raro, que no hablaba.

T- Ya, y ¿cómo supiste que es lo que tenías que hacer distinto para que el miedo no ganara la batalla al deseo de casarte con ella?

Detrás de estas dos últimas intervenciones está la intención del terapeuta de ayudar al cliente a buscar y a encontrar sus habilidades. El terapeuta *presupone* que el paciente resolvió la situación y por lo tanto *presupone* que el paciente tiene habilidades. Asimismo, el terapeuta ayuda al paciente a identificar excepciones a la situación de "sentir miedo", donde ha podido manejar la situación.

CI- Pues vi clarísimo que si hacía caso a lo que decían mis pensamientos, ella me iba a decir que no, porque mis pensamientos siempre eran negativos, como los que he tenido hasta ahora con mi trabajo. Siempre veía la imagen de María, mi esposa, diciendo "No".

T- Y ¿cómo hiciste el cambio? ¿Qué es lo que te convenció de que tenías que hacer las cosas distintas si querías que tu novia continuara contigo? ¿Fue algo que pensaste, o que sentiste, o que hiciste?

El terapeuta sugiere -o invita a considerar- que hay más de una forma de vivir la experiencia, y esa forma incluye sentimientos, acciones, y pensamientos.

CI- Pues no se. Creo que pensé en lo que me dijo mi amigo, y vi que tenía razón, que estaba callado. Ella también me lo había comentado y se que no le gustaba porque pensaba que no estaba a gusto con ella. Yo creo que me di cuenta de que deseaba casarme con ella y el miedo a perderla me hacía hacer cosas que no iban conmigo, por ejemplo, estar callado. Y que si continuaba así la iba a perder seguro. Yo no estoy seguro ahora de lo que pensé entonces, pero creo que me dio muchísimo miedo a perderla y eso me motivo a hacer cualquier cambio para que no sucediera.

T- Y te fue fantástico, ¿no?

CI- Sí.

En este último comentario, el terapeuta ha *subrayado cambios*, haciendo énfasis en lo bien que le fue al paciente al resolver una situación similar en el pasado

T- Bueno. Si me permites, ahora te voy a hacer una pregunta que quizás encuentres un poquito rara, o quizás no. ¿Te parece?

Cl- ¡Uy, que curioso que estoy!

T- ¿Qué es lo que hay similar (parecido) o distinto entre la situación con tu novia entonces, y la situación en la que te has encontrado últimamente?

El terapeuta interviene para ayudar al cliente a comparar y contrastar situaciones algo similares, y encontrar en ellas alguna posible explicación o solución a sus problemas basado en su experiencia anterior.

Cl- ¡Que buena! Pues yo creo que lo que es parecido es que las dos situaciones están relacionadas con el miedo. Miedo a perderla y miedo a no hacer las cosas bien y perder mi empleo. También es parecido la manera en la que hago las cosas: pensando cosas negativas. Lo distinto es que... pues no se. Tendría que pensar más.

T- Lo comprendo. Esto es muy importante para hacerlo tan rápido. ¿Tienes curiosidad por saber por qué te hice esa pregunta, o prefieres no hablar de eso?

El terapeuta es consciente de que los clientes, en general, tienden a aceptar mejor las intervenciones cuando se les explica el por qué de ellas. No solo eso, sino que los clientes también se sienten más a gusto cuando el terapeuta presenta las intervenciones de una manera transparente y colaborativa. Un gran número de proyectos de investigación han concluido en que la colaboración entre terapeuta y cliente está relacionada con la efectividad de la terapia, el progreso del cliente, y su continuación en terapia.

Cl- No, no, si quiero que me lo digas. Me lo imagino, pero no estoy seguro.

T- No sé si recordará que la primera vez que tú y yo hablamos por teléfono, cuando me preguntaste cómo hacia terapia, etc., yo te explique que de verdad yo creo que las personas tienen muchas habilidades. Y que a veces, estas habilidades, por el motivo que sea (miedo, depresión, ansiedad...) se quedan como encerradas en un hoyo y no las podemos ver.

Cl- Sí, me acuerdo.

T- Pues esta pregunta está relacionada con tus habilidades, las que quizás no has podido ver últimamente. En una situación similar, tú pusiste en marcha un proceso consciente o inconsciente que hizo que consiguieras tu deseo de una forma positiva: casarte con tu esposa. Yo me pregunto, ahora, ¿qué clase de habilidades puedes encontrar en esa situación similar, de forma consciente o inconsciente, para ayudarte a solucionar el problema que te trajo a mi oficina: el miedo al no hacer las cosas bien y, como consecuencia, a perder tu empleo?

Cl- Ya veo.

T- ¿Qué te parecería si, de aquí a la próxima vez que nos veamos, pensaras un poco en eso? Y cuando nos veamos, lo hablamos. ¿Te parece bien? ¿Crees que esto te podría ayudar a alcanzar tu meta?

El terapeuta no impone la tarea, *invita o sugiere* con una buena introducción a esta tarea, logra que el paciente se comprometa y se interese en realizarla

Cl- Si, eso me gusta. Pensaré en ello. Yo creo que si me puede ayudar porque si consigo encontrar la motivación ahora, se que puedo cambiar las cosas. Y cuando las cambio, me siento mejor.

T- Fantástico. ¿Nos vemos la próxima semana?

Cl- Muy bien.

T- Antes de que te vayas, me gustaría hacerte una última pregunta: ¿Qué es lo que te llevas hoy de nuestra conversación que crees que te va a ayudar en los próximos días?

Nuevamente, el terapeuta utiliza la *presuposición*, presupone que el paciente va a recordar cosas de la conversación y que estas cosas le ayudarán en los próximos días. Esta intervención está relacionada con la premisa basada en la importancia de colaborar con los clientes. El terapeuta está interesado en saber cuáles son las cosas que han impactado positivamente al cliente. El terapeuta tomará nota de ello e intentará crear intervenciones similares a lo que el cliente ha encontrado beneficioso, en próximas sesiones.

Cl- Yo creo que la idea de que las dos situaciones son similares y que si gane una vez, puedo ganar la otra.

T- Muy bien. Gracias por venir. Ha sido un placer charlar contigo.

Cl- Gracias a ti. Hasta el próximo martes.

Como puede notarse, gran parte de los comentarios del terapeuta *usan el pasado* del paciente, identificando las habilidades con las que cuenta el paciente y las formas en que puede aplicar lo que ya sabe hacer en esta situación que ahora le trae a terapia.

REFERENCIAS

Alfonso, V. (2001). *De Soluciones a Posibilidades: Manual de terapia*. Material didáctico.

Alfonso, V. (2002, Junio). *De Soluciones a Posibilidades*. Taller de entrenamiento para el Centro de Terapia Familiar NOOS, Palma de Mallorca, España.

Alfonso, V. (2004, Marzo). *Improving results within Solution-based therapy: Novel approaches*. Taller de entrenamiento para el grupo de agencias de terapeutas Warren Shepel, Vancouver, Canada.

Durrant, M., y Kowalski, K. (1993). Enhancing views of competence. En S. Friedman (ED.), *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. (pp. 107-137). New York: Guilford Press.

O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. España: Piados.

O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. España: Piados.

Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen, M; Eisler, R.M.; and Miller, P.M., (eds.) *Progress in Behavior Modification*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company, pp. 184-214.

Schlippe, A. y Sweitzer, J. (2003). *Manual de terapia y asesoría sistémicas*. España: Herder

Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. España: Gedisa

LAS CONSTELACIONES FAMILIARES

Terapia Sistémica Transgeneracional de Bert Hellinger

Nancy Bejarano Sarmiento
Juliana Echeverry González
Olga Susana Otero

Grupo Hellinger Colombia

Se presenta a continuación una descripción de los elementos que constituyen La Terapia de Constelaciones Familiares, así como su aplicación en el ámbito familiar, social e institucional. La Técnica de Constelaciones Familiares fue desarrollada por el terapeuta alemán Bert Hellinger, y está circunscrita en los marcos teóricos de La Teoría Psicoanalítica 1980, La Terapia Sistémica Familiar (Hernández, 1998) y La Terapia de La Gestalt (Perls, 1976), entre otras.

La técnica, da explicación a fenómenos relacionales entre las parejas, las familias, los grupos sociales; aporta alternativas de solución a situaciones de conflicto, a la violencia, el maltrato, asesinatos y suicidios. Así, como también, brinda solución a problemáticas de la salud física y emocional, trastornos alimenticios, adicciones, enfermedades auto inmunes que aquejan a la población en general.

I. Los fundamentos teóricos de la Terapia de Constelaciones Familiares

Bert Hellinger nos explica que la manera más sencilla y la solución para todas las dificultades que encontramos en nuestra vida diaria, ya sea por las dificultades de relación intra familiar, en el ámbito laboral o estudiantil o inclusive con nuestra salud física, emocional y espiritual se halla en el respeto a los órdenes del amor o el respeto a las condiciones naturales de la vida. Por ejemplo: entre padres e hijos, el orden natural es que el hijo reconozca, "yo tengo la vida de ustedes, ustedes son mis padres y yo los tomo a ustedes así como son, como mis verdaderos padres". Con esto el hijo queda en paz. Entonces, el hijo toma de sus padres lo que de ellos viene, es decir la vida y los honra por este hecho. Honrarlos significa reconocer que así es. Lo que nos enferma, especialmente a los hijos, es la idea desenfocada de que podríamos haber tenido otros padres o que los padres tendrían que haber sido distintos de lo que son, en ese instante, el hijo está completamente limitado.

Aquí encontramos un primer gran elemento de las constelaciones familiares, y es que cuando se habla de respetar el orden natural de las relaciones en la familia, quien vela porque esto sea así, es el alma de la familia o alma familiar. Algunos terapeutas han dado explicación desde el ámbito de la biología y la teoría atómica a este hecho, uno de ellos es (Rupert Sheldrake, 2004), quien conceptualiza el alma familiar como un campo energético invisible o lo que él ha llamado campos morfogenéticos. Cuando un hombre y una mujer se unen sexualmente, con amor o sin él, o cuando un asesino le ha quitado la vida a otro ser humano se crea entre ellos un vínculo (Hellinger, 1999) que es indeleble. La teoría de los campos morfogenéticos nos explica que sucede tal cual como cuando hay un choque de energía atómica, y aun cuando mi cuerpo ya no está en el lugar inicial algunas partes

atómicas todavía permanecen allí. Otro nombre para esto sería "información". La información permanece con el estado inicial, aun cuando el cuerpo ya haya cambiado de espacio.

El alma lucha por preservar el orden en la estructura familiar y, según ese orden, las personas deben vivir. Leído así, esto suena arbitrario y determinista. Sin embargo, Hellinger ha logrado extraer estas leyes luego de 45 años de trabajo terapéutico, y 16 años de observación directa del funcionamiento familiar entre la comunidad zulú de Sudáfrica. La conclusión es que la no-observancia de las leyes naturales o el irrespeto por el orden natural del amor es lo que hace que se presenten los nudos sistémicos o enredos en la familia y, de allí pase a la sociedad.

Muchos de estos órdenes son secretos; no pueden ser escudriñados. Obran en lo hondo del alma y frecuentemente los tapamos con nuestras ideas, objeciones, deseos o rodeos.

Los Órdenes del Amor

Los órdenes del amor entre padres e hijos se presentan de la siguiente manera: el primer orden es tomar la vida que los padres han dado a los hijos; segundo, lo que los padres han dado es lo correcto; tercero, los padres cargan con sus propias culpas y responsabilidades, así como con sus propios méritos; y cuarto, los padres son grandes y los hijos pequeños.

1. El orden del amor se inicia con la vida misma, con tomar la vida. Los padres son quienes dan la vida a sus hijos, además del alimento, la protección, la educación. Para el hijo, lo adecuado es que lo tome todo, tal como le es dado. Cuando el hijo lo toma de buena gana, por regla general es suficiente. También hay excepciones, todos las conocemos, pero por regla general es suficiente. En este contexto, el orden implica que el hijo les diga a los padres: "He recibido mucho. Sé que es muchísimo y es suficiente. Lo tomo con amor." Así, el hijo se siente lleno y rico. Además, añade: "El resto lo hago yo mismo". Después, el hijo aún puede decirle a los padres: "Y ahora los dejo en paz." El efecto de estas frases llega muy hondo, ya que ahora el hijo tiene a sus padres, y los padres tienen a su hijo, al mismo tiempo. Ambas partes están separadas y libres. Los padres han concluido su obra y el hijo es libre de vivir su vida, con respeto ante los padres y sin dependencia.

2. Lo que los padres han dado es lo correcto, esto significa que un hijo nunca puede decirle a sus padres: "Lo que me dieron, primero, fue lo equivocado y segundo, demasiado poco. Aún me deben un montón". Aquí encontramos que el alma de este hijo sufre, ya que no acepta lo que ha recibido de sus padres. Al no aceptar lo que ha recibido de sus padres, tampoco acepta a sus padres y, por ende, tampoco se acepta él o ella misma. Así este hijo no puede desligarse de sus padres. El reproche y la exigencia le ata a sus padres, pero de manera negativa. Se siente vacío, pequeño y débil.

3. El tercer lugar de los órdenes del amor entre padres e hijos comprende que se respete aquello que personalmente les pertenece a los padres y lo que ellos saben que tienen que hacer solos. Los hijos no pueden reclamar los laureles de sus padres, ellos mismos tienen que labrarse su vida y ganar sus propios méritos. No corresponde a los padres crear un falso talento sobre sus hijos. Por ejemplo, que el padre o la madre sean muy importantes en las ciencias o en las artes y ellos impongan sobre sus hijos sus propios méritos. A los hijos mismos, les corresponde trabajar por descubrir sus dotes. Algo similar se aplica a la riqueza material de los

padres, por ejemplo, a la herencia. El hijo no tiene ningún derecho a reclamarla; si recibe algo, se trata de un mero regalo.

Sucede, igualmente, con la culpa personal de los padres. También ésta les pertenece a ellos solos. A veces, un hijo se arroga el derecho de cargar con esta culpa, por amor y para llevarla en lugar de los padres. También esto contradice el orden. De esta manera, el hijo se arroga algo que no le corresponde. Por ejemplo, cuando los hijos pretenden expiar algo en lugar de los padres, se elevan por encima de éstos. Entonces los padres son tratados como hijos y los hijos tienen que cuidarlos como si ellos fueran los padres.

4. Y, por último, el cuarto elemento que forma parte de los órdenes del amor entre hijos y padres: los padres son grandes y los hijos pequeños. Por tanto, corresponde que los hijos tomen y que los padres den. Dado que el hijo recibe tanto, siente la necesidad de compensarlo. Nos resulta difícil recibir algo sin que nosotros mismo demos. Pero con nuestros padres nunca podemos compensar lo que recibimos; ellos siempre dan muchísimo más de lo que nosotros podamos devolver.

Algunos hijos esquivan la presión de compensar, esquivan la obligación o la culpa que sienten por recibir, sin tener la obligación de dar a cambio algo. En un caso así dicen: "Prefiero no tomar nada, así tampoco siento ninguna obligación ni culpa". El orden sería que dijeran: "Lo tomo todo, con amor". Ésta es una manera de tomar que al mismo tiempo compensa, porque los padres se sienten valorados a través de este tomar con amor.

En el fondo, la compensación entre dar y tomar en la familia consiste en pasar lo recibido a otros. Cuando el hijo dice: "Lo tomo todo y, cuando sea mayor, lo pasaré a otros", los padres se sienten felices. Así, pues, el hijo, al dar, no mira hacia atrás sino hacia delante.

Al fin y al cabo, los padres hicieron lo mismo: tomaron de sus padres para pasarlo a sus propios hijos. Precisamente por haber tomado tanto, sienten la presión de pasar mucho a otros y pueden hacerlo.

Como vemos hasta aquí, el orden para cada persona es que tiene un padre una madre y que muchos tienen además hermanos menores o mayores o se es el hijo único; esta es la familia y debo responder a las exigencias que ella me hace a mí. Más adelante veremos cómo esto se regula por medio de la conciencia familiar. Pero discutamos una situación actual: hoy en día, muchas veces las mujeres se comportan como si pudieran tener hijos sin un hombre o sin un padre. O los hijos se comportan como si pudieran tener su vida sin sus padres. Esto es totalmente desproporcionado. Cuando esta realidad tan sencilla puede ser reconocida, el hecho de que yo tengo padres y que son los únicos verdaderos; que si ellos fueran distintos, yo también lo sería y que yo no puedo estar en consonancia conmigo mismo, si rechazo a mis padres, porque rechazándolos a ellos me rechazo a mí mismo. Cuando reconozco estas cosas tan sencillas, entonces se ha ganado el derecho de estar en la vida y entre los vivos.

Gracias a este antecedente podemos ahora decir cuál es la razón de ser de la terapia familiar sistémica en su presentación de constelación familiar. Con ella se descubre el foco de enganche o entrapamiento en que se encuentra una persona en el ámbito de la familia extensa; es decir, la persona en cuestión repite, porque se encuentra identificada (Laplanche, 1987) con un miembro anterior de la familia quien fue expulsado, olvidado o no tenido en cuenta. Es decir, se pasó por alto alguno de los órdenes del amor. Al dar con ese foco de "enredo" como lo llama Hellinger

(www.centroberthellingerdeargentina.com) o nudo sistémico, es decir donde se ha producido una alteración en las leyes de pertenencia, equilibrio y orden, se adelantan los cambios en la estructura familiar para así llegar a la imagen solución.

Este proceso se lleva a cabo de una manera silenciosa y sin intención. Es importante anotar aquí, que fue éste uno de los principales descubrimientos de la teoría psicoanalítica. Freud hizo uso de la atención flotante o "no-intención del terapeuta", en su propio análisis, en el análisis de los sueños y durante el tiempo que realizaba sus investigaciones sobre la histeria, por allá en 1895.

Ahora explicaremos quiénes son los integrantes de la red familiar y por qué se presentan los "movimientos interrumpidos" (Del Pozo, 1999) así como explicaremos las condiciones para el desarrollo de la red familiar.

Por regla general pertenecen a la red familiar (sin tener en cuenta si aún viven o han muerto):

- El hijo y sus hermanos;
- Los padres y sus hermanos;
- Los abuelos;
- A veces alguno de los bisabuelos;
- y todos aquellos que hicieron sitio para otros en el sistema, por ejemplo un primer marido o una primera mujer de los padres o de los abuelos, novios anteriores, una mujer o un hombre con la / el que un miembro de la red familiar tenga un hijo y, finalmente, todos aquellos cuya desgracia, desaparición o muerte hayan supuesto una ventaja para otros en el sistema (quien dejó una herencia o regaló una casa).

La Conciencia Familiar

La conciencia familiar se ocupa de los excluidos, de los que no son apreciados justamente, de los olvidados, de los no valorados y de los muertos por medio de la verificación de las condiciones básicas como son: el derecho a la pertenencia, la ley del número completo y la ley de la prioridad de los anteriores y el reconocimiento de que todo es pasajero. Además de que se encuentren las condiciones básicas para las relaciones en general: la vinculación, equilibrio entre tomar y dar, y el orden. (Weber, 1999).

Explicaremos, entonces, que hay tres clases de conciencia:

1. En el área del Yo, la conciencia personal o del primer plano, que es la parte del sujeto infantil que ama con intención, es decir, busca pertenecer al grupo o familia. Esta conciencia nos permite sentir lo que llamamos culpa o inocencia. Culpa, si hemos transgredido las reglas internas del grupo e inocencia si, en aras de pertenecer al grupo, hacemos lo que según allí está bien. Por ejemplo, en una familia de atracadores la conciencia familiar indica que lo adecuado es engañar al transeúnte, si lo hacemos obramos con inocencia para nuestra familia. Obramos según sus reglas, culpable sería si yo empezara a juzgar como deshonesto o ilegal este acto. Como vemos, este sentido de conciencia nos la dicta el grupo del cual hacemos parte; así tenemos una conciencia en el lugar de trabajo, otra con nuestros

amigos, otra para la pareja, otra para el grupo religioso, otra para con nuestros padres.

2. En el alma infantil obra la conciencia sistémica u oculta: la conciencia del alma familiar, la cual no tolera a los excluidos u olvidados, así algún nieto representará a un abuelo olvidado o abandonado. Y, por último,

3. El alma tiene dimensiones distintas: también incluimos la instancia del alma de un pueblo o un país. (Lier, 2003) Así, muchas veces las conciencias se encuentran en contradicción unas de otras, como dijo Hellinger en uno de sus videos (Movement of the Soul, 2001) "uno no puede fiarse de la conciencia" ya que ella busca el bien del grupo, no mira al individuo en particular.

A continuación se explicarán las condiciones por las que vela la conciencia.

a) La vinculación: o el derecho a pertenecer a una familia. Es en el caso del infante, de la necesidad básica de relación con un otro que nos contenga. Inicialmente es la madre quien ofrece al niño la protección total, es en esta etapa cuando se desarrollan los aspectos de conocimiento, confianza y valoración. Es lo que llamaríamos Yo Receptivo (Otero, 2004). Gracias a este vínculo incondicional, estas capacidades nombradas anteriormente se pueden presentar; sin embargo, encontramos que es sumamente difícil hallar una persona que no tenga carencias en este aspecto ya que por ser tan dependientes y, debido a que las madres y cuidadores son personas con vida normal, además de múltiples ocupaciones y problemas, es frecuente que tengamos baches en el área de la confianza básica, como lo llamaba Guex (Guex, 1963), y por supuesto, estamos llenos de inseguridades, lo que nos lleva más adelante a que nuestras propias relaciones de pareja y las familias que establezcamos, nosotros como padres, estén también llenas de dificultades. No podemos brindar apoyo y respaldo cuando nosotros mismos no nos hemos sentidos lo suficientemente apoyados en la infancia que es cuando se forma la confianza básica. Es decir, si como hombre o mujer no estoy bien edificado, no tengo forma de brindar una imagen completa para mis propios hijos; si no tengo padre o madre interna no podré brindar una buena imagen de padre o madre para mis propios hijos.

En la familia, es la conciencia familiar quien verifica que una vez una que persona fue incluida en la familia, siempre conserve su lugar. Este derecho de vinculación puede verse afectado por nuestros actos, en la medida en que lo que hagamos puede golpear nuestro derecho a la pertenencia, ya sea porque vayamos en contra de los preceptos de nuestra familia o porque queramos hacer parte de otra familia y olvidamos los que son tenidos en cuenta en nuestra familia de origen. El derecho a formar parte del grupo familiar se vive como inocencia por los actos cometidos, ya que están de acuerdo con los preceptos básicos de esta familia. El otro sentimiento es de culpa, ya que hicimos algo que nos expulsa de esta familia. Este sentimiento de vinculación ofrece muchas dificultades, como todo entre las interrelaciones.

Por ejemplo, entre más seguridad se les da a los hijos, tanto más miedo tiene ante la pérdida de esta seguridad, ya que la seguridad no puede experimentarse sin el miedo a lo contrario. Por tanto, hay que volver a ganar la pertenencia una y otra vez, nunca es una propiedad segura. Dado que el vínculo del hijo con los padres es más fuerte que el vínculo de los padres a los hijos, éstos también están más fácilmente dispuestos a sacrificarse por sus padres.

b) El equilibrio: con relación al intercambio positivo entre dar y tomar, experimentamos la culpa como obligación y la inocencia, como libertad de cualquier

obligación. Por lo tanto, no hay "tomar" que no tenga su precio. El que está libre de toda obligación, se siente ligero y libre, pero ya no conserva tampoco ninguna vinculación.

c) El orden: la conciencia está al servicio de las conveniencias sociales que rigen entre unos y otros, sentimos la culpa como infracción y como miedo al castigo, y la inocencia como lealtad a la conciencia, y como fidelidad.

Vemos también las condiciones o leyes para un desarrollo de la red familiar, éstas moduladas por la conciencia familiar:

d) El derecho a la pertenencia: como se dijo anteriormente, toda familia tiene unos integrantes y cada uno de ellos tiene igual derecho a estar en ella; no tiene más derecho a pertenecer a la familia el hijo mayor sobre el hermano menor; inclusive, un asesino entra a formar parte de la familia de su víctima y en el corazón de él y de la familia de origen propia ya deja de formar parte de esta. Esto, por las órdenes del amor, o como lo ha explicado Hellinger, el destino de perpetradores y víctimas se une, si no en lo humano si en lo divino y en lo que está por encima de nosotros como es la muerte.

e) La ley del número completo: esto tiene relación específica con el lugar que ocupamos en la familia. Si por ejemplo, por los nudos sistémicos que se presentan, el hijo menor ejerce funciones de padre, muy seguramente este hijo caerá enfermo o no podrá formar su propia familia. Por dos razones principalmente: la primera, porque es una tarea muy pesada para él ejercer de padre y esto le acarreará más dificultades; y segundo, porque siguiendo el orden natural de la vida, quienes nacieron primero fueron los padres, yo como hijo vengo después.

f) La ley de la prioridad de los anteriores: el ser se califica por el tiempo. Se obtiene el rango y se estructura por el tiempo. Muy relacionado con el aspecto anterior quien está primero tiene unos derechos y privilegios que no se pueden usurpar, entre otras porque la conciencia familiar vela porque sean respetados. Así, como hijo mayor debo servir de apoyo a mis padres pero no por encima de alguno de ellos y yo como hermano menor les debo mi atención a mis padres, porque es de suponer que recibí más atención de parte de mis hermanos mayores. Entonces, como forma de equilibrar en el dar y recibir, mis padres le dieron más a mi hermano mayor, este le dio su apoyo al segundo, yo como hijo menor recibí de mi hermano mayor y de mi segundo hermano; yo entonces, doy apoyo a mis padres en la vejez, como gratitud por lo recibido.

g) Reconocer que todo es pasajero: esto quiere decir aceptar que la vida tiene sus ciclos y que nosotros no podemos impedir o alargar los ciclos o la vida de los demás por más que lo queramos. Por ejemplo, si una pareja ha tenido dificultades y desea empezar de nuevo, debe aceptar de corazón empezar de cero sin reproches y sin "guardados" para la otra persona. "Lo que pasó, pasó" y no nos brinda ninguna cosa buena traerlo al presente una y otra vez.

III. ¿Cómo se realiza una Constelación Familiar?

Aquí es muy importante explicar el nombre de la técnica. En alemán la se denomina Auf-stellum Families lo que quiere decir "poner en su lugar". En español, los primeros traductores le dieron el nombre de "constelar" en el sentido de que es toda

la familia y sus implicaciones lo que se representa sin ser por esto una obligación que tengan que sacar representantes para todos los miembros de la familia, sino solamente y en aras de la mínima información, las personas implicadas directamente con la problemática del cliente.

Por lo general, en los grupos de trabajo para realizar constelaciones se pueden reunir desde 10 hasta 200 personas. Quien va a constelar su familia, debe ante todo tener una pregunta muy específica sobre su problemática actual, entonces, le comunica al terapeuta su pregunta y elige de entre los demás participantes del grupo a representantes para cada uno de los miembros de la familia actual y para sí mismo. Es importante anotar aquí, que aunque sabemos que nuestras dificultades actuales vienen desde nuestra familia de origen, lo trascendente para el terapeuta y para el cliente mismo es reconocer la manera como esta persona, en especial, se vincula con su pareja o hijo o hija o hermana y así proceder hacia atrás. Sin embargo, depende de cada caso particular la forma como finalmente se desarrolle la constelación.

Después de que la persona ha seleccionado de entre el público a las personas con las que tiene la vinculación cercana y ha elegido a un representante para él o ella, en silencio y muy dedicadamente debe colocarlas unas a otras con relación a la cercanía o distancia con respecto a los otros. Luego de esto la persona debe tomar distancia y tanto el terapeuta como el cliente darán un tiempo, unos pocos minutos, a quienes están representando para que ellos empiecen a manifestar en sus cuerpos lo que sus representados sienten en la vida real, y cambien de posición si es que ese es su sentir. El terapeuta entonces, hará los análisis pertinentes de lo que se va presentando, es decir explicará el nudo sistémico que se está haciendo visible. Por último, el terapeuta presentará al cliente la imagen solución o, lo que es lo mismo, la manera como deberían relacionarse las personas respecto a cercanía o distancia entre unas y otras. En algunos casos el terapeuta le pide al cliente que ocupe su propio lugar en la constelación, dependiendo del caso, hace que el cliente repita algunas frases que buscan descargar o delegar las funciones o responsabilidades en los personajes a quien les corresponde, estas son frases y rituales sanadores. Es importante recordar lo que indica Hellinger acerca de la imagen solución en las constelaciones. Él dice que las constelaciones son imágenes, estaciones en el camino y que, por tanto, no son estáticas y están sujetas a cambios por el desarrollo e interacción de los miembros de la familia. De esta manera, sacar conclusiones definitivas de una constelación no necesariamente es constructivo. Es importante recordar que la idea con la constelación es que ella quede impresa en el corazón de la persona quien la configuró, que no haga comentarios acerca de ella y más bien la deje "flotando" en su interior. Aquí volvemos a recordar a Freud y su atención flotante. No debemos ponerle una intención a la constelación, sencillamente verla, sentirla y dejarla para que haga su trabajo.

Cuando se trabaja con las constelaciones, y en general en el quehacer psicoterapéutico, se hace importante reconocer los sentimientos que afloran y distinguir cuáles son aquellos que permiten a las personas elaborar los duelos. Son sentimientos que favorecen la acción o son sentimientos que hacen que el paciente se regodee en su dolor sin permitirse ninguna solución a su problemática.

Según Lier (2003), existen cinco tipos diferentes de sentimientos:

1. Los sentimientos primarios o verdaderos. Son sentimientos intensos, cortos, se resuelven relativamente rápido, son sentimientos sin drama.
2. Sentimientos secundarios o de reemplazo. Se llaman de reemplazo porque le restan vigor a la persona que le impiden resolver su problemática. La expresión del

dolor es exagerada, casi teatral. Esto porque lo que se intenta es convencer al otro de que el dolor es superior a las fuerzas. Pero en realidad, lo que muestra es que se prefiere, inconscientemente, sentir la rabia que no el dolor por una pérdida.

3. Los sentimientos sistémicos o sentimientos transmitidos o desplazados. Son los sentimientos que provienen de algún miembro de la familia que ha sido olvidado y son los que nos permiten dar cuenta de los nudos sistémicos.

4. Los sentimientos infantiles que no pudieron ser resueltos porque esos niños no contaron con el apoyo necesario y luego se quedan para ser repetidos en el futuro, en el tiempo adulto y, finalmente,

5. Los sentimientos-meta. Son expresiones de nuestra conexión hacia la totalidad superior y sostenida. El hombre se siente conectado con el otro y siente compasión de su dolor.

IV. ¿Cómo formamos pareja?

El hombre nace de la madre y tiene un vínculo de total dependencia; la presencia del padre es necesaria para que estimule el desarrollo de la masculinidad, por encima de la feminidad. Si el hombre se queda en el ámbito de la madre la experimenta como poderosa y no puede tomar el padre, entonces lo masculino queda restringido y no puede ser un hombre adulto que haga pareja. Queda invadido de feminidad y termina compitiendo con la mujer. El hombre que no se vincula con el padre, es el favorito de las mujeres, el amante, el Don Juan, el seductor, el héroe.

La mujer nace de la madre y asume la feminidad, luego se acerca al padre con quien conoce el mundo masculino. Este recorrido finaliza cuando vuelve a la madre, quien se convierte en su modelo de identificación. La mujer que se queda en el ámbito del padre se llena de masculinidad y no puede identificarse con la madre, se convierte entonces en la favorita, la amante perfecta, la seductora, pero no en la mujer adulta que tiene una relación de pareja estable.

Cuando se hace el recorrido completo, se trata al otro sexo como un igual, no se compete, ni se envidia a la pareja, se es complemento.

El hijo que está al lado del padre respeta a la madre y a la mujer; el que se queda en la madre, domina, subyuga y abusa de la mujer. La hija que vuelve a la madre respeta al padre y al hombre; la que se queda en el padre, manipula, controla, domina y maltrata o explota al hombre.

A lo largo de su trabajo terapéutico, Hellinger muestra que la elección de pareja depende exclusivamente de la manera como nos hemos relacionado en nuestro hogar y si estamos o no implicados en algún enredo familiar. Esto, por supuesto, lo ha dicho también la terapia sistémica. Ellos lo explican de la siguiente manera: cuando una mujer se casa con un hombre, éste la percibe con su sistema, es decir, según la imagen interior de mujer que tiene en su sistema. Lo mismo ocurre a la inversa.

Ahora bien, si ambos cónyuges configuran sus constelaciones, los dos tienen también la posibilidad de ver en qué puntos percibían de manera diferente al otro; por tanto, si esta imagen se corrige, la percepción del cónyuge se vuelve más real.

Así, si nos ha sido difícil formar pareja estable, ya sea porque somos compulsivamente infieles o porque a quien elegimos se muestra, a la larga, inadecuado, esto depende de la relación que establecimos con nuestra madre o padre en la infancia y, adicionalmente, es importante tener en cuenta si estamos suplantando una función de estos personajes.

El estar cumpliendo con una función que no nos corresponde debilita nuestra alma y cuerpo, además de que nos mantiene muy ocupados; así por ejemplo, para no ser desleal con la madre y hermanas luego de que el padre ha muerto, el hijo, inconscientemente, puede decidir que no formará pareja estable y para evitar la tentación caerá en enredos emocionales aunque, por supuesto, esto lo deja vacío e insatisfecho.

La profundidad del vínculo puede deducirse de sus consecuencias. La separación del primer amor es la más difícil, es la que más duele. Vínculo no equivale a amor. El amor puede ser escaso y el vínculo profundo. O, por otra parte, el amor puede ser profundo y el vínculo, ínfimo. Para que un nuevo vínculo pueda ser llevado con éxito, el primero debe ser resuelto de una manera positiva. El vínculo se resuelve reconociéndolo y valorando a la primera pareja. Quien rechaza y desprecia el primer vínculo, impide el vínculo siguiente.

V. ¿Cómo las implicaciones sistémicas favorecen la presencia de las enfermedades, suicidios o accidentes?

Hellinger recalca el orden como criterio de importancia en el análisis del sistema familiar y asevera que entre más desorden haya, más conflictos se dan. Cuando no se consigue comprender un destino o cambiar de lugar para asumir el que nos corresponde, nos enfermamos. Ante la enfermedad, Hellinger encontró que se siguen tres dinámicas de fondo, lo significa los enredos o situaciones sin resolver de las generaciones anteriores. Así las tres dinámicas que encontramos son:

1. La tendencia de "Te sigo hasta la muerte, o a la enfermedad, o a tu destino", por ejemplo, una hermana gemela muere muy pronto en el transcurso de la vida y ella es olvidada; su hermana sobreviviente no siente que tenga el derecho de vivir alegremente ya que la otra ha muerto, inconscientemente ella misma se dice "no tengo derecho a estar viva";

2. La de: "Prefiero morir yo antes que tú", o "Prefiero marcharme yo antes que tú", este caso lo encontramos, por ejemplo, cuando un abuelo, ya sea por cuestiones políticas, participó en el asesinato de algún grupo étnico o social, él como tal no asume la responsabilidad de estas muertes, ya que como vimos antes estaba cobijado bajo el manto de la conciencia de grupo (su grupo militar, por ejemplo), sin embargo, un nieto o nieta posteriormente padecerá una enfermedad grave o tendrá accidentes graves que muy probablemente lo conducirán a la muerte;

3. y la tercera: La expiación de una culpa personal, aquí por ejemplo, encontramos el caso de mujeres que han abortado pero nunca pudieron relacionarse con este hijo muerto, no reconocieron el valor de la muerte de este hijo para su propio bienestar. Más adelante es probable encontrar mujeres con depresiones graves o metrorragias. (Ten Hövel, 1999).

VI. La violencia intrafamiliar y social

La Violencia es una Consecuencia de Alteraciones de la Vinculación

Equilibrio y Orden de las Estructuras Familiares

En este enfoque, se considera que las causas de la conducta violenta se hallan en el ámbito de la historia de los afectados y que la disminución o corrección de las conductas violentas dependen del reconocimiento sobre la necesidad de poner en orden algo en la psiquis o el alma de la familia de origen o en la familia actual de uno de los integrantes de la pareja.

Elaboración de Situaciones Traumáticas por la Violencia

La persona víctima de violencia, el desplazado, secuestrado, reinsertado, es alguien que se encuentra en estado de deshumanización, no es reconocido, no tiene miradas de comprensión y reconocimiento, no tiene un lugar es decir no es nadie para el otro a nivel social.

El otro social me ayuda a definir: quién soy, qué seré mañana, qué quiere el otro de mí. El vínculo establecido con el otro me construye o me deshace.

Es una lenta desintegración del núcleo del yo o del sistema familiar o social.

Lo traumático es vincular, se da en relación con otros y se repite generacionalmente.

El terror causa profundos desarreglos, rompe los vínculos de seguridad; desapegados de los vínculos se rompen los lazos de solidaridad y colaboración. Si olvido los hechos del terror, estos se pueden convertir en fascinación.

El traumatismo acumulativo insensibiliza y acostumbra a esas situaciones de sometimiento, maltrato o dolor.

El trabajo con grupos familiares afectados en diversos grados por la violencia intrafamiliar, o intra- social, debe estar libre de juicios morales o éticos.

No se trata de desmentir los hechos violentos, hay que hablarlos y pensarlos. Deben ser vistos, incluido el perpetrador del maltrato, o el guerrillero, como niños que obedecen estándares válidos que han sido legitimados en su familia de origen o grupo sustitutivo de la familia y sin los cuales no hubieran sido aceptados dentro del grupo. La mayor dificultad se presenta cuando dichos estándares no solo se presentan en la familia sino en grupos sociales o comunidades más amplias, entonces la presión por seguir esos estándares es aún mayor.

Es preciso estar conscientes de que la gente está identificada con los perpetradores, entre sus antecesores, que fueron condenados sin reconocer que estaban implicados sistémicamente.

Ya vimos que nunca las tres leyes internas de la familia podrán estar al tiempo perfectamente equilibradas; sin embargo, es el obrar en consonancia con el orden y el amor lo que nos lleva a la paz y a la armonía.

En los casos de los grupos al margen de la ley, cualquiera sea, las víctimas tendrán que incluir en su grupo al grupo perpetrador o en especial al personaje violento. De

lo contrario, algún miembro de la familia querrá buscar venganza por la muerte de su familiar. Pero en el ámbito de la muerte, a los muertos no les interesa la revancha sino encontrarse unos a otros en esta dimensión donde todos son iguales, las víctimas y los victimarios

VII. La muerte

Frente a este caso en particular, Hellinger nos advierte acerca de que el reino de los muertos es más grande que el de los vivos, y que la vida y la muerte es un continuo. La vida viene de la muerte y hacia ella se dirige nuevamente. Sólo en la medida que reconozcamos que la muerte hace parte de nuestra existencia podremos elaborar con tranquilidad la muerte de nuestros seres queridos y odiados, ya que ambos, como hemos dicho anteriormente encuentran su paz en el mundo de los muertos y allí lo que interesa es que los sobrevivientes los mantengan en un lugar en su corazón, que honren su memoria, reconociéndoles el lugar que les corresponde en el núcleo familiar.

VIII Biografía de Bert Hellinger (tomada de la versión española de la página web de Hellinger)

Considera, a sus padres y a su niñez en casa, como la primera, mayor y principal influencia de todo su trabajo. Su particular manera de vivenciar la fe le proporcionó a toda su familia una inmunidad en contra de las creencias distorsionadas del Socialismo Nacional. Debido a sus repetidas ausencias a las reuniones de La Organización de Hitler para la Juventud y a su participación en una organización ilegal católica para la Juventud, fue eventualmente clasificado por la GESTAPO como "Sospechoso por ser un enemigo de la gente". Su escape de la GESTAPO fue paradójicamente posible cuando fue emboscado. Con tan solo 17 años, se volvió soldado, experimentó la realidad del combate, la captura, la derrota y vivió como un prisionero de Guerra en un campo de Bélgica con los aliados.

A los 20 años, entró en una orden católica religiosa y empezó un nuevo y largo proceso de purificación silenciosa del cuerpo, mente y espíritu; estudiando, contemplando y meditando.

Sus 16 años en Sudáfrica como misionero del pueblo zulú también labraron profundamente su trabajo. Allí dirigió una escuela grande, enseñaba y era el sacerdote de una parroquia. Dice con satisfacción que el 13% de todos los negros africanos asistían a la universidad en Sudáfrica, y que en ese tiempo eran estudiantes de esta escuela misionera. Aprendió el lenguaje zulú y así logró enseñar y ministrar, también cuenta con divertidas anécdotas acerca de la cortesía de los zulúes, como cuando inadvertidamente dijo algo grosero sin saber que lo decía. Con el tiempo empezó a sentirse como en casa con ellos hasta donde es posible para un europeo. El proceso de dejar una cultura para vivir en otra, labró sus conocimientos sobre la relatividad de muchos valores culturales.

Su peculiar capacidad de percibir sistemas de relaciones interpersonales y su interés en la concordancia humana en contraste con la diversidad cultural, se hicieron notar

en esos años; vio que muchos de los rituales zulúes y sus costumbres tenían una estructura y una función similar a los elementos de la masa; señalando las experiencias comunes humanas, experimentó la integración de la música zulú y el ritual dentro de la masa. Su compromiso con la variedad cultural y humana es mucho más profundo, con lo cual afirma que hay diferentes maneras de hacer las cosas. Llegó a comprender de corazón que lo sagrado es omnipresente.

La siguiente mayor influencia fue su participación en un entrenamiento inter-racial ecuménico en un grupo dirigido por clérigos anglicanos. Ellos trajeron de América una nueva forma de trabajar en grupos que valoró el diálogo, la fenomenología y experiencias individuales humanas.

Él experimentó por primera vez una nueva dimensión de cómo cuidar de las almas. Cuenta cómo uno de los entrenadores le preguntó al grupo, "¿Qué es más importante para ti, tus ideales o la gente? ¿Cuál sacrificarías?" Le siguió una noche sin dormir, debido a la profundidad de la pregunta. Hellinger dice, "Le estoy muy agradecido a ese ministro por haberme hecho esa pregunta. En un sentido, la pregunta cambió mi vida. Pues esa orientación fundamental hacia la gente ha formado todo mi trabajo desde entonces. Una excelente pregunta digna de todo."

Su decisión de dejar la orden religiosa después de 25 años fue amigable. Describe cómo gradualmente se dio cuenta de que ser un sacerdote no era la expresión más apropiada para su crecimiento interno. Con una característica impecable y como consecuencia del tomar la decisión de renunciar a la vida que bien conocía desde hacía mucho tiempo, volvió a Alemania y empezó un entrenamiento psicoanalítico en Viena, conoció a su primera esposa, Herta. No tuvieron hijos.

El psicoanálisis fue su siguiente mayor influencia. Así como lo había hecho con todo anteriormente, se metió de lleno en su entrenamiento psicoanalítico, leyendo el trabajo completo de Freud y muchas de las literaturas relevantes. Pero con un igual amor por el cuestionamiento diario. Luego, su entrenador analista le ofreció una copia de El Grito Primal de Janov y Hellinger se interesó por saber más de esto, pues no le bastaba con sólo leerlo sino ponerlo en práctica. Visitó a Janov en los Estados Unidos y luego terminó un completo entrenamiento de 9 meses con él y su jefe de formación en los Ángeles, California; y en Denver, Colorado.

La comunidad psicoanalítica en Viena estaba mucho menos entusiasmada con respecto a esta manera de incluir una experiencia basada en el cuerpo con fines terapéuticos. Una vez más, Hellinger cuestionó: ¿Qué es más importante, lealtad a un grupo o el amor, la verdad y la pregunta? El amor a preguntar con libertad, ganó y la separación del psicoanálisis se hizo inevitable; no obstante, calificó más tarde para entrar en un instituto diferente. Su habilidad en la psicoterapia basada en el cuerpo, le recordó de una o de otra, manera que debía permanecer como un elemento esencial en el trabajo con Janov.

Muchas otras escuelas terapéuticas tuvieron influencia en su trabajo. Se pueden adjuntar la orientación fenomenológica de los grupos dinámicos de los anglicanos, la necesidad fundamental de los seres humanos de alinearse a sí mismos con las fuerzas de la naturaleza que aprendió de los anglicanos y de los zulúes en Sudáfrica; el psicoanálisis que aprendió en Viena y el trabajo del cuerpo que aprendió en América.

Se interesó en la terapia de Gestalt a través de Ruth Cohen y Hilaron Perzold. Más tarde combinaría dichos trabajos. Conoció a Fanita Enlgish durante este período y a través de ella y con el trabajo de Eric Bern, se introdujo en el Análisis Transaccional.

Junto con sus colegas, integró lo que él ya había aprendido de los grupos dinámicos y el psicoanálisis con la terapia de Gestalt, Terapia Principal y Análisis Transaccional. Su trabajo con el análisis de guiones lo llevó a descubrir que algunos de los guiones pasan de generación a generación y se manifiestan en sistemas de relación familiar. Las dinámicas de identificación también se hicieron más notables durante este período. El libro de Ivan Boszormenyi-Nagy - Invisible Bonds (Lazos Invisibles), su reconocimiento de las lealtades ocultas y su necesidad por mantener un balance dando y tomando en familias, también fueron importantes.

Se capacitó en Terapia Familiar con Ruth McClendon y Leslie Kadis. Ahí fue donde por primera vez encontró las constelaciones familiares. "Yo estaba muy impresionado por su trabajo, pero no podía entenderlo. Sin embargo, decidí que yo quería trabajar sistémicamente. Después empecé a pensar en el trabajo que había estado haciendo y me dije, también es bueno. No voy a renunciar a eso antes de que realmente haya entendido la Terapia Sistémica Familiar. Así que seguí haciendo lo que había hecho. Un año después pensé de nuevo en eso, y me sorprendí de descubrir que estaba trabajando ya de una manera sistémica."

El leer el artículo de Jay Haley acerca de "El triángulo perverso" le permitió descubrir la importancia de la jerarquía en las familias. El trabajo adicional en Terapia Familiar con Thea Schönfelder seguido del entrenamiento con Milton Erickson en Hipnoterapia y Programación Neurolingüística (PNL) fueron de gran influencia junto con Frank Farelly y su Terapia Provocativa. Así como también La Terapia del Abrazo Sostenido desarrollado por Irina Prekoff. El elemento más importante que tomó de la PNL fue el énfasis en el trabajo con recursos en vez de con problemas. El uso de historias en sus terapias se debe a Milton Erickson.

Hellinger ha hecho un nuevo aporte a la terapia, gracias a la integración de todas las terapias anteriormente nombradas. Su insistencia en ver lo que realmente es, es lo opuesto a aceptar ciegamente lo que se nos ha dicho, combinado con la constante lealtad y confianza en su propia alma; todo esto es el fundamento en el cual se ha construido este gran trabajo.

A lo largo de este proceso, su compañero filosófico ha sido Martín Heidegger y la idea de enfrentar el peligro constante que ofrece la falsa autoridad.

La búsqueda profunda de Heidegger por las verdaderas palabras que resuenan en el alma, hacen concordancia con las frases que dicen los pacientes en las constelaciones que anuncian el cambio para algo mejor, señalando el flujo renovado del amor.

Una última influencia o más bien, una eterna influencia, ha sido el amor por la música alemana, en especial, la ópera y de entre sus exponentes, Wagner.

REFERENCIAS

Del Pozo, Humberto. (1999). Entrevista con Bert Hellinger en Santiago de Chile. Disponible en www.poeiticas.iwarp.com/secretos.htm

Freud, Sigmund. (1980). Autobiografía. Historia del Movimiento Psicoanalítico. Madrid. Alianza Editorial S.A.

Guex, Germaine. (1963). La Neurosis de Abandono. Buenos Aires. Editorial Eudeba.

Hellinger, Bert. (2003) El Centro se Distingue por su Levedad. España. Ed. Herder.

Hellinger, Bert y Gabriele Ten Hövel. (1999). Reconocer lo Que Es. España. Herder.

Hernández Córdoba, Ángela. (1998). Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve. Bogotá, Colombia. Ed. El Búho.

Kaup, Johannes. (1999). Entrevista de Johannes Kaup con Bert Hellinger para el ORF en Viena. Disponible en www.CentroBertHellinger de Argentina / Constelaciones familiares y órdenes del amor.

Laplanche, Jean y Jean-Bertrand Pontalis. (1983). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona. Editorial Labor S.A.

Lier, Reinhard. (2003). Armonía del Alma.

Neuhauser, Johnes. (1999). Lograr el Amor en la Pareja. España. Ed. Herder.

Perls, Fritz. (1989). El Enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia. Santiago de Chile. Cuatro Vientos Editorial.

Pibernat, Vencen Olivé. (2002). Gestalt y Programación Neurolingüística. Disponible en www.gestalt.com

Weber, Gunthard, (1999). La Felicidad Dual. España. Ed. Herder.

Sheldrake, Rupert. (1995). Seven Experiments That Could Change the World. Disponible en <http://www.transaction.net/science/seven/home/html>