

# PSICOTERAPIA Y DESARROLLO DEL RAZONAMIENTO MORAL

José Luis Martorell Ypiens  
Universidad Nacional a Distancia, Madrid

*In this article, the starting point is the observation of the emergency of moral dilemmas as a central issue in some persons therapy. The reflection, illustrated with case history material, focusses on the relationship between moral development and therapy progress.*

---

## INTRODUCCION

El presente trabajo tiene su origen en la observación de que en un número relevante de terapias con adultos jóvenes, la existencia o emergencia de dilemas morales se constituían en el centro del proceso terapéutico. Partiendo de esta observación, y por medio del análisis de casos de adultos en terapia, indagaremos en la posible relación que existe entre el desarrollo del razonamiento moral y la resolución por medio de la psicoterapia de problemas de índole existencial, emocional y relacional que, o bien son tenidos por la persona que los padece como fuente de sufrimiento en sí mismos, o bien dan lugar a síntomas psicopatológicos (reacciones depresivas, crisis de angustia, comportamientos fóbicos, etc.) que son los que la persona capta como generadores de su sufrimiento, o ambas cosas a la vez.

Como quizá este trabajo pueda mostrar, la relación entre desarrollo moral y resolución de problemas personales es bidireccional: el desarrollo moral como impulsor en la terapia de la resolución de problemas personales, y, por otro lado, la resolución o desbloqueo de problemas existenciales, emocionales y relacionales como impulsor del desarrollo moral, estando ambos procesos en una relación de retroalimentación constante.

El hecho de que el estudio se haya realizado exclusivamente sobre adultos jóvenes no presupone que se considere esta etapa como la única en que los conflictos morales tienen una relevancia existencial elevada -en la adolescencia, por ejemplo, los conflictos morales y el modo de afrontarlos son desde un punto de vista

evolutivo muy importantes- pero sí que tienen unas peculiaridades interesantes: por un lado estos conflictos están en el centro del modo de constituirse como adulto, y por otro, tocan el tema de los modos de razonamiento propiamente adulto, es decir, aquellos modos que no pueden ser alcanzados evolutivamente antes de bien entrada la veintena.

## **LAS ETAPAS DEL DESARROLLO MORAL SEGUN EL MODELO DE KOHLBERG**

Para orientarnos como terapeutas dentro del campo del razonamiento y desarrollo moral hemos encontrado de utilidad manejar como marco de referencia las propuestas de Kohlberg, tanto por su riqueza explicativa como por la posibilidad de inferir de sus propuestas pautas de actuación en el contexto de la psicoterapia. Su objetivo es la naturaleza del razonamiento moral y su desarrollo. Es decir, por un lado ver cómo las personas llegan a definir los valores, lo que está bien y lo que está mal; cómo los sitúan en una perspectiva social; y cómo, por tanto, prescriben el “deber”. Por otro lado Kohlberg propone que el razonamiento moral se estructura en estadios -modos consistentes de pensar sobre un aspecto de la realidad- con las siguientes características (Kohlberg, 1969):

1) Los estadios suponen diferencias cualitativas en el modo de pensar, incluso si se comparte un valor desde estadios diferentes, el modo de pensar sobre ese valor será cualitativamente diferente.

2) Cada estadio forma un todo estructurado.

3) Los estadios forman una secuencia única e invariante, es decir, la sucesión de estadios es siempre la misma y no se dan saltos entre dos estadios no contiguos.

4) Los estadios superiores integran a los inferiores, no los anulan. Como se ve, el tener en cuenta y ser capaz de utilizar estas características de los estadios puede suponer un poderoso instrumento tanto diagnóstico como de intervención cuando la terapia viene mediatizada por un dilema moral.

Kohlberg articula el desarrollo moral en tres niveles, cada uno de los cuales está dividido en dos estadios. Los niveles definen modos de enfocar los problemas morales, mientras que los estadios definen los criterios por medio de los cuales la persona ejercita su juicio moral. A continuación enumeramos muy brevemente algunas características de los niveles y estadios (Kohlberg, 1976, tomado y resumido de Hersch, Reimer & Paolito, 1979, pp. 55-56).

### **Nivel I: Preconvencional**

Estadio 1: *Moralidad heterónoma*. Someterse a reglas apoyadas por el castigo. Punto de vista egocéntrico.

Estadio 2: *Individualismo, fines instrumentales e intercambio*. Seguir reglas sólo cuando es por el propio interés inmediato. Perspectiva concreta individualista.

## **Nivel II: Convencional**

Estadio 3: *Expectativas interpersonales mutuas. Relaciones y conformidad interpersonal.* Vivir de acuerdo con lo que la gente espera de un buen hijo, hermano, amigo, etc.. “Ser bueno” es importante. Perspectiva del individuo en relación a otros individuos.

Estadio 4: *Sistema social y conciencia.* Cumplir deberes a los que se ha comprometido; las leyes se han de cumplir excepto en casos extremos, cuando entran en conflicto con otras reglas sociales fijas. Diferencia el punto de vista de la sociedad de acuerdos o motivos personales.

## **Nivel III: Postconvencional**

Estadio 5: *Contrato social o utilidad y derechos individuales.* Ser consciente de que la gente tiene una variedad de valores y opiniones y que la mayoría de los valores y reglas son relativas a su grupo. Algunos valores y reglas no relativos, como la vida y la libertad, se deben mantener en cualquier sociedad sea cual sea la opinión de la mayoría. Perspectiva anterior a la sociedad; reconoce que a veces están en conflicto el punto de vista legal y el moral y encuentra difícil integrarlos.

Estadio 6: *Principios éticos universales.* Las leyes y los acuerdos sociales deben respetarse, si se apoyan en principios universales de justicia; cuando las leyes los violan uno actúa de acuerdo con sus propios principios. Respeto por la dignidad de los seres humanos como individuos. Perspectiva de un punto de vista moral del que parten los acuerdos sociales.

A la hora de trabajar con los seis estadios de razonamiento moral asumimos plenamente el llamamiento a la precaución que hacen Hersch, Reimer y Paolito (op.cit. p.54): lleva mucho tiempo y esfuerzo comprender plenamente las particularidades de los estadios; también hay que cuidarse en distinguir forma, de contenido; e igualmente hay que tener presente que las personas no son estadios, hay todo un camino del desarrollo con etapas de transición y modos preferentes y no exclusivos de razonar sobre temas morales. En terapia es particularmente importante tener esto en cuenta para no violentar de un modo simplista la visión del mundo de la persona.

Aunque se han encontrado diferencias entre países o entre el medio rural y urbano en cuanto a las edades medias en que se evoluciona de un estadio a otro, podemos decir para el tema que aquí nos ocupa que las personas de nuestro entorno cultural alcanzan el nivel convencional a lo largo de la adolescencia y permanecen en él mayoritariamente en su vida adulta. Algunas personas alcanzan el nivel postconvencional, nivel que comienza a manifestarse de un modo consistente no antes de los 24 ó 25 años e incluso bastante más tarde. Este asunto, el de la existencia de estadios de razonamiento moral propiamente adultos, ocupó una buena parte del trabajo de Kohlberg (Kohlberg y Kramer, 1969; Kohlberg, 1973; Kohlberg y Higgins, 1984).

Es importante, en orden al interés de este trabajo, el papel atribuido a la experiencia en el desarrollo moral. Kohlberg señala que en la infancia y en la adolescencia la experiencia necesaria para el desarrollo de estadios morales es sobre todo cognitiva y simbólica y no requiere una gran cantidad de experiencia personal; esto no es así más adelante, para dar el paso al estadio 5. Para dar este paso parece que debían darse dos condiciones:

-Abandonar la casa familiar, en un contexto de moratoria; típicamente, estudiar fuera de casa.

-Vivir situaciones en las que estuviera involucrada la responsabilidad por el bien de los otros, así como la irreversibilidad de las elecciones morales.

Es decir, para pasar del pensamiento convencional al de principios parece que se requieren experiencias personales que envuelvan el cuestionamiento y el compromiso, en algún tipo de integración con la estimulación a la reflexión cognitivo-moral.

También, como terapeutas, nos interesa mucho la etapa de subjetivismo o relativismo moral en la que entran determinados

sujetos, que previamente ya habían estabilizado un tipo de razonamiento convencional. En la terapia es importante valorar esta etapa como lo que es, una etapa de relativismo ético, y no una regresión a una etapa hedonista de “vale todo”. El entorno del paciente a veces interpreta de este segundo modo su posición. La visión de Kohlberg es que estos sujetos sostienen estas posiciones subjetivas radicales porque les parecen las únicas respuestas posibles a ciertas cuestiones meta-éticas o a dificultades meta-éticas con respecto a la fundamentación de cualquier normativa ética. En el movimiento hacia el razonamiento postconvencional, un período de relativismo (estadio 4/5) es una condición necesaria pero no suficiente. Este movimiento, de un modo general, se relaciona con la experiencia vital de responsabilidad moral personal. Dicha experiencia vital puede ser dividida en dos fases: una primera fase de responsabilidad por uno mismo en contextos de conflicto moral que induce al relativismo, y una segunda fase de responsabilidad social, frecuentemente relacionada con el trabajo, que lleva consigo consolidar el pensamiento del estadio 5. El proceso psicológico subyacente a la entrada en una fase de relativismo parece ser el mismo en diferentes culturas, no así las condiciones necesarias para alcanzarla. Por ejemplo, en España se han encontrado personas en el estadio 4/5 sin la experiencia de vivir fuera de la familia y sin esa responsabilidad en un contexto de trabajo (Díaz-Aguado, 1989).

## **EL PAPEL DEL CONFLICTO EN EL DESARROLLO MORAL**

Quizá lo más relevante para nosotros sea el importante papel del conflicto en el desarrollo moral. Ya Piaget atribuye este papel al conflicto que se deriva de la interacción social (Piaget, 1932). Las personas de las que nos ocupamos en terapia son personas en conflicto, si se nos permite decirlo así, por definición. Son, en

general, personas que perciben el conflicto por encima de sus propias fuerzas, desbordándolas, de ahí su petición de ayuda. El grado de novedad, ambigüedad o incertidumbre, o también el nivel de intensidad con que se da el conflicto está por encima de lo tolerable para cada una de esas personas. Así desde el conflicto que produce un desajuste que impulsa el desarrollo, hasta el que bloquea la evolución de la persona, generando angustia, pasando por el que arrastra a las personas a regresiones -muy peligrosas en el terreno de lo moral, como el conflicto de la antigua Yugoslavia ilustra dramáticamente-, hay todo un abanico de posibilidades a tener en cuenta en la terapia.

Una precisión de importancia es que no se trata de ver si lo afectivo (un campo tradicionalmente considerado como propio por muchos planteamientos psicoterapéuticos) tienen incidencia en la captación de diferentes grados o niveles de justicia, o en la emergencia de determinados dilemas morales, es decir, la relación entre lo afectivo y lo cognitivo, puesto que se parte de la existencia de esta relación. Hersch, Reimer y Paolito (op.cit.) haciendo referencia a la posición de Piaget sobre la relación entre cognición y afecto señalan: “Una persona que está emocionalmente aislada no puede funcionar cognitivamente... El afecto, con todo, no se podría experimentar como sentimiento o emoción a no ser que se le diera sentido con una estructura cognitiva”(p.40). Y Kohlberg (1976) explícitamente postula que el desarrollo afectivo no es realmente algo distinto del desarrollo cognitivo, sino que ambos son aspectos paralelos, y representan perspectivas y contextos del cambio estructural. Lo que se pretende aquí es mostrar el modo específico en que interactúan, poniendo énfasis en el desarrollo moral, en el contexto específico de la psicoterapia.

Por último, una referencia al tema de la ética como elemento o criterio de cambio en los procesos psicoterapéuticos. Cuando estos parten de un planteamiento en el que se considera que es la persona total la que está implicada en el proceso es difícil pensar que la dimensión ética del ser humano no sea también objeto de dicho proceso, al menos, en algunos momentos o fases del mismo. Desde diferentes planteamientos, los distintos enfoques psicoterapéuticos han tocado de un modo u otro cuestiones referidas al razonamiento moral o a cuestionamientos éticos o meta-éticos.

Para empezar, no cabe olvidar que desde que Freud introduce el concepto de Super-yo el tema del “deber ser”, de la autoridad como fuente de conflicto, o de los valores sociales introyectados, toma carta de naturaleza en el campo de la psicoterapia. Así, un autor de orientación psicoanalítica como Cencillo habla de la consecución de una “ética autógena” como uno de los criterios de finalización de la terapia (Cencillo, 1988). Igualmente, es difícil ignorar la dimensión ética que tiene el abordaje psicoterapéutico que se deriva de las posiciones de Erikson (1950).

Hay un posicionamiento ético, por más discutible que sea (aunque en no pocas ocasiones se pasa antes a discutirlo que a estudiarlo), que tiene incidencia en la terapia en “*Más allá de la libertad y la dignidad*” de Skinner (1971) que no debieran

olvidar los que postulan la neutralidad de la tecnología psicológica (un estudio de las posiciones de Skinner sobre estas cuestiones puede encontrarse en Prieto, 1989). De otro lado, la psicología humanista propugna una psicoterapia donde lo ético no es ajeno, definición que expresamente recogen en sus planteamientos autores como Rogers (1957) o Berne (1976) entre otros.

Más radicales -lo que no significa menos dignos de atención- son Laing y Cooper, con su énfasis en el peso de lo moral. Lo justo y lo injusto, la toma de partido del terapeuta o su colusión con los valores sociales dominantes (ver, por ejemplo, Laing, 1976, y Cooper, 1974). No parece posible, en mi opinión, abordar una terapia en la que no se atomiza a la persona sin que ésta sienta la necesidad de tratar cuestiones éticas o meta-éticas como parte del propio proceso terapéutico, con lo que se convierte en prioritaria la revisión de las ideas que sobre el ser humano sostienen las teorías que manejamos, así como la propia posición del terapeuta en el entramado social de valores y su posible participación en los juegos de poder del grupo al que pertenece (Martorell, 1988a, 1988b, 1989).

Sin embargo, a pesar de lo anterior, rara vez se explicita cómo se abordan los temas éticos y cual es su peso en otros momentos que no sea el final de la terapia. Con respecto a las cuestiones morales que el paciente pueda plantear aparece el temor a la manipulación, a la directividad injustificada (tentación contra la que, efectivamente, hay que precaverse) que quizá haya hecho de este tema un punto ciego en muchos planteamientos terapéuticos.

## **PLANTEAMIENTO Y SOLUCION DE DILEMAS MORALES EN PSICOTERAPIA**

Como se comentó al principio del trabajo, nuestro punto de partida es el siguiente: la observación de que en un cierto número de procesos terapéuticos la existencia o emergencia de dilemas morales se convierte en el centro de dicho proceso, en el sentido de que sin una resolución de estos dilemas el proceso queda detenido o deriva hacia cuestiones periféricas, lo que supone un modo encubierto de quedar detenido.

Algunas aclaraciones sobre la afirmación anterior son necesarias:

a) La terapia se define aquí como un proceso, en el que cada momento es, en parte, determinado por el anterior y, en parte, determina al siguiente; por lo tanto requiere de las personas implicadas en él una disposición a no forzarlo con planteamientos teóricos estáticos. Estos planteamientos pueden ser sociales, vitales, profesionales y técnicos y afectan unos al terapeuta, otros al paciente, y otros a ambos. De hecho, la construcción de la terapia como un proceso es un paso en sí mismo terapéutico.

b) Cuando se hace referencia a un “cierto número” quiere decirse que la situación descrita más arriba ha aparecido claramente -en mi opinión- en unos casos y en otros no, pero no se hace ningún tipo de alusión al grado de generalización que

la situación pueda tener.

c) Cuando se habla de la existencia o emergencia de dilemas morales se hace referencia a lo siguiente: en algunas ocasiones el dilema moral es planteado explícitamente como la causa que provocó la petición de terapia; en otras el problema está presente desde el principio pero la persona no puede formularse en términos de un dilema moral, y en otras el dilema emerge en una fase de la terapia distinta de la inicial (algunas de las observaciones indican que la emergencia del dilema moral puede suceder a la desaparición o mitigación de los síntomas por los que explícitamente la persona acudió a terapia).

De las tres posibilidades de presencia de un dilema moral en la terapia, la primera, es decir, plantearlo explícitamente desde el principio como la causa que determina el acudir a terapia, es, de acuerdo a nuestra experiencia, la más infrecuente. Probablemente esto es así porque definir una situación conflictiva en términos del dilema moral que subyace a ella requiere ya una cierta madurez de razonamiento. En consonancia con esta idea está el hecho de que en las terapias en que un conflicto personal ha podido ser redefinido por la propia persona en términos del dilema moral subyacente, el avance en el proceso terapéutico ha sido considerable.

Para ilustrar la aparición, incidencia y evolución del conflicto moral en el contexto de la psicoterapia se presenta a continuación la descripción y resultados de un estudio realizado sobre diez adultos jóvenes en los que la emergencia de un dilema o conflicto de naturaleza moral se constituyó en el centro del proceso terapéutico.

## **UN ESTUDIO EXPLORATORIO**

Estas diez personas (ocho mujeres y dos hombres) tenían en el momento de iniciar la terapia entre 22 y 29 años. Siete de ellos habían terminado o estaban realizando estudios superiores, y los otros tres tenían estudios de grado medio. Después de un período máximo de cuatro años todas ellos han terminado su terapia. Fue posible realizar un seguimiento un año después de finalizada la terapia en cinco de los diez casos, en todos ellos se confirmó la estabilidad de los cambios asociados a la terapia.

La determinación del estadio de razonamiento moral de estas personas se realizó por medio de la Entrevista sobre Juicio Moral, desarrollada por Kohlberg, que está compuesta por tres dilemas hipotéticos que cubren un cierto número de temas éticos distintos. Los resultados fueron evaluados en siete de los diez casos utilizando sólo los puntos de acuerdo entre dos evaluadores (uno de ellos era el terapeuta), y los otros tres por un solo evaluador. Se buscó la consistencia con el modo de razonar y actuar sobre los dilemas reales de la vida de la persona. La evaluación a lo largo de la terapia fue determinada por el terapeuta teniendo en cuenta las variaciones en el razonamiento y la actuación del paciente sobre los dilemas morales que habían emergido en la terapia.

Presentamos ahora algunos datos generales, si bien el corto número de casos, aunque ilustrativo, hace más interesante el análisis de aspectos concretos de casos individuales, análisis que se presentará más adelante.

Estadio de juicio moral evaluado al comienzo de la terapia:

-Siete sujetos en el estadio 3.

-Un sujeto en el estadio 4.

-Dos sujetos en el estadio 4/5 (estadio transicional de relativismo).

Evolución del juicio moral a lo largo de la terapia:

a) Sujetos del estadio 3:

-Cuatro sujetos evolucionan hacia el estadio 4.

-Tres sujetos evolucionaron hacia una consolidación y extensión a más áreas relevantes de su vida del propio estadio 3.

b) Sujeto del estadio 3:

-Este sujeto evolucionó hacia una consolidación y extensión a las áreas de conflicto de su vida del propio estadio 4.

c) Sujetos del estadio 4/5:

-Los dos sujetos aumentaron significativamente el porcentaje de utilización de razonamiento de estadio 5.

Como se ve, hay cuatro sujetos (tres del estadio 3 y el sujeto del estadio 4) cuya evolución consiste en consolidar y extender el razonamiento del estadio en que fueron evaluados al principio de la terapia. Esto, desde el punto de vista terapéutico, no debe ser considerado una evolución “menor” con respecto a la de los sujetos que pasan a otro estadio, puesto que esa consolidación y extensión del razonamiento del estadio estuvo asociada a la resolución de los problemas y a la desaparición de los síntomas que llevaron a la persona a la terapia. De hecho, como ya se ha comentado, el atribuir a una persona un estadio de razonamiento moral no significa que esa persona utilice exclusivamente razonamientos y argumentos propios de dicho estadio. En realidad, las personas pueden utilizar más de un estadio de razonamiento, particularmente los más jóvenes; el ser evaluado en un estadio quiere decir que ese estadio describe su manera más común de razonar sobre temas morales. En los casos que aquí nos ocupan, este hecho -la no exclusividad del estadio en el razonamiento moral- puede ser de una importancia capital para entender lo que le sucede la persona, porque no es infrecuente el uso de un estadio más bajo justo en aquellos temas emocionalmente más cargados o en aquellos, cuyas consecuencias el sujeto percibe como potencialmente más amenazadoras (Villegas, 1993). De ahí que la extensión del tipo de razonamiento disponible más alto a las áreas y temas conflictivos tenga en sí mismo un potencial de cambio considerable. Veamos algunos casos. Obviamente, nos centraremos en los aspectos de la terapia que tienen que ver con los temas presentados aquí, sabiendo que no es posible trasladar a una breve presentación toda la riqueza de datos y matices que han ido surgiendo a través de las sesiones.

Comenzaremos por “A”, que es una mujer de 28 años, estudios medios, que vive con su familia y trabaja como obrera autónoma. El motivo por el que acude a terapia es el padecimiento de crisis de angustia con ahogos (unos dos meses antes de comenzar la terapia) que han dejado -o desvelado- un fondo depresivo, con fuertes sensaciones de futilidad y desesperanza, así como el temor a la repetición de las crisis. Tanto los episodios de su vida que ella considera relevantes como los que le afectan desde un punto de vista más cotidiano tienen básicamente la misma forma: se da un conflicto con otra persona, ella intuye que su posición es defendible, pero no encuentra argumentos lo que la lleva a dudar de si realmente es defendible su posición. A partir de ahí las ideas autopunitivas y la sensación de valer poco se adueñan de ella. Racionalmente admite que los derechos y los deberes son reversibles, pero no puede actuar con dicha idea en las situaciones conflictivas y la posibilidad de que al defender su posición se la acuse de egoísta, injusta, etc., le resulta intolerable y tambalea su posición. Se la evaluó globalmente en el estadio 3, pero en alguno de los dilemas utilizaba argumentos del estadio 2; esto sucedía particularmente en aquellas cuestiones que tocaban más de cerca las áreas conflictivas de su vida. El trabajo sobre los aspectos emocionales y relacionales fue muy extenso, pero la consecución de una mayor solidez en estas áreas se logró también por un trabajo explícito sobre los dilemas morales en que se encontraba, vividos como auténticos atolladeros al principio de la terapia.

Llamaremos “B” al sujeto de este grupo, evaluado en el estadio 4. Es una mujer de 26 años, estudiante universitaria, que vive con su familia. A pesar de que en muchas áreas presenta un pensamiento de estadio 4, se da una dramática caída hasta argumentos del estadio 2 cuando los temas o los dilemas implican el rol de hijo frente a la autoridad del padre. El motivo que alega para iniciar una terapia es la imposibilidad de permanecer dentro de un aula, pues le daban ahogos, palpitaciones y le asaltaban ideas de muerte por lo que tiene que irse; en el momento de iniciar la terapia evita entrar en las aulas con lo que la terminación de la carrera se ha retrasado y su fin queda amenazado. Presenta una gran ansiedad y un discurso sobre ella misma muy desvalorizado.

El trabajo en terapia le permitió controlar con relativa rapidez los síntomas en el aula y pudo presentarse regularmente a los exámenes hasta finalizar la carrera tiempo después. Sin embargo, después de la superación de la fobia, la ansiedad y la desvalorización permanecían en relación al conflicto con su padre. Este y otros miembros de la familia la acusan explícitamente de ser responsable de la muerte de la madre, que murió en una época en que se llevaban mal. “B” verbalmente rechaza esta acusación pero vive al “servicio” de la familia: se encarga de la compra, la limpieza y las gestiones no sólo de la familia directa sino también de tíos, etc., y es culpabilizada cuando “pierde el tiempo” estudiando, yendo a clase, o saliendo los fines de semana (hay otros factores importantes y, como se ve, implicaciones de gran riqueza, pero no es posible en un resumen dar cuenta de ellas). El punto de

inflexión en el proceso terapéutico se dio cuando pudo comenzar a plantearse que el vivir la propia vida es un derecho y replantear el fraudulento dilema moral con respecto a su padre de ser egoísta (“mala”) o hacer lo que el padre quiere (no tener vida propia), es decir, extender también a esta cuestión los razonamientos del estadio 4 que ya le eran propios en otros muchos aspectos de su vida.

La evolución en la terapia con respecto al razonamiento moral de otro grupo de sujetos consistió en pasar del estadio 3 al estadio 4. En este caso, lo que lo sucede es que los sujetos tienen un tipo de pensamiento bastante estabilizado pero al mismo tiempo rígido, de tal modo que las sucesivas situaciones que la vida pone ante ellos no pueden ser utilizadas para evolucionar. Así, conflictos planteados internamente de tal modo que se necesitaría una evolución -un paso de estadio- para resolverlos, quedan enquistados. Como ejemplo de un sujeto de este grupo proponemos a “C”, un hombre de 29 años, profesional que vive con su familia. Lo que le lleva a terapia es, por un lado, una insatisfacción sobre sus logros personales (tardía incorporación al trabajo, evitación de responsabilidades) y, por otro, una fuerte inhibición en situaciones sociales hasta el punto de presentar respuestas fóbicas de huida y evitación.

En la terapia se va alternando un análisis de tipo existencial con un afrontamiento de problemas concretos. Con respecto a este segundo tipo de intervención los resultados son razonablemente buenos: admite las situaciones sociales sin tanta angustia, su participación en ellas es mayor y acepta un empleo que unos meses antes -en palabras de él- hubiera rechazado sin ninguna duda. A pesar de estos logros el nivel alto de insatisfacción personal permanece. A partir de este momento el hecho más relevante del proceso terapéutico es la evitación por su parte de un tema concreto: entrar a valorar la influencia de su familia, y en especial de su padre, sobre él. El padre es descrito por el sujeto como persona de éxito, seguro de sí y poco dialogante. En el momento de la terapia a que hacemos referencia, el discurso de “C” versa insistentemente sobre la manifestación de sus dudas relativas a cómo comportarse, qué es lo que está bien y lo que está mal; el punto de referencia es su familia, encarnada en su padre, y el conflicto surge de que no puede ni dar por buenos los valores familiares ni enfrentarse a ellos, pero cuando este tema es propuesto abiertamente en la sesión, lo evita, lo desvía o lo trata de un modo hiperracional sin ninguna referencia a lo que siente o sintió.

Esta nos parece una de las situaciones a las que hemos hecho referencia anteriormente: hay un dilema moral subyacente que la persona todavía no puede permitirse explicitar porque, particularizando en el caso de “C”, el hacerlo le parecería un enfrentamiento, una crítica, un rechazo a su padre y aún no se puede tolerar esta situación. El planteamiento terapéutico que facilitó la resolución apuntó, como primer paso, a que el sujeto se permitiera plantearse el dilema moral de un modo explícito, y una vez planteado así, utilizar los argumentos del estadio siguiente para resolverlo, argumentos con los que ya tuvo que entrar en contacto

sólo para plantearlo.

En cuanto a los dos sujetos que pasaron del estadio de relativismo a un incremento sustancial del uso de razonamiento del estadio 5, se pudo observar que eran precisamente las cuestiones éticas (los conflictos éticos propiamente dichos, las cuestiones meta-éticas o la sensibilidad para percibir los avatares de su propia vida desde su vertiente ética) las que directamente se situaban en el corazón de los conflictos. O quizá sea más adecuado decir que el paso a un estadio de relativismo moral se produce precisamente cuando lo ético es percibido por el sujeto como de difícil solución y generador de conflictos.

Uno de los dos sujetos, “D”, nos servirá para profundizar algo más en esta situación. Se trata de un hombre de 28 años, estudiante universitario; vive solo, habiendo salido del hogar familiar a los 18 años para ir a estudiar a otra ciudad. El motivo que le impulsó a venir a terapia fue, literalmente, “las dificultades para salir de su habitación”. Pasaba días sin salir, y aunque podía hacerlo cuando se lo proponía -por ejemplo, para venir a terapia- se lo proponía pocas veces. El resultado era la eternización de sus estudios, la pérdida de relaciones sociales y la lejanía del mundo del trabajo. En otra época, hacia los 20 años, había tenido grandes crisis de angustia y dudas sobre su cordura, unas y otras habían desaparecido en el momento de iniciar la terapia. Aunque el tema de no salir de casa fue paliándose desde el inicio de la terapia, el centro de la misma fue “salir” en el sentido de integrarse en el mundo, aceptar responsabilidades y vérselas con los propios valores en situaciones reales y no en el mundo mental de los valores puros. A lo largo del proceso terapéutico se plantearon con mucha frecuencia cuestiones meta-éticas, y las sucesivas respuestas, o las sucesivas dudas, que “D” iba encontrando marcaron los hitos de dicho proceso, es decir, que resoluciones de tipo moral marcaban cambios emocionales, cognitivos y conductuales. El final de la terapia, con el resultado de su salida al mundo manteniendo la consistencia no rígida con sus propias ideas fue considerado satisfactoria tanto por “D” como por el terapeuta.

## **RESUMEN Y CONCLUSIONES**

Como se ve, hay diferentes modos en los que el conflicto ético puede emerger y situarse en una posición central en el proceso terapéutico. Retomando algunos de los puntos ya mencionados y considerando a los sujetos del estudio globalmente se pueden hacer las siguientes observaciones:

En todos ellos las cuestiones morales -con diferentes grados, modos de presentarse y en diferentes momentos del proceso- parecen ocupar una posición importante dentro del proceso terapéutico.

Ayudar a plantear, analizar, debatir y resolver los dilemas morales resultó en sí mismo terapéutico, Desde el punto de vista del terapeuta, pensar en términos de dilemas morales aportó una gran riqueza de pistas y líneas de actuación.

En algunas personas parece que el aumento de estadio es un paso necesario

para resolver sus problemas, mientras que para otras personas el cambio consiste en el afianzamiento y generalización de un estadio también respecto a las áreas conflictivas.

Es de resaltar que las dos personas que obtienen una puntuación de madurez moral más alta son las dos únicas del grupo que abandonan su casa para ir a estudiar a otra ciudad, es decir, las únicas que en este sentido, como apunta Kohlberg, tuvieron un período de moratoria fuera de su casa. De los diez sujetos, seis viven aún con su familia; de ellos cinco sitúan su dilema real en las relaciones con su familia; el único que no lo hace es "C", la persona que tenía dificultad para pensar en su familia en términos de dilemas. Las dos personas que cambiaron de ciudad no sitúan en la familia sus dilemas reales. Esto parece confirmar las posiciones de Kohlberg sobre el desarrollo moral en el adulto, así como la imposibilidad de desvincular este desarrollo de la evolución emocional y cognitiva del sujeto.

La actitud del terapeuta aceptando las cuestiones éticas como parte de pleno derecho de la terapia, junto con una adecuada propuesta de modos de razonamiento sobre los dilemas morales del sujeto progresivamente más evolucionado, son, en mi opinión, las piedras angulares sobre las que descansa el éxito terapéutico cuando la situación se da como la hemos descrito aquí. Probablemente, una cuestión clave sea la habilidad en integrar estos instrumentos favorecedores del desarrollo moral con los planteamientos, modos y técnicas habituales del terapeuta. De hecho, se da la desaparición o mitigación de síntomas patológicos al desbloquear el conflicto moral, y, a su vez, estos conflictos están ligados a la personalidad y experiencias globales del sujeto, por lo que un afrontamiento integrado no sólo será útil sino, quizá, imprescindible.

Finalmente, quisiera volver sobre la cuestión de que la emergencia de dilemas morales en algunas ocasiones como centro del proceso terapéutico, toca un tema tradicionalmente delicado en el campo de la psicoterapia: la hipotética neutralidad del terapeuta. ¿Cuál es el grado de intervención idóneo, si es que lo hay, no sólo desde el punto de vista de la eficacia, sino también desde el punto de vista de lo que es ético y de lo que no lo es? Es innegable que los valores del terapeuta, o mejor, que la interacción entre los valores del terapeuta y los del paciente tiene un papel importante en el encuentro terapéutico (Pope, 1979; Rojí, 1986). Obviamente, hay que protegerse contra la manipulación para que un determinado valor o grupo de valores prevalezcan, pero eso no debe hacernos temer la propuesta de abrir la terapia cuestiones meta-éticas o a la posibilidad de ofrecer modos de razonamiento sobre temas éticos un paso más evolucionados que los que la persona presenta en un momento dado, y que no le permiten avanzar en la resolución de sus problemas.

Lo anterior lleva inevitablemente a la cuestión del nivel de razonamiento moral del propio terapeuta, en dos sentidos. El primero sería la necesidad del conocimiento del propio estadio desde el que se juzgan los asuntos morales y el incremento de la sensibilidad al reconocimiento y al trabajo sobre los temas

morales, así como su integración con otros elementos que conforman la personalidad desde un punto de vista global. El manejo razonablemente fluido de una teoría sobre el cambio en el pensamiento moral -aquí se ha manejado la de Kohlberg, pero no es la única- parece necesario.

El segundo sentido en el que la cuestión del nivel de razonamiento moral del terapeuta interesa es el que desemboca en las siguientes preguntas: ¿cuál es el estadio mínimo de razonamiento moral exigible a un terapeuta? ¿puede, por ejemplo, un terapeuta en un estadio 4 asumir la terapia de una persona en un estadio 4/5 cuando el tema de las cuestiones meta-éticas es relevante para la terapia? No parece posible, por un lado, concebir a un terapeuta que merezca tal nombre por debajo de ciertos niveles de razonamiento moral, aunque la historia de las aplicaciones de la tecnología psicoterapéutica nos muestre no pocos ejemplos de niveles morales ínfimos; y, por otro lado, parece claro que cuanto mayor distancia haya entre paciente y terapeuta a favor del primero más difícil le será a éste no ya ayudarle si no, para empezar, entenderle. En cualquier caso, son temas que, sin duda, merecen nuestra atención.

---

*En el presente artículo se parte de la observación de la emergencia de dilemas morales como parte central de la terapia de algunas personas, para seguir indagando, por medio del estudio de casos, en la relación entre desarrollo del razonamiento moral y avance de la terapia.*

## Referencias bibliográficas

- BERNE, E. (1976). *Beyond games and scripts*. New York: Ballantine.
- CENCILLO, L. (1988). *La práctica de la psicoterapia*. Madrid: Marova.
- COOPER, D. (1974). *La gramática de la vida*. Barcelona: Planeta, 1978.
- DIAZ-AGUADO, M.J. (1989). El conflicto como motor del desarrollo moral. En I. Etxebarria, I. (Comp.). *Perspectivas acerca del cambio moral*. San Sebastián: Servicios Editoriales, Universidad del País Vasco.
- ERIKSON, E. (1950). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- HERSH, R., REIMER, J., y PAOLITO, D. (1979). *El crecimiento moral. De Piaget a Kohlberg*. Madrid: Narcea, 1984.
- KOHLBERG, L. (1969) Stages and sequence: the cognitive-developmental approach to socialization. En D. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization. Theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- KOHLBERG, L. (1973). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development revisited. En P. Baltes & W. Schaie (Eds.), *Life-Span developmental Psychology*. New York-London: Academic Press.
- KOHLBERG, L. (1976). Moral stages and moralization: the cognitive developmental approach. En T. Lickona (Ed.), *Moral development and behavior*. New York: Holt.

- KOHLBERG, L., & KRAMER, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. *Human Development*, 12, 93-120.
- KOHLBERG, L., & HIGGINS, A. (1984). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. En L. Kohlberg, *Essays in moral development*. Vol.2. San Francisco: Harper & Row.
- LAINO, R. (1967). *La política de la experiencia*. Barcelona: Crítica, 1977.
- MARTORELL, J.L. (1988a). Mistificación y juegos de poder en la terapia de pareja. *Cuadernos de Terapia de Familia*, 5, 10-22.
- MARTORELL, J.L. (1988b). *Guiones para vivir*. Madrid: PPC.
- MARTORELL, J.L. (1989). Laing y la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 27/28, 128-138.
- PIAGET, J. (1932). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Crítica, 1974.
- POPE, B. (1979). *The mental health interview. Research and application*. New York: Pergamon Press.
- PRIETO, J.L. (1989). *La utopía skinneriana*. Madrid: Mondadori.
- ROGERS, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- ROJAS, M.B. (1986). *La entrevista terapéutica: comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: Cuadernos de la UNED.
- SKINNER, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: A.A. Knoff Publishers.
- VILLEGAS, M. (1993). La entrevista evolutiva. *Revista de Psicoterapia*, 14/15, 39-87.