

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

EMOCIONES EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen IV - 4º. trimestre 1993



16 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a JOSE PUBILL GONZALEZ, M^a ROSA TORRAS CHERTA.

Secretaria de Redacción: ARIADNA VILLEGAS TORRAS

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CARO GABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

Secretaria de Administración: INMACULADA RODRIGUEZ ESTAUN

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen V - Nº 16 - 4º. trimestre 1993

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Fotocomposición, Fotomecánica: Gabinete Velasco Tel.: 418 28 67 BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA,
Llull 109, 08005 Barcelona. Tel.: (93) 485 26 78

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.500 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
LA INTEGRACIÓN DE LA EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA	5
Leslie S. Greenberg y Lorne Korman	
NIVELES DE CONCIENCIA EMOCIONAL: IMPLICACIONES PARA LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA	21
Richard D. Lane y Gary E. Schwartz	
EMOCIONES Y CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO: IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA CONCEPCIÓN CONSTRUCTIVISTA DE LOS PROCESOS EMOCIONALES	39
Luis Botella	
EMOCIONES, MOTIVACIONES Y COGNICIONES EN EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA: INTERSECCIÓN ENTRE COGNITIVISMO Y EPISTEMOLOGÍA EVOLUCIONISTA	57
Giovanni Liotti	
LAS EMOCIONES DEL TERAPEUTA	69
Laura Fruggeri	
LAS MARCAS DE LA EMOCIÓN EN EL DISCURSO	83
Joan Obiols, Encarna Laguna, Agnès Vayreda, Ana M ^a Fernández, Valeria Salcioli.	
RECONOCIMIENTO EMOCIONAL EN PSICOTERAPIA .	103
Paulo P.P. Machado	
* * *	
IX CONFERENCIA ANUAL DE LA SEPI NUEVA YORK, 23-25 ABRIL 1993	123
Carlos Mirapeix	

EDITORIAL

Las emociones ocupan un lugar privilegiado en el proceso de cambio psicológico y, en consecuencia, en el trabajo psicoterapéutico. El reconocimiento de su importancia, sin embargo, no se ha producido de forma homogénea en el marco de las diversas corrientes terapéuticas. Para algunas las emociones no son más que epifenómenos perturbadores del trabajo terapéutico, cuya finalidad parece la de alcanzar un estado de ataraxia serena y racionalista. Para otras perspectivas las emociones constituyen el foco central de la atención terapéutica, y se confía a su libre expresión la dinámica del cambio psicológico, independientemente de las transformaciones de carácter cognitivo que puedan producirse. Otras, finalmente, otorgan a la experiencia conductual toda la responsabilidad del cambio, prescindiendo de los procesos internos que puedan originarse.

Esta falta de acuerdo sobre el valor de las emociones es reflejo de la dicotomía habitual establecida entre procesos cognitivos y afectivos, una especie de prolongación de la visión dualista mente/cuerpo que ha predominado en el pensamiento occidental durante tantos siglos de filosofía neoplatónica y cartesiana. La mentalidad actual parece dispuesta a aceptar la exigencia de integración de los diversos procesos psicológicos.

Este es el tema de los tres primeros artículos de esta monografía. En el primero de ellos, escrito en colaboración por Leslie Greenberg y Lorne Korman, que versa sobre *la integración de la emoción en psicoterapia*, se concibe la emoción como un medio de información del organismo, uno de los primeros niveles con que tanto el niño como el adulto construyen la realidad. El siguiente artículo de Richard Lane y Gary Schwartz es particularmente interesante a este respecto puesto que en él se analizan los *niveles de conciencia emocional y sus implicaciones para la integración en psicoterapia*. La perspectiva defendida por los autores en el artículo puede considerarse estructural y evolutiva, a la vez. La evidencia que se extrae del análisis de estos niveles es que las emociones son óptimos indicadores de los procesos de cambio y que éstos, a su vez, son fenómenos complejos en los que se integran necesariamente las dimensiones cognitivas, afectivas y comportamentales. Finalmente, desde una perspectiva semejante, enmarcada en el ámbito del constructivismo, Luis Botella considera las emociones en relación al proceso de *construcción del significado*.

Otros autores se centran en esta monografía particularmente en los sistemas de respuesta emocional del terapeuta. Tal es el caso del artículo de Giovanni Liotti, el cual desde una perspectiva etológica integrada trata el tema de *las emociones, motivaciones y conocimiento en psicoterapia y su interrelación tanto para el paciente como para el terapeuta*. Laura Fruggeri es más explícita en su referencia a *las emociones del terapeuta*, las cuales están ligadas de una forma recursiva a cualquier modalidad de intervención en un sistema individual o grupal con el que se relacione.

Los dos últimos artículos están dedicados a la identificación de las emociones a través de sus distintos registros expresivos verbales y no verbales. El primero de ellos escrito en colaboración por Obiols, Laguna, Vayreda, Fernández y Salcioli, autores de procedencia psiquiátrica, psicológica y lingüística desarrolla específicamente el tema de *las marcas de la emoción en el discurso*. El segundo, obra de Paolo Machado, está orientado igualmente al *reconocimiento de las emociones en psicoterapia*, particularmente a través de sus expresiones paralingüísticas, posturales y gestuales.

Somos conscientes de que el tema de las emociones en psicoterapia es un tema muy complejo y que no puede ser abordado en su totalidad en una monografía. Sin embargo, hemos hecho un esfuerzo especial, dedicándole una mayor número de páginas y de artículos de lo que es habitual en una monografía publicada en un número simple de la revista. Ello ha exigido una mayor dedicación de tiempo y dinero que ofrecemos por el precio de siempre a nuestro suscriptores, pero que nos ha llevado a aumentar ligeramente el precio del ejemplar adquirido fuera de suscripción. Esperamos que tanto el lector habitual como el ocasional sepan apreciar estas circunstancias.

LA INTEGRACIÓN DE LA EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA

Leslie S. Greenberg y Lorne Korman
York University

In this paper we discuss the nature of emotion, in the light of modern evolutionary and cognitive theories. An empirical measure of clients' emotion episodes is presented that implicates cognitive, affective, and motivational components in emotional processing. We argue that emotion plays an important role in therapy, providing information about clients' reactions, needs, beliefs, and appraisals. Because sound emotional processing is integral to adaptive human functioning, schemes governing affective processing constitute key therapeutic targets. To this end, we argue that differential emotionally focused intervention is needed for different types of emotional problems.

INTRODUCCION

Existe una conciencia cada vez mayor en psicología respecto a la consideración de la emoción como un componente clave en el estudio de la mente. Para ser completas, las teorías del funcionamiento humano deben integrar la cognición, el comportamiento, la interacción, la motivación, y la emoción. En este artículo, se contempla la naturaleza de la emoción y la experiencia emocional, particularmente desde las modernas teorías evolucionarias y de redes, en las cuales se considera la emoción como un sistema de componentes organizados. Se discuten, así mismo, las formas en que la emoción es importante en el cambio psicoterapéutico, y se defiende que la evaluación diferencial del procesamiento emocional actual de los clientes es necesaria para la ejecución de diferentes tipos de intervenciones centradas en la emoción.

SOBRE LA NATURALEZA DE LAS EMOCIONES

El punto de vista actual sobre las emociones, como cambios biológicamente basados en la disposición a la acción relacional (Frijda, 1986; Greenberg y Safran, 1987, 1989; Safran y Greenberg, 1991; Oatley y Jenkins, 1992), tiene particular importancia en la integración de la psicoterapia porque considera la emoción como

una integración de afecto, cognición, motivación, y acción relacional. Según Frijda (1986), las emociones son tendencias de acción relacional que resultan de la evaluación de una situación que nos afecta. Este enfoque introduce la motivación y la cognición dentro de la emoción. El afecto, sin embargo, no se puede reducir a la cognición o a la motivación. Más bien, el afecto es un medio de información del organismo neurológicamente independiente, mediante sensaciones corporales y tendencias a la acción, de sus respuestas evaluativas a las situaciones internas y externas. La emoción supone una evaluación perceptual automática de la situación en relación a la supervivencia del self o al bienestar, esto es, evaluaciones sobre lo que es bueno y malo para uno mismo. Por otro lado, la cognición transmite información sobre el contenido y la estructura de las situaciones y se relaciona fundamentalmente con la veracidad de los hechos. La motivación es una disposición al deseo de ocurrencia o no ocurrencia de un tipo determinado de situación - una necesidad, o un objetivo, por ejemplo-. Una inquietud, una necesidad, o un objetivo sirven, pues, de representación interna de diversas situaciones. Si la evaluación de la situación y la implicación no están suficientemente bien emparejados, se origina una emoción en forma de tendencia de acción y prepara la persona para actuar de manera consistente con el logro de sus objetivos. De esta manera, las respuestas emocionales son de capital importancia, ya que indican que un valor objetivo importante para el individuo puede resultar perjudicado o beneficiado según las situaciones (Frijda, 1986), y que se hallan implicadas en el establecimiento de objetivos prioritarios (Oatley y Jenkins, 1992).

Las tendencias de acción relacional han sido definidas como la disponibilidad a actuar de una determinada forma para establecer, mantener, o interrumpir una relación del individuo con el entorno (Arnold, 1970; Frijda, 1986). Desde este punto de vista, las diferentes tendencias de acción corresponden a diferentes emociones. El enfado, por ejemplo, se asocia con la necesidad de atacar, apartar, o liberarse de algo o de alguien. El miedo corresponde a la actitud de huida, mientras que la alegría se asocia con la tendencia a abrirse al contacto. Las emociones que se caracterizan en términos de disposición a actuar y en expresiones faciales corresponden a lo que se ha denominado como emociones primarias o fundamentales (Ekman y Friessen, 1975). Las emociones más complejas, tales como el orgullo o los celos se definen más claramente por la situación, a través de relatos o escritos. No presentan rasgos faciales característicos ni una tendencia particular a la acción.

Las emociones primarias, por lo tanto, predisponen a la acción. Son tendencias o disposiciones a la acción inmediata. Presentan la cualidad de urgencia, reclaman atención y llevan a la ejecución e interrumpen otros programas conductuales o cognitivos. Los procesos de nivel superior median estas tendencias a la acción y las transforman en conductas orientadas al objetivo. Si hay un desplazamiento suave e ininterrumpido hacia el objetivo de la tendencia de acción, la emoción no se experimenta conscientemente, y, por lo tanto, la acción se ejecuta sin la experiencia

de la emoción. Sin embargo, si se bloquea el camino, se desarrolla una consciencia más fuerte del sentimiento con el fin de aumentar la motivación para superar la interrupción de la acción (Tomkins, 1962).

EXPERIENCIA EMOCIONAL: TEORIAS DE REDES Y DE SISTEMAS

Además de incluir los cambios en la disposición a actuar, las emociones incluyen la experiencia fenomenológica del sentimiento. Las teorías de redes caracterizan la experiencia emocional como la síntesis de diferentes niveles de procesamiento. Desde esta perspectiva, la emoción sirve de fuente de información sobre nuestras reacciones a situaciones, suministrando información sobre el significado de los hechos. Por eso, reconocer y prestar atención a los propios sentimientos es importante para organizar las respuestas adaptativas a las situaciones (Greenberg y Safran, 1984, 1987, 1989).

Leventhal (1979) considera la emoción como una forma de conocimiento implícito, que integra tres niveles diferentes de procesamiento. El nivel *motor expresivo*, que depende de las señales, desempeña una función adaptativa biológica, constituye el primero. En un niño, por ejemplo, se provoca el miedo con una sombra inquietante, mientras que se desencadena la rabia con la violencia o la restricción.

El segundo nivel es el de la *memoria esquemática*, la cual, a medida que el individuo se desarrolla, estructura representaciones de las experiencias emocionales específicas del individuo. Los esquemas sirven de almacén de los rasgos perceptuales claves ocasionados por la experiencia y de las respuestas motórico-expresivas evocadas. Estos procedimientos unen los estímulos desencadenantes a la experiencia emocional, dando origen a reacciones emocionales automáticas. Por eso, las reacciones emocionales tales como el miedo o sentirse acorralado, se codifican en esquemas emocionales, tanto autónomos, por ejemplo el aumento de pulsaciones, como semánticos, en términos de significados subjetivos como la imagen del rostro de la madre que mira al niño en la cuna. Tales esquemas emocionales son de fundamental importancia en la vida emocional.

El tercer nivel de procesamiento propuesto por Leventhal es de *naturaleza conceptual*, e incluye procesamientos secuenciales, proposicionales y volitivos tales como el pensamiento de ser controlado o acorralado por acercarse demasiado a una persona. Este nivel representa recuerdos, abstracciones, y pensamientos *sobre* la experiencia emocional y su regulación, más que incluir memoria emocional *per se*. A medida que el individuo se desarrolla intelectualmente, el proceso conceptual (por ejemplo, ideas, evaluaciones) que acompaña la experiencia emocional se incorpora a la red o al esquema emocional que representa la experiencia vivida. Este procesamiento conceptual se incorpora en el esquema emocional junto con las respuestas motórico-expresivas y la representación de los rasgos perceptuales claves que produjeron la respuesta.

De este modo, los procesos asociativos automáticos que producen respuestas

primarias, basadas en evaluaciones perceptuales simples, regulan la formación de la experiencia emocional. Sin embargo, a medida que la persona agrupa varias informaciones sensoriales, ideacionales, y de memoria bajo un mismo prototipo, se produce inmediatamente una respuesta más compleja. Este esquema integrativo a alto nivel, que se ha denominado “esquema de emoción”, sintetiza la cognición, la motivación, y el afecto para ofrecer la sensación que tenemos de nosotros mismos y del mundo (Greenberg, Rice, y Elliot, 1993). En una intervención centrada en las emociones este proceso de organización interna se considera como el objetivo primario del cambio terapéutico.

Los esquemas emocionales son, en consecuencia, organizaciones de procesos que codifican e integran la información proposicional y sensorial relacionada con la experiencia emocional. Dirigen nuestro procesamiento automático y dan origen a sentimientos y estados emocionales complejos. En consecuencia, la emoción en los adultos es la experiencia *gestalt* resultante de diferentes aspectos implícitos, inconscientes o niveles de procesamiento de información. Finalmente, es importante señalar que mientras las emociones nos predisponen para la acción, no nos llevan directamente a la acción; ésta debe ser mediada por la planificación consciente y el establecimiento de objetivos (Greenberg y Safran, 1987; Safran y Greenberg, 1991).

MEDICION DE LOS EPISODIOS EMOCIONALES

Dada esta perspectiva teórica y el consenso creciente sobre la importancia de la emoción en psicoterapia, se considera necesario desarrollar una medida de la emoción que se pueda utilizar en la investigación en psicoterapia. Los avances recientes en el campo de investigación de procesos han demostrado el valor de desarrollar medidas de manifestaciones intrasesión de fenómenos de importancia teórica, aislando los episodios que lo contienen (Perry, Luborsky, Silberschatz, y Popp, 1989; Rice y Greenberg, 1984). Por eso se ha considerado que una medida de los episodios emocionales (EE), relatados o experimentados en psicoterapia, podría ayudar a entender la forma cómo cambian los clientes. Esto se conseguiría evaluando los cambios que los clientes señalan como emocionalmente significativos. Se intenta estimar la evaluación de la gente sobre sí mismos y sobre las situaciones, y emparejar estas evaluaciones con sus intereses y necesidades.

Definición de Episodios Emocionales

Para desarrollar una definición de un episodio emocional (EE), se ha utilizado una exploración racional-empírica de la actuación de los clientes en la sesión (Greenberg, 1991; Rice y Greenberg, 1984). Este proceso circular incluyó primero la construcción de un modelo de un episodio emocional (EE). A continuación, bajo este modelo, se observaron los episodios emocionales reales de la terapia, se revisó y se mejoró el modelo, y nuevamente se observaron las actuaciones reales hasta que

el modelo estuvo suficientemente perfeccionado como para incluir todos los ejemplos. En este análisis, los informes de los clientes sobre sus reacciones emocionales se utilizaron como indicadores para identificar estos episodios. Se definió un episodio emocional en la terapia “como un segmento de la actuación en la sesión en el cual el cliente habla sobre la experiencia de una emoción ocurrida en respuesta a una situación específica, real o imaginaria”. En este informe el cliente debe ser el agente del sentimiento y la respuesta debe contener una emoción más que un pensamiento.

Una vez se ha identificado la respuesta emocional, se señala el inicio del episodio siguiendo la transcripción hacia atrás hasta el comienzo del contenido temático relacionado con la respuesta emocional. Se considera que el episodio emocional (EE) continúa hasta que el tema de la narración cambia o se expresa una nueva respuesta emocional.

Se han identificado cuatro componentes observables de los episodios emocionales (EE): 1) la respuesta emocional y la tendencia de acción que la acompaña, 2) la situación en sí misma, 3) la evaluación de sí mismo y/o de la situación, y 4) la implicación. La tendencia a la acción es parte de un conjunto con la reacción emocional, en la medida en que el comportamiento o la tendencia dirigida significativamente se asocian con la experiencia subjetiva de la respuesta emocional.

Una vez se ha identificado la tendencia de acción, y se han situado los límites del episodio emocional (EE), el próximo paso es identificar la “situación”, contexto o hecho con el que se halla asociado. A continuación se identifica la “evaluación” del sí mismo y/o de la situación que representa el significado idiosincrásico que la situación adquiere para el sujeto. Para determinar la evaluación hay que preguntar: “¿Cómo construye el individuo la situación en relación consigo mismo?” Finalmente, se identifica la implicación aislando las declaraciones explícitas sobre preocupaciones, necesidades u objetivos, o en su ausencia, infiriéndola implícitamente de las declaraciones del cliente, aunque como norma conviene inferir lo menos posible. Frijda (1986) define la “implicación” como “una disposición a desear (la) ocurrencia o no ocurrencia de un determinado tipo de situación” (p.335). Aunque se tiende a utilizar los términos “implicación”, “necesidad”, y “objetivo” de forma intercambiable, aquí se adopta el primero porque tiene una connotación más general.

Para que se considere un episodio emocional (EE), los segmentos terapéuticos necesitan contener como mínimo una situación y una respuesta emocional o una tendencia de acción. Por eso la falta de evaluación no evita la inclusión de un segmento como un episodio emocional (EE).

Para los propósitos del estudio, se evaluaron cualitativamente las evaluaciones y reacciones emocionales, pero se decidió sacar provecho de la literatura existente para desarrollar un sistema de categorías para medir las implicaciones. Después de varias consideraciones, las listas de necesidades delineadas por Murray (1938) y

Maslow (1987) se incorporaron separadamente en el sistema de medidas. Se escogieron estas listas, respectivamente, por sus cualidades exhaustivas y sucintas. Por eso, las preocupaciones expresadas por los clientes en la terapia se describieron seleccionando la necesidad correspondiente en las listas de Murray y Maslow. Más abajo se presenta un ejemplo de segmento de episodio emocional (Cuadro 1), extraído de una sesión de terapia en que la cliente habla de su dificultad en contestar cartas y mensajes. La respuesta emocional (RE) y la tendencia de acción (TA) se identifican primero y se encuentran en C3:

Cuadro 1

C1: Pienso que ahora me siento como si ya le hubiera fallado alguna vez. A pesar de que en otra conversación que mantuvimos le pedí disculpas, y, fue... muy... y fue mucho menos malo de lo que me esperaba, pero pienso que todavía no me he recuperado de aquello, y...

T1: Sí, sí, “le fallé y...”

C2: Continúo haciendo lo mismo otra vez.

T2: Hmm. ¿Qué es hacer “lo mismo otra vez”? ¿”No voy a, no voy a contestarle a tiempo”? ¿En un marco temporal es esto normal o concreto o algo? Y después hay el sentimiento de, ¿cómo es? Como “No le contestaré y...”

C3: Ni siquiera puedo, pienso que si me pongo en el lugar de la persona, soy capaz de hacerlo, pero respecto a mí, si recibo el mensaje, *me siento aterrorizada* (RE). Me veo a mí misma *escondiéndome* (TA) bajo la cama (Esto se refiere a un incidente durante la infancia en que la cliente se escondía bajo la cama para alejarse de los adultos que entonces venían e intentaban sacarla de debajo de la cama). Esto es. No lo puedo hacer. Tengo que esconderme. Y cuando me escondo... estoy, estoy escondiéndome y sé que van a...

T3: Sí, sí, y ellos vienen a buscarte...

C4: ...Y ellos vienen a buscarme.

T4: Sí ya veo. Entonces hay este terror, ¿no? Este amenazador “ellos van a venir por mí,” o de alguna forma hay este terror a algo que hay allí fuera. ¿Un sentimiento de sentirse vulnerable? ¿Qué es? vamos a ello.

C5: No lo sé. Creo que cuando me refugio, me estoy protegiendo a mí misma por cualquier razón, y aunque no soy feliz, me siento a salvo.

Una vez se han identificado y descrito los componentes del segmento del episodio emocional (EE), se organizan en un protocolo estandar, un ejemplo del cual puede encontrarse en la Figura 1. El protocolo en la Figura 1 está extraído del episodio del ejemplo anterior.

Figura 1

I. SITUACION	Mensaje telefónico de un cliente
II. RESPUESTA EMOCIONAL a) Reacción emocional (RE) b) Tendencia de acción (TA)	“Me siento aterrorizada” C3 “Tengo que esconderme” C3
III. EVALUACION a) de sí mismo b) de la situación	“Le he fallado” C1 “Vienen a cogerme” C4
IV. NECESIDAD a) Murray b) Maslow	Evitación C5 Seguridad C5

Se intenta evaluar si los episodios emocionales (EE) pueden servir de medida del cambio terapéutico. De forma más específica, se quiere saber si los episodios emocionales (EE) de un individuo muestran cambios cualitativos a lo largo del curso de las terapias exitosas, y si estos cambios ocurren igualmente en diferentes enfoques terapéuticos. También sería interesante ver si los individuos tienen episodios emocionales (EE) centrales característicos y si esto puede reflejar los aspectos claves del funcionamiento del individuo, sirviendo de medida de la organización del individuo. A nivel clínico, los episodios emocionales (EE) pueden jugar un papel de diagnóstico de procesos en la terapia. “El diagnóstico de proceso” se refiere a la práctica según la cual el terapeuta responde diferencialmente a distintas clases de indicadores expresados por los clientes (Greenberg, 1991). Tales indicadores advierten a los terapeutas que los clientes están preparados en determinados momentos para intervenciones específicas diseñadas para hacer frente a particulares tipos de problemas. En el caso del episodio emocional (EE), esto debería incluir la propia evaluación del cliente y de la situación en relación a sus implicaciones. Como herramienta de diagnóstico de proceso, los episodios emocionales (EE) deberían poner en sobreaviso a los terapeutas sobre qué formas particulares de procesamiento esquemático del sí mismo están actuando en este momento, y señalar que los clientes se hallan óptimamente receptivos a intervenciones que les ayuden a desvelar sus modalidades de procesamiento.

Por ejemplo el indicador de una reacción emocional de rabia puede advertir que una implicación presenta un riesgo, que un cliente se siente violentado, o que el camino hacia el objetivo está obstruido. El indicador señala que en aquel momento resultaría fácil para el terapeuta evocar o prestar atención a las evaluaciones del sí mismo y de la situación, y a las implicaciones pertinentes, necesidades,

u objetivos relacionados con la experiencia del enfado. Por eso, la experiencia de la emoción señalada por los episodios emocionales (EE) alerta sobre la ocurrencia de procesamientos esquemáticos pertinentes al bienestar del individuo y constituye un objetivo valioso para la intervención. En la próxima sección se explicará por qué, desde nuestro punto de vista, es tan importante prestar atención a la emoción en psicoterapia.

POR QUÉ LA EMOCION ES IMPORTANTE EN PSICOTERAPIA

La emoción es importante en la terapia por una serie de razones que se exponen a continuación:

La emoción ofrece información sobre la motivación y la cognición

Las emociones ofrecen un medio importante de acceder a las implicaciones fundamentales y a las creencias nucleares de los clientes. Por eso la emoción es el camino hacia la motivación y la cognición. En la terapia, las respuestas afectivas de los clientes señalan lo que es importante para una persona y, en consecuencia, ofrecen un enfoque para acceder a las necesidades, intereses y objetivos centrales de los clientes. Además, la emoción ofrece el acceso a las creencias y evaluaciones nucleares de sí mismo y del mundo. Es importante centrarse en las emociones que se producen habitualmente en el cliente, porque ofrecen una información que es altamente subjetiva y pertinente.

La emoción es un sistema orientador y productor de significados

La emoción ofrece información sobre nosotros mismos y nuestras reacciones a situaciones, significa lo que nos preocupa, y es fundamentalmente un sistema orientador adaptativo. La emoción nos informa sobre la significación de los hechos para nosotros. Por eso, si evitamos nuestros sentimientos, nos sustraemos a nosotros mismos información que nos ayudaría a orientarnos en nuestro entorno para conocer nuestras necesidades y solucionar problemas. La disfunción en el acceso a la información de nuestro sistema de respuesta/evaluación primaria significa que existe un problema. Cuando los sistemas emocionales son disfuncionales, la terapia tiene que ayudar a la gente a que se dé cuenta de ello y que tiene que acceder a la información que sus emociones ofrecen para conocer las necesidades del organismo.

La emoción controla la acción relacional

Frijda (1986) argumenta que la emoción controla la acción, una cualidad que se ha denominado "*precedencia de control*". La emoción también explica la acción relacional hacia la cual se inclina una persona. También, debido a la *precedencia de control*, la emoción produce cambios en el comportamiento. Una observación clínica muy corriente es que las cogniciones que controlan el comportamiento

parecen cambiar más cuando la cognición se ve acompañada por una emoción congruente. Los terapeutas necesitan facilitar una congruencia entre pensamiento y emoción para favorecer el cambio conductual.

El conocimiento de los indicadores emocionales ofrece claridad personal y control

Si las emociones ocurren sin que se tenga ningún conocimiento de estos indicadores, el estado emocional del individuo puede resultar desconcertante. Cuando se producen señales automáticas de un esquema emocional idiosincrático, el esquema de señales puede ser más pertinente a los rasgos del constructo subjetivo de una persona que a los rasgos de la situación, y la respuesta de la persona puede parecer inapropiada (Greenberg, *et al.*, 1993; Rice y Greenberg, 1991). Por eso, la gente puede considerar automáticamente situaciones neutrales como rechazos o como amenazas a su competencia, y se pueden sentir inseguros, temerosos, o desvalorizados y despreciados. Posiblemente respondan con sentimientos de miedo o tristeza sin saber por qué.

Si la gente puede representarse conscientemente sus propias evaluaciones y respuestas emocionales, es posible que experimenten un mayor dominio sobre sí mismos, y sientan que pueden empezar a tratar con su experiencia interna. Sin tal conocimiento, se hallan a merced de sus procesamientos automáticos y atados a sus propias reacciones.

La emoción es un sistema regulador

La regulación es una parte esencial del proceso emocional. El comportamiento y la experiencia emocional no son sólo el producto de la excitación de una tendencia de acción, sino también de la inhibición de la misma tendencia. La emoción depende del equilibrio entre dejarse ir o reprimirse. Los problemas potenciales en el sistema incluyen tanto la presencia de las emociones no deseadas como la ausencia de las deseadas. Por eso los problemas pueden surgir tanto de la supresión como de la sobre-reacción. Nos enfrentamos al tener que buscar el equilibrio en la expresión de nuestras emociones. Consecuentemente, la terapia necesita incrementar no sólo la expresión y la exploración del sí mismo, sino también del autocontrol y del equilibrio. Además la terapia necesita ayudar a la gente a comprender cómo interrumpen su expresión y experiencia emocional y también como pierden control o reaccionan de forma exagerada.

Las estructuras emocionales inadaptadas tienen que reestructurarse

La experiencia de la vida lleva al desarrollo de esquemas cognitivo-afectivos complicados. Estas estructuras conservan las reacciones experimentadas más los rasgos dominantes de las situaciones que provocaron las emociones. Cuando se activan los esquemas emocionales en un contexto nuevo, puede que generen las

respuestas a una situación previa. Por ejemplo, la gente puede reaccionar con miedo a la intimidad, si quienes estuvieron muy próximos abusaron de ellos. Cuando las respuestas emocionales ya no se adaptan a las situaciones actuales, la reestructuración de los esquemas emocionales se convierte en una meta importante de la terapia. Se necesita que se activen estos esquemas en la psicoterapia para que se puedan reestructurar.

Por eso, la emoción es una herramienta muy valiosa en terapia. La experiencia de la emoción significa que los sistemas esquemáticos se han activado, e informa sobre las evaluaciones, preocupaciones, reacciones y elementos provocadores situacionales centrales de una persona. La emoción es un sistema regulador importante que controla la acción y enseña el camino para encontrar las necesidades del organismo. La intervención centrada emocionalmente es, por tanto, un aspecto importante de un enfoque integrador de la terapia.

TRABAJAR CON EMOCIONES EN TERAPIA

Intervención terapéutica

A continuación se resumen los aspectos claves de la terapia centrada en las emociones en tres clases importantes de intervenciones y un proceso de cambio central. Estas intervenciones se han discutido de forma más amplia en otros trabajos (Greenberg y Safran, 1987, 1989; Safran y Greenberg, 1991). Las intervenciones son importantes como mínimo para una de las razones anteriores, y se construye la hipótesis de que todo ello llevará a cambios mensurables en los episodios emocionales (EE) a lo largo del curso del tratamiento.

Conocer las emociones de los clientes

Esta clase de intervenciones incluye diferentes formas de ayudar a los clientes a prestar atención a sus sentimientos. Tal como se ha dicho anteriormente, la emoción no puede ofrecer su función adaptativa biológica si no se presta atención de forma inmediata y precisa a la experiencia emocional. Dirigir a los pacientes hacia lo que sienten les ofrece información sobre las tendencias adaptativas de respuesta. Por este motivo, el reconocimiento del terapeuta de los indicadores del episodio emocional (EE) puede ser particularmente útil. Una vez identificados, la atención selectiva a los componentes del episodio emocional (EE) conduce a la elaboración de importantes aspectos cognitivos, motivacionales, y emocionales de la experiencia de un individuo.

Se puede enseñar a los clientes a prestar atención a los diferentes niveles de experiencia emocional. Por ejemplo, cuando se les ha enseñado cómo prestar atención a las sensaciones corporales, los clientes pueden empezar a experimentar sensaciones reales tales como tensión y dolor. Centrarse en la acción motórico-expresiva conduce al conocimiento de gestos, cualidad vocal, expresión facial, y

movimientos idiosincrásicos. El conocimiento consciente de las emociones primarias diferenciadas se convierte en sentimientos de tristeza, rabia, miedo, asco y alegría. Prestar atención a los sentimientos complejos y significados sentidos conduce a la diferenciación de un sentimiento experimentado interior en un significado situacional complejo, tal como el sentimiento de humillación. De forma similar, la experiencia sensorio-expresiva-motor se puede elaborar en sentimientos como el estar *agotado* o *hundido*. Lo más importante es prestar atención a tales significados idiosincrásicos, incluidos en las emociones relacionales complejas. A menudo la simbolización del significado idiosincrásico se ve facilitado por la identificación del estímulo que desencadena la emoción y la atención en el sentido corporal experimentado de la reacción del cliente. Finalmente, al simbolizar necesidades, deseos, o preocupaciones, se debería llevar al cliente a fijarse en la tendencia de acción que se asocia con la emoción, ofreciéndole una clara tendencia direccional.

La comprensión empática y la respuesta a sentimientos es otro método importante para dirigir la atención del cliente a una experiencia interna. Cuando un sentimiento asoma a la consciencia lo hace a menudo de una forma un tanto vaga, y la persona se siente insegura. Al comprender a los clientes empáticamente, los terapeutas confirman los sentimientos altamente subjetivos de los clientes como reales. A medida que la terapia progresa, el sentimiento experimentado como inseguro evoluciona de un estado indiferenciado a otro de mayor diferenciación, articulación e integración, hacia el reconocimiento de una necesidad. Por ejemplo, un sentimiento de “me siento mal”, puede evolucionar hacia otro de “tengo miedo”, posteriormente hacia “tengo miedo de verme expuesto, especialmente ante ti” y finalmente hacia “prefiero que no estés aquí”.

Evocar la emoción del cliente

Esta clase de intervención conlleva un número importante de procesos que facilitan el cambio. Primero, cuando se experimentan emociones, éstas conducen al acceso de las cogniciones centrales y creencias organizadoras (Greenberg y Safran, 1987). Cuando los clientes experimentan realmente el dolor, pueden convencerse de que son un fracaso o que son desagradables. En la terapia de pareja, por ejemplo, sólo cuando se experimenta el miedo de ser abandonado surgen los pensamientos y evaluaciones de no ser dignos de amor.

La experiencia de la emoción también lleva a la acción. La emoción motiva el comportamiento, y su provocación o intensificación se pueden utilizar para cambiar la conducta. Cuando uno se siente enfadado, triste, o alegre, es probable que actúe en consecuencia. Por eso, la rabia fomentará su correspondiente tendencia de acción, y la acción asertiva puede a su vez ayudar a superar el miedo.

Finalmente, la expresión de la emoción lleva a nuevos procesos emocionales y a la ejecución. Como consecuencia de un trauma, se produce a menudo una falta

de procesos de reacciones emocionales completos, y una interrupción de las tendencias de acción. Esto puede impedir la habilidad de asignar eficientemente la capacidad de procesamiento a otras tareas, y previene contra las cosas de la vida. La gente necesita revivir, reexperimentar, y expresar completamente sus emociones interrumpidas en una secuencia de libertad, descanso, y recuperación en el marco seguro de la terapia (Greenberg y Safran, 1985; Nichols y Efran, 1985).

Reestructuración emocional

Esta clase de intervenciones explican posiblemente el objetivo más importante de la terapia centrada en la emoción: cambiar las evaluaciones y reacciones de la gente en ciertas clases de situaciones mediante el cambio en los esquemas emocionales. Para conseguir esto, primero el esquema emocional debe disponer de la acción activadora pertinente de forma que provoque la estructura interna. Esto se consigue prestando atención a la experiencia provocadora de emociones actuales, tales como las sensaciones corporales, el movimiento expresivo, las imágenes, los recuerdos, más que a las conceptualizaciones. Estimular algunos nodos de la red, la activa y pone en marcha. Por ejemplo, al prestar atención a la imagen de la cara de uno de los padres y a través de la reacción interna que esto provoca y el cambio de respiración, se puede evocar la experiencia del sentimiento hacia el padre.

Segundo, una vez se han evocado los esquemas existentes, se forman nuevos esquemas y recuerdos al disponer de nueva información que es incompatible con los elementos en las estructuras emocionales existentes. Una variedad de informaciones diferentes consigue la reestructuración emocional al poner a la disposición del conocimiento nueva información.

Un buen ejemplo de reestructuración emocional ocurre cuando se resuelven asuntos inacabados mediante el método de la silla vacía. En este proceso la persona accede y trabaja a través de sentimientos malos persistentes hacia otra persona (Greenberg, *et al*, 1993). Se evoca el esquema del sí mismo/otros, y a medida que la emoción anteriormente interrumpida se expresa hasta su terminación, surgen la nueva emoción, las necesidades previamente desconocidas, y las opiniones alternativas sobre el otro... Esta nueva información fuerza la reorganización del esquema original (Daldrup, Beutler, Engle y Greenberg, 1988; Greenberg, 1988; Greenberg, 1991; Greenberg *et al.*, 1993).

Procesos de cambio centrales: Experimentar la emoción rechazada

Aunque la emoción opera de formas distintas y en diferentes momentos del proceso de cambio, un aspecto clave que se halla presente en todas las intervenciones incluye el permiso para experimentar las emociones previamente rechazadas. Permitir la experiencia emocional facilita el cambio mediante los tres procesos necesarios que ocurren secuencialmente.

Cambio en las relaciones internas

Se refiere a un cambio de la evitación y la evaluación negativas de la experiencia interna hacia un estado de *aceptación*. Los sentimientos de dolor, tristeza y desesperación no “son cosas como tales”, sino productos de relaciones internas. Los actos de acercarse, prestar atención, y aceptar o evaluar positivamente el propio dolor llevan hacia esta transformación.

Apropiación

Este es el proceso de identificar como propios sentimientos, recuerdos, necesidades, tendencias de acción, y pensamientos asociados que han sido enajenados. Las experiencias rechazadas, mientras no están integradas en la organización dominante del sí mismo, ejercen influencias en el comportamiento. La gente tiende a tratar con lo inaceptable despersonalizando sus sentimientos y no experimentándolos como propios, debilitando su organización. La terapia se puede entender no sólo como un proceso de traer el material previamente inconsciente a la conciencia, sino como recuperar la experiencia rechazada. Los terapeutas de la Gestalt (Perls, 1973; Yontef y Simkins, 1984) utilizan experiencias deliberadamente conocidas para fomentar las experiencias de “soy yo el que estoy pensando, sintiendo, necesitando, queriendo, o haciendo esto.” La gente puede distinguir entre el proceso conceptual de la información de una forma intelectual y la unión experiencial de la información del sí mismo (Greenberg *et al.*, 1993).

Aumento del sentimiento de agentividad

Junto con el sentimiento de volver a poseer aumenta el sentido de voluntad y el sentimiento de que uno es el agente de las propias experiencias. Se produce el sentimiento de que uno ya no está desesperado o que es la víctima pasiva de la propia experiencia. Con el desarrollo de un sentido de agentividad coherente con el sí mismo en relación con el propio dominio de la experiencia (Stern, 1985), se desarrolla la esperanza, a la vez que el sentimiento de “puedo hacer algo acerca de esto”. Aunque el sentido de agentividad no pueda ofrecer un plan concreto de acción, hay un sentimiento de confianza de que la acción es posible y de que puede ocurrir.

CONCLUSIONES

La emoción es un proceso orientador importante que ayuda al organismo en sus relaciones con el mundo externo. Una terapia que no se centre en la emoción pierde una gran parte de las probabilidades de facilitar un cambio. A nivel teórico, la emoción incluye una integración de la cognición, la motivación y el comportamiento. A nivel de intervención, sin embargo, es posible centrarse en el reconocimiento, evocación y reestructuración de los esquemas emocionales, intervenciones que son diferentes de las que modifican las cogniciones y conductas e interpretan

motivaciones. Como parte de un repertorio terapéutico, las intervenciones centradas emocionalmente pueden ampliar y aumentar la práctica integradora, y son adiciones importantes a una variedad de enfoques de la integración. Especialmente, los enfoques técnicamente eclécticos, sinérgicos, y asimilativos pueden beneficiarse mediante la integración de intervenciones centradas emocionalmente en su práctica (Messer, 1992; Schact, 1984)

En este artículo se discute la naturaleza de la emoción, desde la perspectiva de las teorías modernas cognitivas y de evolución. Se presenta una medida empírica de los episodios de emoción del cliente que implica los componentes cognitivos, afectivos, y motivacionales en el proceso emocional. Se sostiene que la emoción juega un rol importante en la terapia, ofreciendo información sobre las reacciones, necesidades, pensamientos, y evaluaciones de los clientes. Ya que el procesamiento emocional es integral a el funcionamiento humano adaptativo, los esquemas que dirigen el procesamiento afectivo constituyen los objetivos terapéuticos claves. Finalmente, se argumenta que se necesitan intervenciones diferenciales centradas emocionalmente para diferentes tipos de problemas emocionales.

Traducción: Ariadna Villegas i Torras

Referencias bibliográficas

- ARNOLD, M. (1970). *Feelings and emotion*. New York: Academic Press.
- BARTLETT, F.C. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DALRUP, R.J., BEUTLER, L.E., ENGLE, D. & GREENBERG, L.S. (1988). *Focused expressive psychotherapy*. London: Cassel.
- EKMAN, P. & FRIESSEN, W.V. (1975). *Unmasking the face*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- FRIJDA, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GREENBERG, L.S. (1991). Research on the process of change. *psychotherapy Research*, 1, 4-11.
- GREENBERG, L.S., RICE, L. & ELLIOT, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York: Guilford.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1984). Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy*, 8, 559-578.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.
- KORMAN, L.M. (1991). *Emotion episodes*. Unpublished master's thesis, York University, Toronto, Ontario.
- LEVENTHAL, H. (1979). A perceptual motor-processing model of emotion. In P. Pliner Blankenstein & I.M. Spigel (Eds.), *Perception of emotion in self and others* (Vol. 5, pp. 1-40). New York: Plenum.
- LUBORSKY, L. & CRITS-CRISTOPH, P. (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.
- MASLOW, A.H. (1987). *Motivation and personality* (3rd ed). New York: Harper and Row.
- MESSER, S.B. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 130-135). New York. Basic Books.

- MURRAY, H.A. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- NICHOLS, M. & EFRAN, J. (1985). Catharsis in psychotherapy: A dialectical-constructivist perspective. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy, and change* (pp. 302-335). New York: Guilford Press.
- OATLEY, K. & JENKINS, J. (1992). Human emotions: Function and dysfunction. *Annual review of Psychology*, 43, 55-85.
- PERRY, J.C., LUBORSKY, L., SILBERSCHATZ, G. & POPP, C. (1989). An examination of three methods of psychodynamic formulation based on the same videotaped interview. *Psychiatry*, 52, 300-323.
- PERLS, F. (1973). *The Gestalt approach and eyewitness to therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- PIAGET, J. & MORF, A. (1958). Les isomorphismes partiels entre les structures logiques et les structures perceptives. In J.S. Bruner, F. Bresson, A. Morf & J. Piaget (Eds.), *Logique et perception* (pp. 83-108). Paris: Presses Universitaires de France.
- RICE, L. & GREENBERG, L.S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapeutic process*. New York: Guilford.
- RICE, L. & GREENBERG, L.S. (1991). Two affective change events in client-centered therapy. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change*. (pp. 197-226). New York: Guilford.
- SAFRAN, J.D. & GREENBERG, L.S. (1991). *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guilford.
- SCHACT, T.E. (1984). The varieties of integrative experience. in H. Arkowitz & S.M. Messer (Eds.), *Psychoanalytic and behavior therapy: is integration possible?* (pp. 107-138). New York: Plenum.
- TOMKINS, S. (1962). *Affect: imagery and consciousness*. New York: Springer.
- YONTEF, G. & SIMKINS, J. (1984). Gestalt therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 279-319). Itasca, IL: Peacock.

NIVELES DE CONCIENCIA EMOCIONAL: IMPLICACIONES PARA LA INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA

Richard D. Lane y Gary E. Schwartz
University of Arizona, Tucson, Arizona.

The authors apply a cognitive-developmental framework for understanding individual differences in emotional experience and expression to the problem of selecting and combining treatment modalities for patients mental disorders. Emphasis is placed on the clinical presentation of five levels of emotional awareness and the implications of each level for selecting from a broad range of treatment modalities, including pharmacological, behavioral, cognitive, and insight-oriented therapies. Matching therapeutic intervention to psychopathology is based on the theory that the way in which emotion is processed by the patient determines both the key features of psychopathology and the way in which interventions by the therapist are processed or understood. This model may serve as a useful training tool, help optimize the efficiency and effectiveness of treatment, and influence how mental health clinicians work together.

INTRODUCCION

El propósito de este artículo es presentar un marco de trabajo conceptual amplio que ayude a realizar la evaluación clínica, basado en el modelo de los Niveles de Conciencia Emocional, NCE (Levels of Emotional Awareness, LEA). En él se pretende ofrecer un modelo integrador útil a los psicólogos o psiquiatras y asistentes sociales para el tratamiento individual de los pacientes, intentando dar una visión lo más general posible: se usa el término “psicoterapéutico” en el sentido amplio de cualquier intervención de salud mental que afecte al estado psicológico del paciente. Estas intervenciones incluyen lo siguiente: (1) farmacoterapia y otras terapias somáticas tales como la terapia electroconvulsiva (TEC); (2) restricción física y control, tal como se practica normalmente con los pacientes internos; (3) técnicas de modificación de conducta, incluyendo la desensibilización sistemática, imaginación guiada, inundación y condicionamiento; (4) terapias motoras; (5) terapia cognitiva; (6) psicoterapia psicodinámica y psicoanalítica; y (7) terapia existencial. Sólo una propuesta tan amplia y abarcadora puede satisfacer las necesidades de un

modelo integrador. Aunque potencialmente se podrían incorporar otras modalidades, nos limitaremos sólo a éstas en nombre de la claridad y brevedad.

En psiquiatría, el problema de la selección del tratamiento se conoce con el nombre de *terapéutica diferencial* (Frances, Clarkin & Perry, 1984; Hales & Frances, 1987). Se trata de escoger el tipo de tratamiento a aplicar en base al diagnóstico, características psicológicas del paciente, semejanzas estilísticas entre paciente y terapeuta, etc. Con este enfoque se pueden determinar los pros y contras de los diferentes tratamientos según la problemática de cada paciente, aunque, dado que se centra más en el tratamiento que en el paciente, no nos puede decir qué tratamiento debemos seleccionar para éste.

Este enfoque resulta todavía más complejo cuando se considera una combinación de tratamientos tales como la farmacoterapia y la psicoterapia, por ejemplo en los trastornos de ansiedad o de depresión. La investigación experimental hasta ahora se ha visto limitada a unos cuantos trastornos y se ha centrado en la eficacia de las psicoterapias representativas solas o en combinación con la medicación con psicotrópicos (Karasu, 1982; Beitman & Klerman, 1991). A parte de la enorme tarea que supone comparar todas las posibles combinaciones de tratamientos esta investigación sólo puede ser tan buena como el predictor y las variables resultantes medidas. Los datos dan a entender que ciertos síntomas se ven influidos de forma distinta por la farmacoterapia y psicoterapia (DiMascio, Weissman, Prusoff, Neu, Zwilling & Klerman, 1979; Klein, Ross & Cohen, 1987). Esto implica que se tiene que ir más allá del simple diagnóstico para orientar la cuestión de qué tratamiento seleccionar para un paciente determinado. El marco que se presenta aquí amplía este trabajo orientando las diferencias individuales que trascienden los límites del diagnóstico que pueden ser críticas al afectar el resultado clínico.

Tal como apunta Arkowitz (1992), el intento de integración en el campo de la psicoterapia se ha desarrollado en tres direcciones: 1) intentos de especificar de un modo más preciso los indicadores de cada modalidad, el llamado eclecticismo técnico (Lazarus, 1981; Beutler & Clarkin, 1990); 2) intentos de identificar ingredientes comunes en todas las modalidades psicoterapéuticas con eficacia demostrada (Frank, 1982); y 3) intentos de formular un marco teórico que combine las distintas modalidades de un modo sistemático, la llamada integración teórica (Wachtel, 1977). Ya que el marco que se presenta se basa en una teoría de diferencias individuales a la hora de procesar la emoción, el enfoque se incluye en la tradición de la integración teórica. Y ya que este marco conduce a indicaciones específicas para cada modalidad, es consistente también con el eclecticismo teórico.

EL MODELO DE NIVELES DE CONCIENCIA EMOCIONAL (NCE)

Seleccionar un constructo que pueda servir para integrar las diferentes modalidades terapéuticas en el campo de la salud mental constituye una difícil tarea. De hecho, la heterogeneidad aparente de los conceptos principales relevantes para

la salud mental, tales como el comportamiento, la cognición, y la emoción, puede constituir la base de la diversidad y falta de integración de las modalidades terapéuticas existentes. Sin embargo, la emoción puede servir como un constructo unificador si se toman como punto de partida las diferencias individuales en la forma de expresar y experimentar la emoción. Esta posición se corrobora con un trabajo reciente que demuestra la importancia crítica de las emociones en el proceso de cambio en la psicoterapia (Greenberg & Safran, 1987, 1989).

El modelo de niveles de conciencia emocional NCE (Lane & Schwartz, 1987) se creó para captar las diferencias observadas clínicamente entre pacientes a la hora de acceder a su propia experiencia interna de la emoción, diferencias que incluyen la capacidad de ser consciente de las emociones y describirlas. Dado que el punto clave parece ser cómo la gente conoce sus propias emociones, los trabajos de Werner y Kaplan (1963) y Piaget (Flavell, 1963) pueden llegar a ser altamente relevantes, ya que describen los procesos fundamentales que median la adquisición del conocimiento sobre el mundo externo y los cambios característicos que experimentan las estructuras de conocimiento al desarrollarse.

Piaget describe cuatro períodos principales del desarrollo cognitivo, incluyendo el sensoriomotor, preoperacional, operacional concreto, y de operaciones formales. El desarrollo cognitivo progresa de un modo jerárquico, con el esquema cognitivo (los elementos de la estructura cognitiva que determinan el comportamiento observable) diferenciándose y integrándose más, y experimentando transformaciones en los patrones sensoriomotores o representaciones mentales progresivamente más abstractas. El principio fundamental del modelo NCE es que estas características estructurales que Piaget describió para el desarrollo cognitivo pertenecientes al conocimiento del mundo exterior se aplican también en general a las transformaciones que ocurren experimentalmente en el conocimiento que los individuos tienen de su propio mundo interior emocional [el modelo epigenético de Piaget del desarrollo cognitivo (Loevinger & Wessler, 1970), del juicio moral (Kohlberg, 1969), de la representación de objetos (Blatt, 1974), y de las estrategias de negociación interpersonal (Selman, Beardslee, Schultz, Krupa & Podorefsky, 1986)]. En este artículo se utilizan los términos *experiencia emocional* y *conocimiento emocional* de forma indistinta, pero se seleccionará éste último para realzar el rol importante que desempeña la cognición consciente en la experiencia.

Al aplicar estos principios al reino de la experiencia emocional, el modelo NCE sostiene que la fisiología (nivel 1), expresión motora (nivel 2) y el conocimiento consciente de la emoción (nivel 3) constituyen distintas formas de representación de la experiencia, relacionadas jerárquicamente entre sí. El nivel 4 resulta de una transformación del nivel 3, que implica la capacidad de experimentar y describir combinaciones de emoción, mientras que el nivel 5 incluye la capacidad de ser consciente simultáneamente de la experiencia diferenciada de sí mismo y del otro. En esencia estos niveles ordenados jerárquicamente constituyen una elaboración

consciente de la emoción activada que va aumentando progresivamente.

Esta naturaleza jerárquica es tal que cada nivel superior transforma pero no elimina la función de los niveles inferiores. En general, en la medida en que cada nuevo nivel constituye una expansión en la complejidad de la representación de la emoción, expresada como una diferenciación e integración mayor, los niveles anteriores se atenúan y manifiestan también una gran diferenciación e integración de la función. Por ejemplo, un individuo que funciona al nivel 4 parece que tiene reacciones fisiológicas más atenuadas a estímulos emocionales, un repertorio más amplio de estrategias de enfrentamiento de los estados emocionales, y un rango más amplio de experiencias emocionales conscientes que un individuo que funcione sólo al nivel 2.

Este modelo puede aplicarse a fenómenos de estados emocionales, en la medida en que un acto de introspección constituye una construcción microgenética (Draguns, 1981), o caracterizar hasta el punto que describa un modo típico de desarrollo de función en esta área. Al igual que el desarrollo cognitivo en general, el desarrollo en el campo emocional tiene lugar a través de procesos idénticos de asimilación (modificación de la información por parte de los esquemas) y acomodación (modificación de los esquemas por parte de la información). Por eso la asimilación determina y limita el modo en que se entiende la información que entra, mientras que para el desarrollo es necesario que ocurra la acomodación. El desarrollo óptimo de la consciencia emocional en los niños requiere, entre otras cosas, un ambiente educacional, lleno de amor en el cual se evite la sub- o sobreestimulación emocional, donde se reconozcan y se dé respuesta apropiada a las necesidades emocionales y donde se califiquen con exactitud los estados emocionales (Stern, 1985).

El Cuadro 1 resume las principales características de los cinco niveles. A medida que se va progresando de nivel en nivel, se produce una ampliación de la experiencia y un incremento progresivo en la capacidad de describir los estados emocionales con palabras precisas. La complejidad cognitiva de las representaciones del self y de los objetos aumenta, tal como lo hacen otras diferenciaciones del self. Ya que la empatía es una habilidad cognitiva compleja que incluye la aplicación del conocimiento propio del mundo interior de la emoción a la situación de otra persona, se produce un aumento progresivo en la habilidad empática a medida que aumenta el nivel de conciencia emocional propio. En relación al aumento de capacidad de conocimiento de las emociones del self y de otros, aumenta la flexibilidad en las interacciones interpersonales y se produce un éxito mayor en la adaptación.

Estos cambios son claramente positivos, y efectivamente, en igualdad de circunstancias, un nivel de funcionamiento superior es mejor que un nivel de funcionamiento inferior. Sin embargo, lo deseable de un nivel determinado está en función del marco social en el que uno se encuentra, y de los valores, objetivos, y

Tabla 1. Cinco niveles de conciencia emocional

		Dimensión						
Nivel	Cualidad subjetiva de la experiencia emocional	Diferenciación de la emoción	Habilidad para describir la emoción	Adquisiciones en la representación	Diferenciación si mismo - otros	Empatía		
5. Formal	Diferenciación y combinación máximas	Calidad e intensidad, diferenciaciones más ricas	Describe estados más complejos y diferenciados	Representaciones nuevas (incluyendo metáforas)	Identidades avanzadas integradas, separadas	Conocimiento multifacético de los estados de los otros basado en la habilidad de imaginarse a si mismo en el contexto del otro		
4. Concreto	Emoción diferenciada atenuada	Concurrencia de emociones opuestas, presencia de combinaciones emocionales	Describe emociones diferenciadas	Léxico avanzado	Reconoce muchas diferencias externas y algunas internas	Atribución de la experiencia basada sólo en las propias emociones y experiencias		
3. Pre-operacional	Emoción penetrante	Experiencia de los extremos emocionales (repertorio limitado)	Describe emociones unidimensionales	Léxico imaginario temprano (Estereotipado)	Reconoce las diferencias principalmente en las características externas	Consciencia idiosincrática o inconsistente de la experiencia de los otros		
2. Sensorimotor enactivo	Acción, tendencia y/o despertar global	Acción, tendencia o estado hedónico global positivo o negativo	Describe acciones, tendencias o estados hedónicos globales	Enactiva	Minimal	Mímica motora, identificación a través del comportamiento		
1. Sensorimotor reflejo	Sensación corporal	Despertar indiferenciado global	No describe nada, o sólo sensaciones corporales	Reflexiva	Minimal o simbiótica	Empatía reflexiva, e.g., llorar cuando otro llora		

prioridades del individuo en cuestión. Por ejemplo en una situación de combate resulta más adaptativa la función de nivel 2, donde el mundo se escinde en dos mitades una “buena” y la otra “mala”, y donde las reacciones inmediatas al ambiente son mucho más adecuadas que un planteamiento introspectivo. De modo parecido en las familias donde existe abuso físico o sexual, reprimir o no reconocer los sentimientos negativos es adaptativo para los niños, si su supervivencia depende del apoyo material ofrecido por los responsables del abuso. Tal situación puede muy bien llevar a limitaciones en la consciencia emocional más tarde en la vida, con la consiguiente limitación, en un nuevo contexto, de la flexibilidad adaptativa de uno mismo.

La Escala de Niveles de Conciencia Emocional, ENCE (*Levels of Emotional Awareness Scale* -LEAS- de Lane, Quinlan, Schwartz, Walker & Zeitlin, 1990) permite la exploración de muchas cuestiones empíricas suscitadas por este modelo. El ENCE propone veinte escenas evocadoras de emociones en las que se incluyen dos personas y ofrece al que contesta una página entera por escena para escribir las respuestas a dos cuestiones: ¿Cómo te sentirías? ¿Cómo se sentiría la otra persona? El sistema de calificación incluye seleccionar los términos de emoción, clasificando cada término de un glosario, y cada uno de los escenarios.

A las palabras emocionales se les asigna una calificación de 0 a 3 puntos. Las palabras de nivel 0 son cogniciones típicamente carentes de contenido emocional intrínseco, por ejemplo, atento, confuso, justificado, incrédulo”. El nivel 1 de palabras se refiere, aunque no exclusivamente, a sensaciones corporales, por ejemplo, “mareado, caliente, dormido, entumecido”. El nivel 2 de palabras incluye, aunque no exclusivamente, las que tienen una valencia positiva o negativa: por ejemplo, “bueno, malo, bajo, terrible”. El nivel 3 de palabras describe siempre una emoción específica: por ejemplo, “enfadado, encantado, miedoso, afectuoso”, etc.

En cada escena, se identifican y clasifican las palabras de emoción del self y del otro. Al self y al otro se les asigna una calificación entre el 0 y el 4. Estas calificaciones igualan el valor más alto de las palabras de emoción usadas, excepto en el caso del nivel 4, que exige usar claramente al menos dos palabras diferentes de nivel 3. Una calificación total para la escena equipara la calificación más alta del self y del otro, excepto en el caso del nivel 5, que requiere que tanto el self como el otro estén al nivel 4 y sean diferentes el uno del otro. La calificación final es la suma de las calificaciones en los 20 escenarios. En el cuadro 2 se puede observar un ejemplo de respuestas a cada nivel.

Tabla 2: Muestra de respuestas de cada nivel en el escenario 20 del ENCE

Usted y su amigo están en la misma línea de trabajo. Existe un premio que se concede anualmente al que desempeñe una mejor tarea. Una noche se anuncia el ganador que resulta ser su amigo ¿Cómo se sentiría? ¿Cómo se sentiría su amigo?
5. Me sentiría decepcionado (3) por no haber ganado, pero <i>contento</i> (3) de que lo haya hecho mi amigo. Mi amigo probablemente lo merecía. Mi amigo se sentirá <i>feliz</i> (3) y <i>orgulloso</i> (3) pero bastante <i>preocupado</i> (3) porque mis sentimientos pudieran haber sido <i>heridos</i> (3).
4. Me sentiría <i>deprimido</i> (3) —el amigo sólo es un competidor. También me sentiría <i>envidiosamente</i> (2) <i>feliz</i> (3) por mi amigo, y pensar que los jueces se han equivocado. Mi amigo se sentiría muy <i>gratificado</i> (3) pero aceptaría el premio para salvar la amistad.
3. Ambos nos sentiríamos <i>felices</i> (3).
2. Probablemente me sentiría <i>mal</i> (2) durante unos días e intentaría imaginar lo que mi amigo sentiría —todo dependería de lo que era nuestra amistad y lo que el premio significó para él.
1. Yo no trabajo duro para “ganar” premios. Mi amigo probablemente pensaría que los jueces sabían lo que hacían.

En un estudio hecho con una muestra de estudiantes universitarios normales (Lane *et al.*, 1990) se ha demostrado que el ENCE tiene una gran fiabilidad, y que se correlaciona con dos medidas de complejidad cognitiva -el nivel de desarrollo de la representación de objetos (Batt & Lerner, 1983) y el test de frases incompletas del desarrollo del Ego de la Universidad de Washington (Loevinger & Wessler, 1970). Por eso, los estudios iniciales parece que validan las hipótesis básicas del modelo ENCE.

LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DEL NIVEL DE CONCIENCIA EMOCIONAL

Como hemos dicho en otra parte (Lane & Schwartz, 1987), puede señalarse un trastorno emocional para cada categoría del diagnóstico. De hecho, el concepto de trastorno emocional es tan fundamental para el concepto de trastorno mental que la ausencia de trastorno emocional como una característica principal de la categoría del diagnóstico sería una prueba de la inadecuación de la conceptualización de la categoría en ella misma, no de la falta de importancia de la emoción.

Sin embargo, a falta de una base empírica para definir la psicopatología en términos de emoción, nos apoyamos en varios postulados fundamentales para aplicar el marco del NCE a la psicopatología y su tratamiento: 1) la psicopatología resulta de una interferencia en la expresión y experiencia libre de las emociones o

desemboca en ella; 2) los patrones de expresión y experiencia emocional característicos de diferentes trastornos mentales son tan duraderos como los trastornos mismos; 3) los esquemas emocionales del paciente determinan: a) el modo en que la emoción se experimenta y expresa, incluyendo algunos de los síntomas principales de los diferentes trastornos mentales y b) el modo en se entiende la información emocional impartida por el terapeuta; y 4) el tratamiento con éxito del trastorno incluye, totalmente o en parte, la disminución de las interferencias con una mejora en el repertorio de emociones del paciente.

Dicho de otro modo, muchos de los rasgos de los trastornos mentales se pueden entender como manifestaciones de la detención del desarrollo o la regresión a diferentes puntos a lo largo del continuo del nivel de conciencia emocional (NCE). Estas manifestaciones patológicas del NCE son estables más que transitorias, sometiéndolas a tratamiento durante un largo período en el tiempo. Además los postulados 3a y 3b sugieren que el nivel de patología de los pacientes y el nivel de las intervenciones del terapeuta debería ser el mismo.

Cada nivel en el modelo tiene manifestaciones de psicopatología asociadas a él. El primer nivel es el sensoriomotor reflejo, caracterizado por sensaciones somáticas asociadas a la activación emocional. Clínicamente se expresaría a través de somatizaciones del paciente, incapaz de reconocer la presencia de ansiedad emocional. El segundo nivel es el sensoriomotor activo, caracterizado por la activación emocional asociada con el impulso a la acción. Esto se tipificaría clínicamente en los pacientes compulsivo-impulsivos, tales como los consumidores de sustancias, los agresores sexuales, y los pacientes borderline activos, etc. El tercer nivel es la experiencia de una experiencia unidimensional de la emoción, como por ejemplo la felicidad, la tristeza, el enfado, etc. Este nivel se ejemplificaría clínicamente en el caso de la experiencia invariable del paciente con depresión grave. El cuarto nivel es el de combinaciones de emociones, expresadas clínicamente como la experiencia de las emociones en conflicto, tales como el enfado y la culpabilidad. El quinto nivel se caracteriza por la experiencia de la combinación de combinaciones, o la capacidad de ser consciente de las experiencias multidimensionales de uno mismo a la vez que se mantiene la capacidad de conciencia multidimensional no restringida en relación a la experiencia del otro. Clínicamente esto se puede manifestar en el paciente que tiene dificultades en clasificar una multitud de sentimientos asociados con una decisión muy importante en su vida que afectaría la vida de otros.

Probablemente resulte muy simple categorizar trastornos a lo largo de este continuo, a pesar de que un determinado trastorno se asocie probablemente con una restricción en el número de niveles que pueden experimentarse. El foco se debería poner más bien, en el reconocimiento de la heterogeneidad de los pacientes en una categoría de diagnóstico determinada, y la posibilidad de clasificar los pacientes individuales en base a las manifestaciones predominantes del problema clínico.

Por ejemplo, la depresión es un estado emocional complejo que se expresa a niveles múltiples. Las manifestaciones de nivel 1 incluirían los síntomas neurovegetativos de la depresión. El nivel 2 incluye la perturbación o retardo psicomotor, o impulsos suicidas. El nivel 3 incluiría el estado de ánimo dominante unidimensional depresivo. El nivel 4 incluiría mezclas o combinaciones de sentimientos, tales como la experiencia simultánea de tristeza, enfado y culpabilidad. El nivel 5 no se asociaría con la depresión persistente o *anhedonia*, ya que se caracteriza por la ausencia de cualquier restricción de las emociones que se pueden experimentar. Es la multiplicidad de manifestaciones de emociones que constituye la base para las modalidades de tratamientos combinatorios.

Tal como se ha señalado, puede haber una regresión en este continuo del nivel típico propio de funcionamiento en el contexto de la recurrencia de la psicopatología sintomática cuando una persona que funciona normalmente a los niveles 4 o 5 se vuelve depresiva clínicamente. Bajo estas circunstancias, habría un declive en la complejidad de la consciencia emocional, una intensificación de los concomitantes somáticos de la activación emocional, etc. Se esperaría que el tratamiento efectivo de la depresión devolviera al paciente su nivel de funcionamiento previo.

EL RECONOCIMIENTO CLINICO DEL NIVEL DE CONCIENCIA EMOCIONAL

El enfoque del modelo NCE ofrece un marco para organizar habitualmente la información clínica reunida, y señala la importancia de ciertos fenómenos que de otro modo quizás no se observarían tan atentamente. De forma parecida, una gran parte de la información se obtiene durante la evaluación clínica habitual, que se puede completar con cuestiones específicas para localizar con precisión el nivel en que el paciente funciona normalmente. La esencia de este reconocimiento es identificar dónde existen los límites en la comprensión del paciente de sus reacciones emocionales y de las de los otros. Por eso el NCE es altamente consistente con la práctica clínica standard, pero amplía el procedimiento clínico habitual en ciertos aspectos.

Hay cuatro fuentes, por lo menos, de información del NCE que pueden extraerse habitualmente de la evaluación rutinaria inicial. Estas son: la fuente de derivación, la demanda principal, la motivación del paciente para el tratamiento, y el punto de vista del paciente sobre el papel del terapeuta.

Fuente de derivación

¿Se somete el paciente a evaluación debido a que siente ansiedad y solicita ayuda, o porque un médico, pariente o jefe se lo ha recomendado? Si se trata de este último caso, hasta el punto que el paciente no es consciente de su problema clínico, tanto si hay posibilidad de explorar como no, se debería sospechar un nivel bajo de nivel de consciencia emocional.

Demanda principal

¿Cuál es la razón predominante para recurrir a la ayuda clínica? Muchos tipos de psicopatología fracasan claramente en la jerarquía (ver más adelante), como primera aproximación. Esto limita el número de niveles que pueden ser pertinentes.

Motivación para el tratamiento

En el caso del paciente que acude al tratamiento por propia voluntad y no por coerción, el objetivo del paciente respecto al tratamiento varía según su nivel (ver más adelante). Como regla general, cuanto mayor sea el énfasis en el alivio de la ansiedad, más bajo será el nivel; cuanto mayor sea el énfasis en la comprensión de la propia vida emocional, más alto será el nivel.

El punto de vista del paciente sobre el papel del terapeuta

Por regla general, los pacientes de niveles inferiores ven al terapeuta como responsable del cambio clínico, mientras que los pacientes de niveles superiores ven la relación de forma colaborativa y al terapeuta como facilitador. Esto se puede relacionar con el conocimiento emocional de los pacientes de niveles bajos, los cuales consideran que sus emociones proceden del exterior, mientras que los pacientes de niveles superiores saben que mientras los factores externos pueden influir sobre sus reacciones emocionales, son dueños y responsables de sus propias emociones.

Reparar la información clínica reunida desde la perspectiva del modelo NCE hace posible identificar ampliamente el grado alto, moderado o bajo de funcionamiento del paciente. Una determinación más precisa del nivel del paciente se puede hacer aplicando el sistema de clasificación del ENCE a la situación clínica.

Este enfoque se puede utilizar informalmente cuando se entrevista al paciente. Cuando el paciente describa una situación que evoque una emoción que incluye a sí mismo y a otra persona, se pregunta “¿Cómo se sintió él?” y “¿Cómo se sentía la otra persona?” Una vez se ha familiarizado con el sistema de clasificación, es relativamente fácil usarlo informalmente para hacerse una idea del nivel a que el paciente funciona normalmente.

Es importante que estas cuestiones se planteen en una variedad de situaciones, algunas que incluyan la razón que motivó la búsqueda de ayuda, y otras que no.

Esto ayudará a determinar si la complejidad de la experiencia del paciente se altera sólo delante de determinadas situaciones o temas.

LA INTERVENCION CLINICA DENTRO DEL MARCO DEL NIVEL DE CONCIENCIA EMOCIONAL

Una vez identificado el nivel del paciente, con ayuda de otros aspectos de evaluación clínica, se debería proceder a tratar el paciente basándose en la literatura clínica del trastorno. En la medida en que distintas modalidades de tratamiento son

eficaces para un problema clínico determinado, su selección debería basarse en el modelo NCE. La decisión sobre la selección del tratamiento o combinación de tratamientos debería basarse en estos tres principios.

1) *El primero, dirigir la intervención al nivel de proceso de información de emociones en el que un paciente funciona habitualmente.* Al igual que a lo largo de este continuo se pueden clasificar diferentes tipos de psicopatología, también se puede hacer lo mismo con las distintas modalidades terapéuticas. El cuadro 3 ofrece un esquema de cómo las principales categorías de tratamientos de salud mental se pueden relacionar con este continuo y con las principales clases de psicopatología.

Las intervenciones al nivel 1, incluyendo la medicación psicotrópica y las técnicas conductuales somáticas, tales como la relajación y el *biofeedback*, se diseñan con la intención de alterar el sustrato de un estado emocional indeseable. Las intervenciones al nivel 2 incluyen el cese de comportamientos peligrosos, destructivos o inadaptados, el aprendizaje de comportamientos alternativos, o de técnicas orientadas a fomentar la consciencia emocional (Davis, 1985). Las intervenciones a nivel 3 se dirigen a disminuir la ansiedad unidimensional. La psicoterapia cognitiva (Beck, 1976) y la psicoterapia de apoyo de orientación psicodinámica (Novey, 1959) buscan alterar los procesos cognitivos que alimentan la disforia, se dirigen al significado o justificación del sentimiento o a facilitar la identificación de la emoción experimentada. En el nivel 4 la psicoterapia orientada a la comprensión (Malan, 1979) se centra en el conflicto, incluyendo las emociones asociadas con el conflicto, que conducen a disfunciones o a falta de satisfacción en las esferas laboral y social. En este nivel se necesita un enfoque que explore y contraste emociones aparentemente incompatibles para que se pueda llegar a una solución. Las terapias que con otros nombres se orientan a llevar combinaciones de emociones al conocimiento consciente, también intervienen en el nivel 4.

Tal como se ha venido diciendo hasta ahora, en el nivel 5 los individuos no experimentan limitaciones en el conocimiento de sus sentimientos o comportamientos de los otros. Esto fomenta la adaptación social y el éxito profesional. Pero bajo ciertas circunstancias, esta libertad en la experiencia puede llevar a nuevas oportunidades que, a su vez, pueden ser aceptadas o rechazadas. Puede que se tenga que tomar una decisión muy importante y difícil, particularmente cuando se experimentan tantas emociones en relación a los múltiples factores a considerar. Un terapeuta puede ayudar indicando al paciente cómo determinar la relativa importancia y fuerza de distintos sentimientos, es decir, a establecer prioridades entre los factores que compiten, que a la vez puede facilitar la toma de decisión. La psicoterapia orientada a la comprensión es útil para tal exploración, mientras que la logoterapia (Frankl, 1967) puede ser particularmente pertinente para optimizar el propio sentido del significado en la experiencia, ya que examina los valores y objetivos de cada uno en la vida.

La correspondencia establecida en este artículo entre las diversas modalidades

Tabla 3. Intervenciones Psicoterapéuticas basadas en los cinco niveles del conocimiento emocional

Nivel	Modo de representación principal	Naturaleza de la psicopatología	Objetivo del paciente	Objetivo del terapeuta	Tipo de intervención
5	Combinación de combinaciones	Crisis existencial	Tomar una gran decisión en la vida	Promover la discriminación comparativa cuantitativa entre los patrones de emociones a través de contextos	Existencial, <i>insight oriented</i>
4	Combinaciones de experiencias	Conflicto emocional (e.g., neurosis)	Ayuda en el trabajo, relaciones con dificultades	Resolver los conflictos intrafísicos	<i>Insight-oriented</i>
3	Experiencia unidimensional	Trastorno consciente permanente (e.g., depresión)	Aliviar el trastorno	Disminuir la intensidad del trastorno; expandir el rango de experiencias	Terapia cognitiva, psicoterapia de apoyo
2	Acciones/tendencias a acciones	Impulsiva o compulsiva (e.g., abusos)	Parar el comportamiento problemático; superar las inhibiciones	Convertir las acciones en más adaptativas, menos destructivas del si mismo; ampliar el repertorio conductual	Modificación de comportamiento, terapia de movimiento, contención física
1	Sensaciones corporales	Trastorno somático (e.g., desorden somatizante)	Alivio del trastorno físico	Alterar la estructura psicológica del estado emocional	Farmacológica, <i>biofeedback</i> , relajación

de terapia y el modelo NCE es a título preliminar y puede cambiar en la medida en que se obtengan nuevos datos relativos al éxito de este enfoque. Sin embargo, pretende facilitar, por ejemplo a través de la acomodación, el desarrollo de los esquemas de conocimiento para que se pueda asimilar más información. Ya que la transformación de los esquemas existentes requiere que la nueva información se procese a través de la asimilación, es más probable que el terapeuta sea capaz de conseguirlo si sus intervenciones se dirigen intencionadamente al nivel en que el paciente actúa normalmente. Intervenir a un nivel distinto sería perjudicial, porque el paciente puede interpretar la intervención de forma muy diferente a las intenciones del terapeuta.

2) *El principio segundo, es que la intervención debería proceder de abajo arriba en vez de arriba a abajo.* Ya que la experiencia a cualquier nivel incorpora experiencias de niveles inferiores, la meta inicial de la intervención terapéutica depende de la relevancia del fenómeno a niveles inferiores. Por ejemplo, cuando se prescriben antidepresivos tricíclicos -una intervención de nivel 1- por depresión persistente, -un trastorno a nivel 3-, éstos sólo resultan eficaces en el tratamiento del trastorno del estado de ánimo si hay señales neurovegetativas de depresión (fenómeno de nivel 1). Igualmente, y a pesar de que un paciente con un trastorno *borderline* de personalidad, tipificado en las experiencias de nivel 2, puede tener muchas experiencias al nivel 4 o 5, el progreso clínico en la psicoterapia no será posible hasta que se controle la conducta.

La idea de que una intervención con éxito a un nivel moverá el paciente al siguiente nivel en el continuo se halla implícita en este modelo de desarrollo. Sabemos clínicamente que al principio del tratamiento tricíclico de la depresión, no es raro que los pacientes experimenten un aumento en la necesidad de cometer suicidio. Esto puede reflejar una transición de la experiencia del nivel 1 al nivel 2. Sólo cuando el comportamiento (nivel 2) del paciente *borderline* se halla bajo control, la naturaleza de la(s) respuesta(s) emocional(es) alimentada(s) por la conducta se vuelve accesible a la exploración consciente (nivel 3). De forma parecida, la repetición por parte del terapeuta de la descripción de las emociones individuales (nivel 3) puede facilitar al paciente el darse cuenta de una mayor variedad de experiencias y, en consecuencia, informar de combinaciones de experiencias.

El enfoque de arriba abajo implica una intervención orientada a facilitar la transición al nivel inmediatamente superior que el paciente desea alcanzar. Desde la perspectiva del paciente, las intervenciones del terapeuta que estén por encima de este nivel parecerán artificiales o “fuera de tono”, y pueden inhibir el progreso terapéutico futuro, induciendo a estados emocionales intolerables. También hay un peligro significativo de perder contacto con el paciente y romper la alianza al situarse “por encima de la cabeza del paciente”. Por ejemplo, es probablemente antiterapéutico forzar a un paciente con un trastorno de estrés postraumático a

confrontar repetidamente intensos sentimientos de rabia y culpabilidad antes de que el comportamiento “acting-out”, como el asalto físico o el abuso, estén bajo control. De igual modo, dirigir las intervenciones hacia un nivel inferior puede experimentarse como una propuesta carente de interés, aburrida o equivocada.

3) *El tercer principio es que pueden añadirse* modalidades adicionales orientadas a niveles superiores cuando las orientadas a niveles inferiores no se adaptan plenamente a resolver el problema, o el problema clínico es especialmente urgente o grave. Este principio, que es coherente con los dos primeros, se basa en la suposición que la emoción es una construcción microgenética que puede generar manifestaciones a diferentes niveles simultáneamente. Es fundamental que las modalidades añadidas de este modo se dirijan a comportamientos o sentimientos de otros niveles que constituyan aspectos significativos del problema clínico.

Estos tres principios se pueden ilustrar en el caso siguiente: El Sr. A., un hombre de 62 años, tuvo una depresión después de que su mujer de 35 años le dejó por un hombre más joven al cabo de dos meses de casados, y, además, se encargó de transferirse importantes activos financieros a su nombre. Sufrió de insomnio, inapetencia, anergia, falta de libido e ideación suicida. Se vio socialmente desplazado y constantemente le daba vueltas al asunto y se preguntaba qué había hecho mal y como podría recuperarla. Todavía la adoraba y la idealizaba. Se le diagnosticó una depresión grave.

El terapeuta del Sr. A. empezó recetando trazodona y elevó rápidamente la dosis hasta niveles antidepressivos. Le veía una vez por semana para darle apoyo y asegurarse de que la medicación se tomaba tal como se le había prescrito. Por eso, la intervención terapéutica se dirigió inicialmente al nivel 1 (principio 1), ya que la primera modalidad era la farmacoterapia, y la psicoterapia estaba orientada a posibilitar la farmacoterapia. Una ilustración de este enfoque es que no se exploraron las rumiaciones, ya que el terapeuta las consideraba como manifestaciones de un síndrome biológico que puede responder a la medicación. Otras intervenciones auxiliares incluyeron el desanimar la tendencia a llamar a la esposa para suplicarle su vuelta (nivel 2), y atenuar su dolor mediante la calificación empática de sus sentimientos actuales (nivel 3). Estas intervenciones adicionales se diseñaron para minimizar el trastorno y facilitar el desarrollo de la alianza terapéutica durante su período de inestabilidad clínica (Principio 3).

Cuando la trazodona empezó a hacer efecto, sus síntomas neurovegetativos se aliviaron, su estado de ánimo mejoró considerablemente y dejó de pensar en ella. Sin que fuera inducido por el terapeuta, empezó a expresar enfado y resentimiento contra ella, describió como se sintió herido por su rechazo mientras reconocía el amor que todavía sentía por ella (nivel 4). Por, eso con la administración de apropiada farmacoterapia en un marco de apoyo, el paciente empezó a funcionar a un nivel superior, llevando al terapeuta a modificar su técnica de un nivel inferior a uno superior proporcionado por el cambio del paciente (Principio 2). Con la ayuda

de su terapeuta, el Sr. A. fue después capaz de explorar los factores que le llevaron a involucrarse con esa mujer, aceptando los errores de juicio que había cometido, y empezó a salir con amigos otra vez, incluyendo otras mujeres. A medida que mejoró, empezó a considerar si sería posible utilizar algún recurso legal.

Ya que el tratamiento de salud mental es a menudo una experiencia nueva para el paciente, el terapeuta debería responsabilizarse de cuando hubiera algún desajuste entre el nivel de organización del paciente y las intervenciones terapéuticas. Debería considerarse un error de nivel el que la terapia no progrese con el tiempo y la explicación del retraso no sea clara. Esto ocurre con los nuevos pacientes así como con aquellos cuya terapia progresó correctamente antes del estancamiento. Si los pacientes con un trastorno particular se tratan todos rutinariamente de la misma forma, cabe esperar resultados heterogéneos.

DISCUSION

Este enfoque teórico pone de manifiesto varias cuestiones empíricas. La primera es demostrar que los pacientes se pueden categorizar de acuerdo con este modelo, y determinar si los pacientes se presentan clínicamente de la forma que hemos descrito.

Sin embargo, hay una serie de hipótesis evaluables que resultan de esta discusión: 1) cuanto mejor sea el acoplamiento entre el paciente y la modalidad, más rápida y completa será la mejoría, y mayor la satisfacción del cliente; por eso, focalizar la atención en la naturaleza y la complejidad de las representaciones emocionales puede optimizar el ajuste entre el paciente y el tratamiento, en otras palabras su eficacia, con lo cual se incrementa su efectividad de coste. Por eso, se pueden predecir mejores resultados utilizando este modelo si se compara con estudios que confrontan una escuela de terapia con otra en el tratamiento de pacientes con un trastorno determinado. 2) Los terapeutas que quieren y pueden operar a múltiples niveles deberían ser más eficaces. 3) Los terapeutas familiarizados con este enfoque deberían ser más flexibles, y con más posibilidades de aprender de sus pacientes.

Este modelo también puede servir como un herramienta útil de formación en muchos sentidos: 1) hace consciente a los aprendices de la heterogeneidad de los pacientes, y a la variedad y legitimidad de diferentes modalidades de tratamiento; si un terapeuta evalúa un paciente que tiene un problema mental y no tiene nada que ofrecer al paciente, es probable que esto refleje una selección entre un repertorio limitado de opciones terapéuticas -aunque bajo circunstancias extraordinarias ningún tratamiento pueda ser el tratamiento de la elección (Frances *et al.*, 1984); 2) ofrece un modelo para entender el curso y progreso de la psicoterapia, y la necesidad de adaptar el propio enfoque al paciente a medida que se produce el cambio clínico.

Este enfoque también realza la importancia de fenómenos que de otra forma no estarían en la base teórica de una modalidad particular, pero que pueden

determinar el éxito o el fracaso en el tratamiento. Por ejemplo, el psicoterapeuta orientado a la comprensión puede crear un ambiente sensoriomotor que conduzca a la exploración de emociones sutiles. Esto implica ofrecer un ambiente tranquilo y relajado, la atención del terapeuta al tono de voz del/la paciente y su expresión facial cuando habla, etc. De forma parecida, un terapeuta conductual que trata un paciente con un comportamiento compulsivo perturbador es más probable que establezca una alianza terapéutica si el paciente sabe de la existencia e importancia de sus sentimientos para dirigir la terapia al objetivo de la intervención. Por eso, el conocimiento del terapeuta de múltiples niveles no sólo amplía el número de problemas que se pueden tratar, sino que también puede incrementar la eficacia de los tratamientos específicos que se ofrecen.

Finalmente, este modelo plantea que los futuros clínicos tienen que formarse en el mayor número posible de modalidades que se han descrito. Ya que una profunda familiarización con cada una de las modalidades es difícil de conseguir, y mucho menos mantener, este modelo sugiere que grupos de práctica privados o instituciones de salud mental deberían disponer como mínimo de un especialista en cada modalidad. Sin embargo, si cada miembro del grupo de tratamiento conoce el modelo, puede aumentar la apreciación que cada clínico tiene respecto a las contribuciones de los otros miembros del grupo, dirigiendo potencialmente las colaboraciones clínicas a un mejor nivel y mejorar el tratamiento del paciente.

Los autores aplican un marco de desarrollo cognitivo para entender las diferencias individuales en la expresión y experiencia emocional delante del problema de seleccionar y combinar modalidades de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales. Se enfatiza la presentación clínica de los cinco niveles de conocimiento emocional y las implicaciones de cada nivel al seleccionar de un amplio abanico de modalidades de tratamiento, incluyendo las terapias farmacológicas, de comportamiento, cognitivas, y orientadas a la comprensión. El ajuste de la intervención terapéutica con la psicopatología se basa en la teoría que la forma en que el cliente procesa la emoción determina los factores claves de la psicopatología y la forma en que el terapeuta procesa o entiende las intervenciones. Este modelo puede servir como una herramienta útil de aprendizaje; ayuda a optimizar la eficiencia y la eficacia del tratamiento e influye el método de trabajo de los profesionales de la salud mental.

Traducción Ariadna Villegas i Torras

Referencias bibliográficas

- ARKOWITZ, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. Freedheim (Ed.), *The history of psychotherapy: A century of change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.
- BEITMAN, B.D. & KLERMAN, G.L. (Eds) (1991). *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- BEUTLER, L.E. & CLARKIN, J. (1990). *Differential treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner Mazel.
- BLATT, S. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study Child*, 29, 105-157.
- CHEVRON, E.S., QUINLAN, D.M. & BLATT, S.J. (1978). Sex roles and gender differences in the experience of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 680-683.
- DAVIR, M.R. (1985). Perceptual and affective reverberation components. In A.P. Goldstein & G.Y. Michael (Eds.), *Empathy: Development, training and consequences* (pp. 62-108) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- DiMASCIO, A., WEISSMAN, M.M, PRUSOFF, B.A., NEU, C., ZWILLING, M. & KLERMAN, G.L. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456.
- DRAGUNS, J.G. (1981). Why microgenesis? An inquiry on the motivational sources of going beyond the information given. *Psychological Research Bulletin*, 21, 1-22.
- FLAVELL, J.H. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- FRANCES, A., CLARKIN, J. & PERRY, S. (Eds.) (1984). *Differential therapeutics in psychiatry*. New York: Brunner Mazel.
- FRANK, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (The Master Lecture Series, Vol 1: pp. 73-122). Washington, DC: American Psychological Association.
- FRANKL, V.E. (1967). *Psychotherapy and existentialism*. New York: Washington Square Press.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. New York: Guilford.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.
- HALES, R.E. & FRANCES, A.J. (Eds.) (1987). *Psychiatry update: The American Psychiatric Association Annual Review* (Vol VI) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- KARASU, T.B. (1982). Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1102-1113.
- KLEIN, D.F., ROSS, D.C. & COHEN, P. (1987). Panic and avoidance in agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 44, 337-385.
- KOHLBERG, L. (1969). Stage and sequence. The cognitive-developmental approach to socialization. In D.A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 347-480). New York: Rand McNally.
- LANE, R.D., QUINLAN, D.Q., SCHWARTZ, G.E., WALKER, P.A., & ZEILTIN, S.B. (1990). The levels of emotional awareness scale: A cognitive -developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55, 124-134.
- LANE, R.D. & SCHWARTZ, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- LAZARUS, A.A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw-Hill.
- LOEVINGER, J. & WESSLER, R. (1970). *Measuring ego development, Volume I: Construction and use of a sentence completion test*. San Francisco: Jossey Bass.
- MALAN, D.H. (1979). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Boston: Butterworth & Co.
- NOVEY, S. (1959). The technique of supportive therapy in psychiatry and psychoanalysis. *Psychiatry*, 22, 179-187.
- SELMAN, R.L., BEARDSLEE, W., SCHULTZ, L.H., KRUPA, M. & PODOREFSKY, D. (1986). Assessing adolescent interpersonal negotiation strategies: toward the integration of structural and functional models. *Development Psychology*, 22, 450-459.
- STERN, D.N. (1985). *The interpersonal world of the human infant*. New York: Basic Books.
- WACHTEL, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: toward and integration*. New York: Basic Books.
- WERNER, H. & KAPLAN, B. (1963). *Symbol formation: An organismic-developmental approach to language and the expression of thought*. New York. Wiley.

OFERTA A NUESTROS LECTORES

(Descuentos entre el 30% y el 50%)

Como saben nuestros lectores la *Revista de Psicoterapia* tuvo una primera época, desde 1981 hasta 1989, en que publicó, con el título de REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, veintiocho números y fue un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y psicoterapéuticas relacionados con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico y de fomento de rigor científico en lo teórico. Recientemente se han recuperado del depósito de distintos distribuidores algunos números, que son ahora objeto de oferta especial según la siguiente

RELACION DE NUMEROS AUN DISPONIBLES DE LA REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA

6.-	Psicología humanista y empresa	500 Pts.
7.-	Salud mental	500 Pts.
9.-	Psicodrama	500 Pts.
10.-	Enfoque Centrado en la Persona	500 Pts.
11.-	Terapias no verbales	500 Pts.
13.-	Educación y Psicología Humanista	600 Pts.
17.-	El Enfoque Centrado en la Persona	600 Pts.
18.-	Psicología del deporte	600 Pts.
21.-	Marginación e intervención social	700 Pts.
22.-	Práctica y teoría psicossomática	750 Pts.
23/24.-	Procedimientos de intervención terapéutica	1.200 Pts.
26.-	La Psicología de los Constructos Personales	750 Pts.
27/28.-	Empatía: Procesos de escucha y comprensión en la interacción humana	1.300 Pts.

* * *

Oferta del 30% de descuento a todos nuestros lectores de cualquiera de los números indicados enviando fotocopia de este anuncio.

Oferta del 50% de descuento sobre el valor nominal de la colección que es de 9.000 Pts. Pague sólo 4.500 Pts. por los 15 números aún disponibles según la relación enviando fotocopia de este anuncio.

Los envíos se harán contrarreembolso, corriendo los gastos a cargo del solicitante. Oferta limitada a las existencias.

Enviar los pedidos a la siguiente dirección:

REVISTA DE PSICOTERAPIA
Apartado de Correos 90.097
08080 - Barcelona

EMOCIONES Y CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO: IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA CONCEPCIÓN CONSTRUCTIVISTA DE LOS PROCESOS EMOCIONALES

Luis Botella

Universitat Ramon Llull

The constructivist approach to emotion as a part of the process of meaning making is reviewed. The main contemporary approaches to emotion are discussed, particularly Personal Construct Psychology (PCP). Some psychotherapeutic implications of the aforementioned are elaborated.

La aceptación acrítica de la tríada clásica “cognición/emoción/conducta” en psicología en general y psicoterapia en particular ha llevado a considerar esos tres aspectos de la experiencia humana como fenómenos independientes que operan según dinámicas propias. En este sentido, los diferentes modelos psicoterapéuticos predominantes se han especializado en uno u otro de los componentes de la tríada, aceptando implícita o explícitamente que los otros dos son subsidiarios al elegido.

Las terapias conductuales, por ejemplo, parten del presupuesto del predominio de la conducta sobre la cognición y la emoción. De hecho, el conductismo ortodoxo ni siquiera cree necesario considerar cognición y emoción como áreas dignas de interés científico, reduciendo el objeto de la psicología a lo observable y medible. Las versiones menos radicales, sin embargo, aceptan algunas variables intrapsíquicas como mediadoras entre estímulo (E) y respuesta (R), pero mantienen la premisa de que la meta primordial del cambio terapéutico es la modificación de las secuencias conductuales E-R.

Las terapias humanistas y las psicodinámicas incorporan como foco del tratamiento los aspectos emocionales de la experiencia de sus clientes/pacientes. Dada la hipótesis freudiana de la vinculación entre el origen del sufrimiento neurótico y la represión de experiencias inaceptables, la curación psicoanalítica

clásica pasa por el acceso a la conciencia de ese material reprimido, con la consecuente producción de emociones ciertamente intensas. También la mayoría de enfoques humanistas se han centrado tradicionalmente en el fomento de la vivencia plena de las emociones del cliente, sea mediante la aceptación incondicional del terapeuta o mediante ejercicios corporales o de dramatización que permitan acceder y explorar dichas experiencias emocionales en un entorno protegido.

Las terapias cognitivas, por su parte, se centran en la clarificación y modificación del pensamiento del cliente como forma de ganar acceso al control emocional y conductual. La premisa de que parten es la de que dichos pensamientos determinan tanto la emoción como la conducta y, por tanto, modificar la evaluación de una determinada experiencia generará una nueva reacción emocional ante ella.

Si bien los enfoques anteriores resultan sugerentes y dignos de interés, todos ellos reifican la visión mecanicista/cartesiana del ser humano como dividido naturalmente en una parte que piensa y otra que siente. En este artículo se explora la consideración de las emociones desde una perspectiva no-reduccionista, propia de los enfoques constructivistas en general y de la Psicología de los Constructos Personales (PCP; Kelly, 1955/1991) en particular. La finalidad última de tales enfoques—y del artículo en sí—es facilitar la comprensión de los aspectos emocionales y afectivos de la experiencia humana como vinculados al proceso de atribución de significado al mundo y a uno mismo, proceso que se considera consustancial a la propia vida humana en sus aspectos psicológicos.

Emociones y Constructos Personales

La PCP ha sido repetidamente calificada de teoría “cognitiva” de la personalidad (e.g., Patterson, 1973; Pervin, 1970). Un análisis de tal calificativo permite concluir que, en la mayoría de los casos, su polo opuesto es “afectiva” o “emocional”. De esta forma, dado el énfasis de la PCP en los procesos de construcción de la experiencia, la utilización de la metáfora del ser humano como científico y las nociones de origen matemático tales como “constructo”, “corolarios”, “rango”, “ámbito”, “subordinado”, etc., se presupone que se trata de una teoría apta para explicar los procesos “cognitivos” del ser humano, pero no los “afectivos”. Tal concepción resulta fundamentalmente desorientada.

El motivo básico de dicha desorientación es el intento de hacer “encajar” a la PCP en categorías (constructos) diseñadas para otras teorías epistemológicamente incompatibles con ella. Tales teorías suelen confundir el fenómeno a explicar (el territorio) con la naturaleza de la explicación (el mapa). Así, para abordar la cognición elaboran explicaciones en términos lógico-matemáticos, términos que se consideran inoperantes para explicar la emoción, recurriendo a otros de naturaleza “afectiva”. El resultado son dos formas de explicación generalmente incompatibles entre sí; una que prima la lógica y la racionalidad del ser humano y otra que se basa en su emotividad y supuesta “irracionalidad” profunda.

Kelly (cf., 1977) no aceptó que para explicar las manifestaciones emocionales de los procesos de construcción de la experiencia fuese necesario recurrir a un sistema de explicación diferente del utilizado para explicar sus manifestaciones cognitivas. De hecho, el constructo “cognitivo vs. emocional” no se aplica cómodamente a la teoría de Kelly, pues en ella se conciben los procesos psicológicos de forma más comprensiva y abstracta, incluyendo la tríada clásica cognición/emoción/conducta. La manifestación “cognitiva” del proceso de construcción (anticipación) va seguida de su contraste conductual y, tras su validación o invalidación, de las emociones consiguientes. Según Kelly (1969):

“La dificultad para comprender la teoría de los constructos personales como una teoría no cognitiva radica en la presuposición de que toda discriminación, así como todo nuestro sentido de identidad, es de naturaleza esencialmente cognitiva. Pero las discriminaciones humanas pueden también tener lugar a los niveles que se han denominado “fisiológicos” o “emocionales”. La discriminación no es un proceso necesariamente verbal. El ser humano discrimina incluso a un nivel primitivo y conductual. Por ejemplo, asustarse en dos ocasiones diferentes sugiere que, de una u otra forma, ambas se han vinculado constructivamente como constitutivas de un mismo objeto de peligro”. (p. 219).

Kelly (1955/1991) equiparó la emoción a la conciencia de las transiciones del sistema de constructos (validaciones o invalidaciones), definiendo cuatro emociones relevantes para la práctica clínica en términos de dicho proceso (amenaza, miedo, culpabilidad y ansiedad). McCoy (1977) elaboró el mismo tipo de explicación propuesto por Kelly (1955/1991), extendiendo su definición a trece emociones más, según las siguientes dimensiones: (a) cambio en la estructura nuclear, (b) cambio en la estructura no nuclear, (c) validación de la estructura nuclear, (d) validación de la estructura no nuclear, (e) invalidación de las implicaciones de la estructura nuclear, (f) adecuación del *self* a la estructura nuclear, (g) adecuación entre la propia estructura nuclear y la de otro y (h) reconocimiento de la funcionalidad del sistema de constructos. En la Tabla 1 se recogen las definiciones constructivistas de las cuatro emociones descritas por Kelly (1955/1991) y las trece propuestas por McCoy (1977).

Como ejemplo de la aplicabilidad de este tipo de enfoque, consideremos la definición de la amenaza según la PCP: conciencia de un cambio comprensivo inminente en la propia estructura nuclear. Los constructos nucleares, según Kelly (1955/1991), son “aquéllos que gobiernan los procesos de mantenimiento de la persona—aquéllos mediante los que mantiene su identidad y su existencia” (p. 356). La anticipación de la inminencia de un cambio significativo en dichos constructos provoca el sentimiento de amenaza, como en el caso de alguien cuya estructura nuclear consista en la construcción de sí mismo como “fuerte”, “independiente”, “libre”, “aventurero” y “autosuficiente” y se sienta amenazado por la creciente dependencia afectiva que generan sus relaciones de pareja.

Tabla 1. Definiciones constructivistas de determinadas emociones.

<p>Amenaza Conciencia de un cambio inminente y comprehensivo en la propia estructura nuclear (Kelly, 1955/1991)</p>
<p>Miedo Conciencia de un cambio inminente e incidental en la propia estructura nuclear (Kelly, 1955/1991)</p>
<p>Culpabilidad Conciencia del desplazamiento del <i>self</i> respecto a la propia estructura nuclear (Kelly, 1955/1991)</p>
<p>Ansiedad Conciencia de que los acontecimientos a los que uno se enfrenta caen fuera del ámbito de conveniencia del sistema de constructos (Kelly, 1955/1991)</p>
<p>Desconcierto Conciencia de un cambio inminente y comprehensivo en la estructura no-nuclear (McCoy, 1977)</p>
<p>Duda Conciencia de un cambio inminente e incidental en la estructura no-nuclear (McCoy, 1977)</p>
<p>Amor Conciencia de la validación de la propia estructura nuclear (McCoy, 1977)</p>
<p>Felicidad Conciencia de la validación de una porción de la propia estructura nuclear (McCoy, 1977)</p>
<p>Satisfacción Conciencia de la validación de la estructura no-nuclear (McCoy, 1977)</p>
<p>Complacencia Conciencia de la validación de una pequeña porción de alguna estructura no-nuclear (McCoy, 1977)</p>
<p>Tristeza Conciencia de la invalidación de las <i>implicaciones</i> de una porción de la estructura nuclear (McCoy, 1977)</p>
<p>Auto-confianza Conciencia de la idoneidad del ajuste entre el <i>self</i> y la propia estructura nuclear (McCoy, 1977)</p>
<p>Vergüenza Conciencia del desplazamiento del <i>self</i> respecto a la construcción de otra persona del propio rol (McCoy, 1977)</p>
<p>Desprecio (o disgusto) Conciencia de que el rol nuclear de otra persona es comprehensivamente diferente del propio y/o no satisface las normas de expectativa social (McCoy, 1977)</p>
<p>Alegría Conciencia de que los acontecimientos a los que uno se enfrenta caen dentro del ámbito de conveniencia de su sistema de constructos (McCoy, 1977)</p>
<p>Sobresalto (o sorpresa) Conciencia repentina de la necesidad de construir los acontecimientos (McCoy, 1977)</p>
<p>Rabia Conciencia de la invalidación de los constructos que conducen a la hostilidad (McCoy, 1977)</p>

Sin embargo, como destaca Fisher (1990), esta formulación original es susceptible de una considerable elaboración. Como ejemplo de estas elaboraciones, basadas en una concepción unitaria de los procesos psicológicos, a continuación se discuten dos de los enfoques recientes de la emoción desde la PCP.

El primero de ellos es el del propio Fisher (1990), quien propone un modelo basado en la consideración de ciertas emociones como “constructos primitivos” (p. 186). Constructos primitivos, según él (Fisher, 1990) son aquéllos que forman parte de la dotación genética del organismo, y cuya importancia filogenética radica en que el éxito de la relación reproductiva de una especie depende de su capacidad para establecer similitudes y diferencias (Maturana y Varela, 1987). Los constructos primitivos consisten en las polaridades atracción-evitación, *arousal*-relajación, apego-pérdida del apego, e intensidad-relajación.

La intersección entre estos constructos primitivos y los dominios del *self*, la cultura y la interacción social explican la complejidad interindividual de la experiencia emocional. La implicación de aspectos del *self* en el hecho construido emocionalmente lo convierte en relevante para la definición de la propia identidad. Por su parte, la cultura, entendida como marco compartido de construcción de la experiencia emocional, constituye una expresión de las posibilidades de ésta.

En síntesis, el modelo propuesto por Fisher (1990) parte de la consideración de cuatro dimensiones innatas y primitivas de construcción de la experiencia emocional, entendidas como fundamento biológico al que se superpone la creciente complejidad del *self* y las relaciones interpersonales, incrementando así la variedad de la experiencia emocional posible.

Mascolo y Mancuso (1990, 1992) parten de una base diferente, dado que consideran que las emociones no pueden reducirse a sus componentes biológicos (aunque no se discuta que los tienen). Según estos autores (Mascolo y Mancuso, 1992), determinadas sensaciones físicas (e.g., frío, hambre, cansancio) se fundamentan en un componente fisiológico pero no constituyen emociones; para que así sea es necesaria la existencia de un objeto al que dirigir las. La existencia de un objeto sugiere la importancia del proceso de evaluación de su significado, siendo la principal finalidad de los procesos psicológicos la de preservar el equilibrio adaptativo entre la evaluación y la jerarquía personal de constructos o normas internas (Mascolo y Mancuso, 1992).

El enfoque de Mascolo y Mancuso concibe los *estados emocionales* como la movilización fisiológica procedente de la discrepancia entre las normas y la construcción del acontecimiento, así como las tendencias a la acción resultantes de ésta. Por su parte, las *experiencias emocionales* consisten en el aspecto consciente de los estados emocionales.

Consideremos como ejemplo la génesis de los estados y experiencias de culpabilidad. Los estados de culpabilidad, según Mascolo y Mancuso (1990) se generan típicamente a partir de la evaluación de situaciones que implican la

violación de una norma moral interna. Dichos estados conllevan la tendencia activa a corregir la desviación, sea mediante una actitud de sumisión, de autocastigo, de humillación, de negación... La experiencia emocional de la culpabilidad consiste en la conciencia (a) del objeto o evento evaluado, (b) de su evaluación y (c) de la tendencia a la acción.

En el ejemplo de la persona que se siente amenazada por la dependencia generada en sus relaciones de pareja, podríamos concebir que escogiese romper dichas relaciones como forma de maximizar el poder predictivo de su subsistema de constructos referidos al *self*, pues el polo “independiente” aplicado a sí mismo tiene más implicaciones que el polo “dependiente”. Sin embargo, si posee una norma moral (i.e., un constructo nuclear) por la que se define como alguien “incapaz de herir a los demás”, se sentirá culpable cuando su pareja le acuse de haberla herido. La tendencia a la acción consistirá en intentar paliar el daño y, dependiendo de la nuclearidad relativa de los dos constructos (“incapaz de herir” e “independiente”), quizá llegue incluso a abandonar la idea de romper la relación con tal de no tener que invalidar el primer constructo. Este proceso constituirá su estado emocional, e irá acompañado de una serie de movilizaciones psicofisiológicas (e.g., sudoración, irritabilidad, ritmo cardíaco acelerado, rubor, hiperventilación). En la medida que el estado emocional sea accesible a su percatamiento consciente mediante la introspección, constituirá una experiencia emocional propiamente dicha.

Cuando el evento evaluado es el propio *self*, las emociones producidas son de carácter autoevaluativo (e.g., culpabilidad, vergüenza y orgullo). Estas emociones dependen del desarrollo cognitivo y social, dado que el proceso evolutivo provoca cambios en la propia capacidad de autoevaluación. Estos cambios consisten, básicamente, en:

- a) El desarrollo de un autoconcepto referencial,
- b) la capacidad de atribuir la causalidad de un resultado al *self*, y
- c) la construcción de normas con finalidades de autoevaluación. (Mascolo y Mancuso, 1992, p. 32).

El enfoque de Mascolo y Mancuso es una extensión natural de la consideración de las emociones como ciclos de transición (Kelly, 1955/1991; McCoy, 1977), pero la enriquece en dos sentidos. Al incluir la noción de (auto)evaluación abre la puerta a la consideración (i) del rol de la interacción social en las formas de construcción de la experiencia y (ii) al estudio evolutivo de los procesos implícitos en dicha autoevaluación.

Los planteamientos alternativos de Fisher (1990) y Mascolo y Mancuso (1990, 1992) reflejan la diversidad de enfoques característica del estudio de la emoción en general.

Por una parte, un primer grupo de autores (e.g., Izard, 1982; Leventhal, 1982) proponen un modelo de naturaleza somática, que mantiene que las emociones se encuentran representadas en las porciones evolutivamente más antiguas del cere-

bro, al igual que las sensaciones o las conductas motoras, y que no resultan del todo accesibles a la actividad cortical que habitualmente denominamos cognición. Esta postura se corresponde en líneas generales a la de Fisher y su noción de constructos primitivos.

Por otra, algunos investigadores (e.g., Berscheid, 1982; Fiske, 1982; Linville, 1982; Mandler, 1982) conciben la experiencia emocional como la evaluación cognitiva del *arousal* del sistema nervioso autónomo, y las diferencias entre emociones concretas como producto de sus distintas interpretaciones. Esta concepción se corresponde básicamente a la propuesta por Mascolo y Mancuso.

Hoy en día existe evidencia empírica en favor de ambas posturas, si bien la explicación de un mismo fenómeno varía de una a otra. Por ejemplo, el incremento del control emocional a lo largo del ciclo vital se puede explicar desde ambos modelos teóricos.

Según el modelo somático, las personas aprenden a controlar sus emociones a lo largo de su desarrollo porque cada vez son capaces de predecir con mayor acierto cómo responderán ante diferentes situaciones ambientales. Así, manteniendo la hipótesis de la autonomía de emoción y cognición, el control emocional creciente se cifra en que la capacidad de predecir la propia conducta produce una experiencia emocional de naturaleza más deliberada. Leventhal (1982) asume una postura más moderada y propone la consideración de la emoción como un proceso psicológico no independiente de la cognición, y susceptible de ser integrado con ésta.

Desde el modelo cognitivo-afectivo, Mandler (1982) propone que la tonalidad positiva o negativa de las emociones depende del propio conocimiento del mundo. En las situaciones ante las que uno sabe cómo responder, las emociones correspondientes tenderán a ser positivas y de intensidad relativamente moderada. Sin embargo, si el conocimiento de la situación es insuficiente se produce una incongruencia respecto a los patrones de respuesta, y la emoción resultante puede ser positiva o negativa dependiendo de si la acomodación correspondiente tiene éxito o no lo tiene.

La formulación de Mandler es marcadamente similar a la constructivista de Kelly (1955/1991), McCoy (1977), y Mascolo y Mancuso (1990, 1992), según la cual las emociones dependen de la validación o invalidación de las propias anticipaciones. Linville (1982) ha demostrado que las personas con mayor complejidad cognitiva en el dominio del *self* (i.e., con un autoconcepto multidimensional) muestran menos cambios de estado de ánimo que aquéllas con autoconceptos más simples y unidimensionales. Linville atribuye este resultado a que las personas con mayor complejidad cognitiva tienen una mayor capacidad para afrontar la invalidación de un área de su autoconcepto sin que ésta se transfiera a las demás (e.g., son capaces de aceptar que no son tan eficientes en su trabajo como creían sin que eso se transfiera a su concepto de sí mismos en tanto que padres, vecinos, amigos, miembros de la comunidad, esposos, etc.).

A nuestro juicio, ambos modelos son coherentes con la formulación original de Kelly (1955/1991) y potencialmente integrables, dado que su discrepancia se reduce a la cuestión de si el *arousal* original es de naturaleza indiferenciada o diferenciada. En el primer caso, como proponen Mascolo y Mancuso (1992), las discriminaciones entre diferentes tipos de emoción (e.g., ansiedad, amenaza, satisfacción, cólera) son fruto de la construcción social y personal del estado de activación del sistema nervioso autónomo. En el segundo, como propone Fisher (1990), el *arousal* inicial procede de sistemas neuroendocrinos que operan con independencia mutua y que definen dimensiones generales de activación emocional—lo que permite explicar la universalidad de determinadas emociones básicas.

Desarrollo Emocional

La falta de consenso general sobre la naturaleza de las emociones, ha resultado en una relativa escasez de literatura sobre desarrollo emocional.

Mahoney (1991) propone que las emociones pueden explicarse evolutivamente como diferenciaciones e integraciones progresivas de dos estados emocionales básicos (placer y dolor) presentes desde el nacimiento. Así, del primero derivarían, progresivamente, la sorpresa, la alegría, el júbilo, el amor, el orgullo, la autoestima y el altruismo. Del segundo se seguirían evolutivamente la cólera, el miedo, la ansiedad, la vergüenza/culpabilidad, el autorrechazo y la tristeza. Esta última, por ejemplo, reviste una complejidad considerablemente superior a la cólera, pues se fundamenta en el desarrollo de la identidad, la socialización y los procesos simbólicos (Mahoney, 1991). (La perspectiva de Mascolo y Macuso, discutida en el apartado anterior, es similar a la de Mahoney).

Una de las áreas más abordadas por las no muy abundantes investigaciones en este área es la del control emocional. Esta perspectiva, típica de la psicología norteamericana, equipara la emocionalidad intensa a un fenómeno indeseable, y considera que la meta del desarrollo óptimo es la consecución del autocontrol sobre las emociones. Independientemente de que el constructivismo no comparta la visión racionalista de la emoción como problema (cf. Neimeyer, 1993), uno de los resultados interesantes de esta línea de investigación es el de que la complejidad en la construcción del autoconcepto favorece la estabilidad emocional (Linville, 1982, 1987). Las personas con autoconceptos más complejos muestran menos cambios de estado de ánimo, y menos intensos, que aquéllas con autoconceptos simples. En dicha investigación, la complejidad del autoconcepto se operacionalizó como el número de roles claramente distinguibles desempeñados por la persona. Linville sugiere que la complejidad del autoconcepto tiene un efecto estabilizador sobre la experiencia emocional, dado que reduce la posibilidad de que un acontecimiento negativo (invalidación) en un área se transfiera a otra. En su minuciosa réplica de los trabajos de Linville, Kalthoff y Neimeyer (1993) encontraron los mismos resultados sólo cuando la complejidad del autoconcepto se evaluaba mediante la

medida original. Dicha medida, desde la perspectiva de la PCP, ofrece el inconveniente de su excesiva generalidad, pues no tiene en cuenta la probable jerarquización de los roles, es decir, que para una persona concreta puede ser más importante el rol de padre que el de vecino. A pesar de que la hipótesis original de Linville es coherente y atractiva, según Kalthoff y Neimeyer (1993, p. 347):

“Si se añadiese una medida significativa de importancia del rol a la tarea utilizada por Linville el resultado sería una medida más completa y útil de la complejidad de la estructura del autoconcepto individual, y tal vez una demostración más clara de que funciona como protector frente al estrés emocional”.

Desde una perspectiva evolutiva, la complejidad parece incrementarse a lo largo de la vida adulta y hasta la vejez, cuando la pérdida de roles debida a la muerte, jubilación o enfermedades puede forzar a la persona a vivir de una forma más elemental y menos compleja (cosa que explicaría la mayor labilidad emocional frecuente en la senectud). En este sentido, Viney (1986)—en línea con el modelo dialéctico de Erickson (1959)—ha destacado como la meta del desarrollo óptimo en la vejez sería equiparable a la consecución de un sentido de autotranscendencia que permitiese enfrentarse activamente a las pérdidas personales e interpersonales sin que éstas invalidaran aspectos nucleares de la construcción del *self*.

La noción constructivista de cognición y emoción como fases alternativas del ciclo de construcción de la experiencia lleva naturalmente a la consideración de la integración y coordinación de ambos procesos como meta evolutiva y, por tanto, psicoterapéutica.

Cognición y Emoción: La Integración Como Meta Evolutiva

El interés creciente por los procesos evolutivos durante la etapa adulta del ciclo vital ha puesto en evidencia la dificultad, anticipada por Kelly (1955/1991) de aislar los procesos cognitivos de los afectivos. Así, un número significativo de autores en esta línea (cf., Basseches, 1984; Haviland y Kramer, 1991; Kramer, 1990; Kramer y Haviland, 1989; Labouvie-Vief et al., 1989; Malatesta e Izard, 1984; Rybash, Hoyer, y Roodin, 1986) han destacado como característica del desarrollo adulto la integración de cognición y emoción.

La característica común a la mayoría de dichos autores es su compromiso con premisas metateóricas organicistas y constructivistas que enfatizan la naturaleza integral y evolutiva de todo fenómeno, así como la visión del ser humano como constructor (pro)activo de significado (Kramer, 1990). Desde la metateoría organicista, pues, carece de sentido plantearse si la emoción prima sobre la cognición o viceversa. Se asume que ambos procesos mantienen una relación constitutiva (Basseches, 1984) en la que la definición de cada uno de ellos depende de la del otro. Por tanto, como discuten Rybash, Hoyer, y Roodin (1986), los eventos de la vida cotidiana resultan en la activación simultánea de esquemas cognitivos y afectivos, y su solución efectiva depende de la integración de ambos en la estrategia

de afrontamiento empleada.

Sin embargo, esta integración no resulta sencilla dado que, debido al sesgo racionalista de gran parte de nuestra sociedad, métodos educativos e incluso teorías evolutivas (cf. Kramer, 1990; Labouvie-Vief, 1989), es probable que el adolescente llegue a un estado de fragmentación del *self*: por una parte un *self* “racional” y socialmente aceptable, y por otra un *self* “irracional” caracterizado por sentimientos profundos y aparentemente indeseables. Según Kramer (1990), esta división se evidencia en el mecanismo de proyección de los aspectos no aceptables del *self* en los otros; “la persona no consigue ver la emoción reprimida en sí misma pero sí en los demás” (p. 294).

La necesidad de integrar estos aspectos fragmentados del *self* en procesos de coordinación cognición/emoción viene activada por las dificultades que plantean en la comprensión de la conducta propia y ajena; por ejemplo, la incapacidad de separar las propias necesidades de las de los demás imposibilita la adopción de puntos de vista ajenos y, por tanto, la comprensión empática necesaria para la formación de relaciones de intimidad. En palabras de Kramer (1990): “Paradójicamente, las dificultades en la experiencia afectiva interpersonal que resultan de tales proyecciones servirá como ímpetu en el desarrollo del pensamiento relativista si la persona está dispuesta a correr el riesgo de confrontar sus propias proyecciones y crecer” (p. 295).

El desarrollo, pues, procederá de la invalidación de las construcciones poco adaptativas, habitualmente en situaciones, relaciones y experiencias emocionales problemáticas. El fruto de la reconstrucción serial consiguiente será la capacidad cognitiva y emocional de reconocer la propia subjetividad y la interdependencia de los límites entre el *self* y los demás (integración) y de trascender esta limitación intentando separar las necesidades propias de las ajenas (diferenciación). Labouvie-Vief (1982) denomina a este proceso “pensamiento autónomo” y lo equipara a la etapa más elevada del desarrollo adulto. Paradójicamente es el reconocimiento de la propia subjetividad lo que permite superarla (Labouvie-Vief, 1982; Scarf, 1987). A pesar de que la superación última sea inalcanzable, como nos recuerda la imposibilidad de separar observador y observado postulada por el constructivismo, sí es posible incrementar progresivamente el nivel de conciencia de las propias construcciones para poder revisarlas constantemente y convertir la teoría personal en más predictiva e internamente coherente.

Las investigaciones de Kramer y su equipo (cf. Kramer, Goldston, y Kahlbaugh, 1989; Kramer, Melchior, y Levine, 1989) sugieren que esta integración no está relacionada directamente con la edad, y que sólo es alcanzada por una proporción de adultos, mientras que otros reaccionan ante la conciencia de la diversidad regresando a posturas absolutistas o fluctuando inconsistentemente entre el relativismo y el absolutismo (Kramer, 1990). En otro trabajo relacionado con el tema (Botella y Gallifa, 1993, Julio), proponíamos una explicación constructivista

del fenómeno de la detención del desarrollo, evidenciado también por Perry (1970).

Según la elaboración de McCoy (1977) del trabajo original de Kelly (1955/1991) es probable que emerjan emociones negativas como resultado de los procesos de construcción insatisfactorios (desconfirmación de la anticipación o invalidación de la hipótesis). Así, emociones tales como la amenaza, el miedo, la culpabilidad y la ansiedad están implícitas en el proceso de desarrollo si éste se considera como la revisión constructiva de la teoría personal. La emergencia de emociones negativas explica el fenómeno de detención del desarrollo, descrito por Perry (1970) e insatisfactoriamente explicado por la teoría piagetiana (cf. Rybash, Hoyer, y Roodin, 1986). Según Perry (1970, p. 177), “en cualquiera de las posiciones de la línea general de desarrollo, una persona puede suspender, anular o incluso invertir el proceso de crecimiento”. Este fenómeno puede considerarse, desde la perspectiva de la PCP, un intento de evitar la desconfirmación de la propia teoría mediante la negación de la naturaleza invalidante de la experiencia. Algunas de las estrategias de dicha negación serían: (a) ausencia de implicación en el resultado de la experiencia, por ejemplo mediante la constricción del campo fenoménico, alienación, evitación de la responsabilidad personal sobre los propios valores y creencias, y (b) reducción de problemas mal definidos a otros bien definidos, es decir, intentos de distorsionar la evidencia invalidante para hacerla encajar con la teoría previa.

La consecuencia a largo plazo de esta negación activa a elaborar el propio sistema es probable que sea un trastorno psicológico, definido por Kelly (1955/1991, p. 831) como “cualquier construcción personal que se emplea repetidamente a pesar de su invalidación consistente”. Por tanto, el desarrollo óptimo vendrá determinado por la sucesión satisfactoria de ciclos de experiencia consecutivos. Por otra parte, la detención del desarrollo implicará una adhesión hostil a una teoría personal “degenerativa” (Lakatos, 1970).

En último extremo, la capacidad de mantener la experimentación personal a pesar de las emociones negativas procedentes de la invalidación provendrá de la estructura del propio sistema de constructos. Los sistemas monolíticos (i.e., muy integrados pero poco diferenciados) o caóticos (i.e., muy diferenciados pero poco integrados) resultan especialmente desadaptativos; en el primer caso porque incrementan la posibilidad de una invalidación masiva, y en el segundo porque conducen constantemente a predicciones inferencialmente incompatibles entre sí.

Un ejemplo de las consecuencias patológicas de la detención del desarrollo debida a las características estructurales del sistema de constructos es el de Vivienne, una adolescente suicida cuyo diario analizaron Kramer y Haviland (1989). Vivienne no fue capaz de integrar los aspectos emocionales y cognitivos de su *self* fragmentado. Se tornó cada vez más incapaz de acceder a sus propios sentimientos y, en lugar de utilizar el pensamiento como forma de reconstruir su experiencia, lo utilizaba para negar sus emociones mediante un distanciamiento afectivo que el psicoanálisis calificaría de racionalización. El resultado fue el

colapso de todo desarrollo—tanto emocional como cognitivo—y el suicidio final como forma extrema de validar un polo de su *self* fragmentado reduciendo el otro a la no existencia (cf. Kramer y Haviland, 1989).

En resumen, Kramer (1990) sintetiza la postura organicista sobre la relación cognición/emoción como sigue: “*Los sistemas cognitivo y afectivo evolucionan con el tiempo via el interjuego de la contradicción (i.e., de los obstáculos encontrados en la propia experiencia) y su resolución. En términos de la relación mutua de los sistemas cognitivo y afectivo, éstos se encuentran relativamente indiferenciados en la infancia y se diferencian con el tiempo para integrarse jerárquicamente de forma progresiva. Su funcionamiento integrado y coordinado será especialmente crucial a partir de la adolescencia*”. (p. 307).

En el párrafo anterior se evidencia la noción de que la línea evolutiva global procede de sistemas indiferenciados y poco integrados (i.e., simples) a otros más diferenciados e integrados jerárquicamente (i.e., complejos). En el próximo apartado se elaboran las implicaciones terapéuticas de esta noción y del resto de las discutidas a lo largo de las páginas anteriores.

Implicaciones Psicoterapéuticas

De las elaboraciones presentadas en este artículo se derivan una serie de implicaciones para la práctica clínica dignas de consideración.

(i) En primer lugar, plantear las emociones como indicadores de transición en el sistema de constructos personales nos lleva a la consideración de la psicoterapia como un proceso inevitablemente emocional, pues toda psicoterapia efectiva implica cambios—i.e., transiciones—en el cliente (y en la relación entre éste y el terapeuta). Es más, dado que muchas psicoterapias se centran en los cambios en aspectos relativamente nucleares de dicho sistema, los episodios de emocionalidad intensa pueden llegar a ser frecuentes.

Por tanto, es esencial que el terapeuta se sienta cómodo con las manifestaciones emocionales de sus clientes, y sea capaz de aceptarlas sin transmitir el mensaje implícito de que se trata de fenómenos socialmente inaceptables. El entorno protegido que configura la relación terapéutica habría de derivar en una “base segura” (Bowlby, 1988) desde la que el cliente pudiese explorar el significado de dichas emociones sintiéndose plenamente aceptado en lo referente a su vivencia. Las psicoterapias humanistas, y en especial el enfoque rogeriano, han destacado tradicionalmente la importancia de la aceptación incondicional del cliente, así como el fomento de la vivencia plena de la emoción como meta terapéutica en sí misma. Sin embargo, a nuestro juicio dicha aceptación es necesaria pero no suficiente, pues la consideración de la emoción como “transmisora de significado” nos lleva inevitablemente a sus aspectos semánticos.

(ii) Como se discutía en apartados anteriores, la mayoría de enfoques contemporáneos de la emoción están de acuerdo en considerar su emergencia como

resultado de la (in)validación de las expectativas respecto al curso probable de los acontecimientos. En este sentido, las emociones ofrecen oportunidades privilegiadas para advertir qué áreas del sistema de constructos personales son las menos predictivas y determinar las estrategias terapéuticas en consecuencia. Este proceso requiere, como comentábamos en el punto anterior, la vivencia plena de la emoción—y, por tanto, el fomento y aceptación acrítica de su expresión. Sin embargo, la finalidad última de dicha vivencia no serán sus aspectos catárticos o energéticos (como en determinadas terapias humanistas), sino la transformación de los estados emocionales en experiencias emocionales propiamente dichas.

Por ejemplo, Antonio, un cliente en psicoterapia, rehuía el círculo de amistades de su pareja (Ana) y prefería estar a solas con ella en todo momento. Esta preferencia empezaba a perjudicar a la relación entre ambos debido a que Ana no consideraba justo tener que renunciar a sus amigos a cambio de mantener su relación de pareja. La exploración mediante entrevista y dramatizaciones *ad hoc* de dichas situaciones acabó revelando que Antonio se sentía avergonzado de su falta de “sofisticación cultural” en los círculos relativamente elitistas que frecuentaba Ana. En una de dichas dramatizaciones, Antonio fue capaz de expresar—imaginariamente—su resentimiento contra Ana por “ponerle constantemente en ridículo” e imponerle la compañía de personas que él consideraba “pomposas y despreciables”. El terapeuta se centró en el sentimiento de vergüenza de Antonio (su estado emocional), partiendo de la hipótesis de que dicha vergüenza implicaba la conciencia de que su *self* se estaba apartando progresivamente de la construcción de Ana del rol de Antonio en tales situaciones (McCoy, 1977). Mediante ejercicios de introspección e imaginación dirigida, Antonio llegó a la conclusión de que se sentía avergonzado porque “sabía” que Ana esperaba de él que estuviese a la altura de sus sofisticadas amistades, y que lo despreciaba por no estarlo (la conciencia del significado de los estados emocionales constituye la experiencia emocional propiamente dicha). A partir de este punto, terapeuta y cliente coincidieron en la necesidad de asegurarse de que las expectativas de Ana eran realmente esas (cosa que Antonio, sorprendentemente, no había hecho nunca antes). El resultado fue una conversación entre Ana y Antonio en la que ella le desmintió que esperase de él una conducta sofisticada, reafirmando que se sentía muy satisfecha con la “sinceridad, espontaneidad y naturalidad” de Antonio, tan infrecuente entre sus amigos. La nueva perspectiva facilitó a Antonio el control del sentimiento de vergüenza, al proporcionarle un nuevo marco de atribución de significado a la experiencia de sus compromisos sociales.

(iii) El anterior ejemplo clínico pone en evidencia la tercera y última implicación terapéutica de la concepción constructivista de las emociones que discutiremos.

Los enfoques constructivistas evolutivos destacan como meta del desarrollo óptimo el incremento de la complejidad del sistema de atribución de significado a la experiencia. Dicha complejidad reviste, al menos teóricamente, dos dimensiones

ortogonales: diferenciación e integración (Werner, 1957).

El incremento de la diferenciación en el autoconcepto se ha demostrado adaptativo en las investigaciones de Linville (1982, 1987) comentadas con anterioridad. En el mismo sentido, es predecible que la capacidad para discriminar diferentes tipos de emociones—con diferentes significados—facilite una mayor versatilidad en cuanto a las estrategias de afrontamiento en las situaciones de invalidación. Un ejemplo de los riesgos potenciales de la simplicidad emocional es el de Marcos, otro cliente en psicoterapia, que utilizaba una sola dimensión supraordenada y sumamente permeable para dar sentido a todas sus emociones e incluso sensaciones físicas: “control vs. descontrol”. La aplicación de dicho constructo en términos de blanco y negro llevaba a Marcos a considerar como única alternativa posible a un control rígido e inflexible del entorno y de sí mismo la pérdida absoluta de éste, con las consiguientes fantasías de locura, conducta antisocial e incluso muerte. Una de las consecuencias directas de esta extrema simplicidad emocional—la que le llevó a solicitar terapia—fue la eyaculación precoz: Marcos se concentraba tanto en no perder el control sobre su fisiología que eso alteraba las respuestas autónomas normales—“no controlables” por definición. De hecho, la cualidad de “blanco y negro” de su sistema se revelaba con especial virulencia en este terreno; bastaba el mero estímulo visual y en un entorno cotidiano de una joven atractiva para que Marcos eyaculara—incluso sin erección previa. La estrategia terapéutica en este caso consistió en facilitar una mayor diferenciación en el subsistema de construcción de las emociones del cliente. Las técnicas para conseguir dicha estrategia podrían haber sido varias, pero optamos por la administración de una rejilla de constructos personales utilizando como elementos situaciones de significación emocional (e.g., escuchar música, ver una película, recibir una mala noticia). La utilización de la rejilla como forma de intervención (en lugar de evaluación) ha recibido poca atención en la literatura, pero este caso demuestra su utilidad potencial, pues Marcos fue progresivamente capaz de discriminar aspectos más sutiles de su experiencia emocional a través del proceso de elicitación de los constructos personales.

De forma simultánea al incremento de la diferenciación del sistema, el aumento de la capacidad de integración de éste deriva en una mayor complejidad y en una estructura óptima—i.e., un elevado nivel de diferenciación e integración. Por tanto, el fomento de la capacidad integradora del sistema constituye otra meta terapéutica en sí misma, especialmente en sus aspectos de coordinación emoción/cognición/conducta. Sólo mediante la orquestación armoniosa de estas tres manifestaciones del proceso de construcción es posible completar el ciclo de experiencia y refinar progresivamente la propia teoría sobre el mundo, los demás y uno mismo.

Un ejemplo de las consecuencias desadaptativas de la baja integración entre aspectos fragmentados del sistema de construcción de las emociones es el de Rosa, que acudió a terapia afirmando estar deprimida por haber llegado a la conclusión de

que estaba “muerta por dentro”. La exploración del significado de este constructo reveló que Rosa se sentía culpable por “no haber sentido nada después de la muerte de su madre”, sucedida hacía tres años. Rosa interpretaba esta ausencia de emoción como evidencia de que no podía sentir nada por nadie, y de que probablemente su amor por su marido y sus hijos era “falso”. El análisis biográfico durante las sesiones terapéuticas permitió concluir que el origen de este bloqueo del proceso de duelo se debía probablemente a una relación temprana con su madre marcada por una fuerte crítica de ésta a todas las iniciativas de Rosa. La elección elaborativa de Rosa durante su adolescencia había sido “no sentir nada” por su madre, como forma de minimizar los efectos invalidadores de sus críticas y poder explorar libremente con identidades alternativas sin consecuencias irreversibles, proceso habitual durante esa etapa del ciclo vital. Por tanto, Rosa había llegado a fragmentar su sistema de construcción en un “*self* que siente” y un “*self* que piensa”. La estrategia terapéutica consistió en intentar coordinar ambos aspectos fragmentados del *self* en un ciclo de experiencia completo, en el que lo cognitivo se integrase con lo emocional y conductual. Centrándose en el proceso de duelo por su madre, el terapeuta fue capaz de facilitar que Rosa reconociese aspectos de sí misma profundamente influenciados por la relación con ella—por ejemplo, el gran interés de ambas hacia todo lo intelectual. El reconocimiento de aspectos propios ligados evolutivamente a la relación con su madre fomentó en Rosa una sensación real de pérdida, por primera vez desde la muerte de ésta. Rosa lloró repetidamente en varias sesiones, e incluso trajo fotografías de su infancia como forma espontánea de elaborar el duelo en sus aspectos más positivos y de crecimiento personal. De este modo, cognición, emoción y conducta quedaban integradas y coordinadas en el proceso de revisión constructiva de la forma de atribuir significado a la relación con su madre y la pérdida de ésta.

En resumen, el incremento de la complejidad en la forma de construir las emociones y la coordinación entre todos los aspectos de dicho proceso de construcción facilita la experimentación continua con la propia experiencia, meta final de la psicoterapia basada en la PCP y en enfoques constructivistas compatibles.

En este artículo se revisa la concepción constructivista de la emoción como parte del proceso de atribución de significado a la experiencia. Se discuten los principales enfoques contemporáneos de la emoción, y en especial el de la Psicología de los Constructos Personales (PCP). Por último, se elaboran algunas de las implicaciones de lo antedicho para la psicoterapia.

Referencias Bibliográficas

- BASSECHES, M.A. (1984). *Dialectical thinking and adult development*. Norwood, NJ: Ablex.
- BERSCHIED, E. (1982). Attraction and emotion in interpersonal relations. In M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- BOTELLA, L. & GALLIFA, J. (1993, July). *Toward a constructivist model of adult development*. Paper presented at the Tenth International Congress on Personal Construct Psychology, Townsville, Australia.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- ERICKSON, E. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: International Universities Press.
- FISHER, D.V. (1990). Emotional construing: A psychobiological model. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 183-204.
- FISKE, S.T. (1982). Schema-triggered affect: Applications to social perception. In M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- HAVILAND, J.M., & KRAMER, D.A. (1991). Affect-cognition relationships in adolescent diaries: The case of Anne Frank. *Human Development*, 34, 143-159.
- IZARD, C.E. (1982). Comments on emotion and cognition: Can there be a working relationship? In M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- KALTHOFF, R.A., & NEIMEYER, R.A. (1993). Self-complexity and psychological distress: A test of the buffering model. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4, 327-349.
- KELLY, G.A. (1955/1991). *The psychology of personal constructs*. London: Routledge
- KELLY, G.A. (1969). The psychotherapeutic relationship. In B.A. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 216-223). New York: Krieger.
- KELLY, G.A. (1977). The psychology of the unknown. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp. 1-20). London: Academic.
- KRAMER, D.A. (1990). Conceptualizing wisdom: The primacy of affect-cognition relations. In R.J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp. 279-317). Cambridge: Cambridge University Press.
- KRAMER, D.A., GOLDSTON, R.B., & KAHLBAUGH, P.E. (1989). *Age, affect intensity, and dialectical beliefs*. Submitted manuscript.
- KRAMER, D.A., & HAVILAND, J.M. (1989). *Affect-cognition relations in an adolescent diary: The case of Vivienne*. Submitted manuscript.
- KRAMER, D.A., MELCHIOR, J., & LEVINE, C. (1989). *Age-relevance of content material and reasoning about interpersonal dilemmas*. Submitted manuscript.
- LABOUVIE-VIEF, G. (1982). Dynamic development and mature autonomy. *Human Development*, 25, 161-191.
- LABOUVIE-VIEF, G. (1989). Modes of knowledge and the organization of development. In M.L. Commons, J.D. Sinnott, F.A. Richards, and C. Armon (Eds.), *Adult development (Vol. 1): Comparisons and applications of developmental models*. New York: Praeger.
- LABOUVIE-VIEF, G., HAKIM-LARSON, J., DEVOE, M., & SCHOEBERLEIN, S. (1989). Emotions and self-regulation: a life span view. *Human Development*, 32, 279-299.
- LAKATOS, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes. In I. Lakatos & A. Musgrave (Eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 91-196). Cambridge: Cambridge University Press.
- LEVENTHAL, H. (1982). The integration of emotion and cognition: A view from the perceptual-motor theory of emotion. In M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- LINVILLE, P.W. (1982). Affective consequences of complexity regarding the self and others. In M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- LINVILLE, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- MALATESTA, C.Z., & Izard, C.E. (Eds.) (1984). *Emotion in adult development*. Beverly Hills, CA: Sage.
- MANDLER, G. (1982). The structure of value: Accounting for taste. In M.S. Clark & S.T. Fiske (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- MASCOLO, M.F., & Mancuso, J.C. (1990). Functioning of epigenetically evolved emotion systems: A constructive analysis. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 2, 205-222.

- MASCOLO, M.F., & MANCUSO, J.C. (1992). Constructive processes in self-evaluative emotional development. In R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (Vol. 2, pp. 27-56). Greenwich, CT: JAI Press.
- MATURANA, H.R., & VARELA, F.J. (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala.
- McCOY, M.M. (1977). A reconstruction of emotion. In D. Bannister (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp. 93-124). London: Academic Press.
- NEIMEYER, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 221-234.
- PATTERSON, C.H. (1973). *Theories of counseling and psychotherapy*. New York: Harper and Row.
- PERRY, W.G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years: A scheme*. New York: Rinehart & Winston.
- PERVIN, L.A. (1970). *Personality: Theory, assessment, and research*. New York: John Wiley and sons.
- RYBASH, J.M., HOYER, W.J., & ROODIN, P.A. (1986). *Adult cognition and aging*. New York: Pergamon Press.
- SCARF, M. (1987). *Intimate partners: Patterns in love and marriage*. New York: Random House.
- VINEY, L. (1986). *The development and evaluation of short-term psychotherapy programmes for the elderly: Report to the Australian Institute of Health*. Wollongong: University of Wollongong.
- WERNER, H. (1957). The concept of development from a comparative and organismic point of view. In D.B. Harris (Ed.), *The concept of development* (pp. 125-148). Minneapolis: University of Minnesota Press.

EMOCIONES, MOTIVACIONES Y COGNICIONES EN EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA: INTERSECCIÓN ENTRE COGNITIVISMO Y EPISTEMOLOGÍA EVOLUCIONISTA

Giovanni Liotti
ARPAS, Roma.

A theory of motivation is presented here, that is based on ethology and evolutionary epistemology. Specific emotions, in the light of this theory, are seen as phases of the operations of specific behavioral-motivational systems. Dysfunctional cognitive processes may attribute to an emotional experience meaning that are at variance with respect to the basic meaning of the emotion, a biological meaning defined by the behavioral system to which that emotion partakes. Various implications of this motivational theory for the practice of cognitive psychotherapy are discussed.

Cambiar el modo en el que nos pensamos a nosotros mismos, a los otros y al mundo implica cambiar la propia experiencia emocional. Este hecho, apoyado conjuntamente por el sentido común de una rica tradición filosófica (Magri, 1991) y de las investigaciones de la psicología experimental contemporánea, constituye el fundamento de la psicoterapia cognitiva. Pero ello no implica que las emociones estén determinadas por procesos cognitivos o que sean la consecuencia de pensamientos: existen al contrario válidas razones que apoyan la tesis que las dinámicas emocionales conservan también en el ser humano adulto un estatuto de autonomía antecedente y relativa, respecto a las estructuras y a los procesos del pensamiento, como considera la neuropsicología evolucionista (Liotti, 1991a; Zajonc, 1980, 1984). El argumento de la neuropsicología evolucionista que induce a considerar las emociones evolutivamente y funcionalmente antecedentes y no consiguientes a los procesos del pensamiento humano, se puede resumir como sigue: las estructuras cerebrales del sistema límbico, que están íntimamente correlacionadas en su actividad con la experiencia emocional, han evolucionado antes que el neo-córtex, que es indispensable para la construcción de las estructuras de pensamiento

humano; además las funciones del sistema límbico conservan, respecto a las funciones del neo-córtex una relativa autonomía (MacLean, 1984). Si la experiencia emocional no es reconducible causalmente a los procesos del pensamiento, si las emociones no subsiguen a la conciencia verbal según las categorías de la causalidad lineal, ¿cómo podemos explicar el hecho que cambios en el modo de pensar, como los que se obtienen con las técnicas de la terapia cognitiva (Beck, 1976), comporten cambios en la manera de sentir? Algunas teorías sobre las emociones, formuladas por la psicología experimental contemporánea y compatibles con los aportaciones de la epistemología evolucionista y de la etología en el estudio de la motivación permiten una respuesta satisfactoria.

EMOCIONES Y MOTIVACIONES

Para hablar de manera exhaustiva de las emociones, sería necesario ante todo definir el significado diferencial de términos como *sentimientos*, *afectos* y *emociones* propiamente dichas. Sería necesario también, hablando de emociones, tener claro si nos referimos a disposiciones generales y rasgos de personalidad (es lo que se entiende, por ejemplo, cuando se dice que alguien es un individuo ansioso), o a experiencias episódicas (es lo que se entiende cuando se dice que alguien ha tenido un ataque de pánico entre las cinco y las seis de la tarde). Para finalizar sería necesario especificar, cuando estudiamos una emoción, cuál de sus diversas dimensiones se está considerando: la activación neuro-vegetativa, la conducta expresiva o comunicativa o bien la experiencia subjetiva. Al hablar de emociones me referiré siempre en este artículo a la experiencia subjetiva y/o a la conducta expresiva, y además hablaré de las emociones como experiencias episódicas y no como disposiciones generales hacia una persona o situación, lo que reduce al mínimo el riesgo de incurrir en equívocos por posibles confusiones de significado, ligadas al uso de términos como *sentimiento*, *afecto* y *emoción*, que tienden a confundirse sobre todo cuando se refieren a disposiciones generales, como por ejemplo en las frases siguientes: “mis sentimientos por ti son constantes”, “mis sentimientos por ti no han cambiado”, “me inspiras sentimientos de amor”.

En este sentido un episodio emocional es ante todo interpretable como una *información sobre la tendencia a la acción* (propia, en el caso de la experiencia subjetiva o de los demás, en el caso de la emoción vista como conducta expresiva o comunicativa) *ante una finalidad precisa y circunscrita a ese episodio* (Frijda, 1987). La emoción, pues, puede entenderse como información sobre la disposición (específica y no general) de actuar para conseguir una finalidad determinada y concreta. La visión de la emoción como información sobre la tendencia a actuar hacia un objetivo, propuesta por la psicología general contemporánea (Frijda, 1987; Greenberg e Safran, 1987), se conecta bien con el análisis de las relaciones entre emociones y motivaciones propuestos por la etología y la epistemología evolucionista (Liotti, en prensa). Este análisis, a su vez, permite comprender adecuadamente las

relaciones entre emociones y pensamientos que tienen lugar en el ser humano.

Uno de los modos de resumir la visión evolucionista de la motivación propuesta por la etología se basa en el concepto de sistema de control del comportamiento, o sistema comportamental (*sistema comportamental* y *sistema motivacional* se pueden considerar sinónimos). Los sistemas comportamentales son sistemas de reglas que guían cibernéticamente el comportamiento del individuo hacia una finalidad concreta, o sea, hacia una relación precisa entre el organismo y el ambiente. Se cree que estos sistemas de reglas para la acción han evolucionado, en las distintas especies animales, en modo parecido a los sistemas fisiológicos y anatómicos. Popper (1991) propone considerar estas reglas a modo de expectativas o hipótesis innatas sobre lo que será favorable a la supervivencia del organismo y/o a la perpetuación de su patrimonio genético. Los *conocimientos* (hipótesis, expectativas) innatos que constituyen los sistemas comportamentales son más o menos modificables, según la especie animal y del tipo de sistema comportamental, en función del aprendizaje, o sea de la experiencia conseguida por el organismo durante el funcionamiento de sus sistemas comportamentales dentro de las diferentes contingencias ambientales (Liotti, 1990; Liotti en prensa). En el lenguaje etológico se distinguen sistemas comportamentales ambientalmente estables, o sea poco sometidos a cambios en función de la experiencia, y sistemas comportamentales ambientalmente lábiles. Al contrario del viejo concepto de *instinto*, el concepto de *sistema comportamental* no se contrapone, sino que es más bien concomitante, al de aprendizaje, y no tiene connotaciones pulsionales o energéticas, sino informativas y cibernéticas (Bowlby, 1969; Hinde, 1982). Cada sistema comportamental implica la activación de emociones potentes, que corresponden a informaciones sobre el grado de proximidad a la meta del sistema o sobre los obstáculos contrarios del ambiente para la consecución de los objetivos.

Una enumeración aproximada de sistemas motivacionales activos en los animales superiores y en el hombre permite distinguir entre los sistemas que regulan el comportamiento de relaciones entre individuos de la misma especie (acoplamiento sexual, apego de los pequeños a quien les cuida, cuidado de los pequeños o de los miembros vulnerables del grupo por parte de los adultos, definición de rangos de dominancia, subordinación a través de conductas agonísticas rituales, cooperación paritaria en vista de objetivos conjuntos) y sistemas comportamentales que no consideran directamente la relación entre individuos de la misma especie (alimentación, predación, definición y defensa del territorio, exploración de ambientes nuevos). Además es necesario recordar que en el hombre aparecen sistemas motivacionales supraordenados a estos, exclusivos de nuestra especie, que conciernen la atribución de significado a la experiencia y la construcción de un sentido coherente e integrado del sí mismo.

La distinción entre los sistemas comportamentales *sociales* y los otros sistemas motivacionales es de gran importancia para el clínico. Ella permite atribuir un

significado y valor particulares, respecto a la construcción de estructuras patológicas de pensamiento y comportamiento, a las emociones que se suceden en el curso de las diversas relaciones interpersonales. Es por lo tanto oportuno detenerse a considerar los diferentes sistemas comportamentales sociales y las emociones que los caracterizan en la acción.

El *sistema de apego* se activa cada vez que el organismo está en condiciones de vulnerabilidad, sufrimiento o peligro. El objetivo del sistema es guiar el comportamiento del organismo hacia la obtención de la cercanía física de un individuo de la misma especie que pueda asegurar protección o bienestar (Bowlby, 1969). La obtención de este objetivo comporta emociones de seguridad, mientras que la amenaza de separación de la figura de apego comporta emociones de miedo y cólera. La prolongada imposibilidad de alcanzar la figura de apego provoca en el ser humano la experiencia subjetiva de la tristeza. El reencuentro con la figura de apego después de una separación es normalmente acompañada de emociones de alegría.

El *sistema de cuidado*, complementario del de apego, se activa por las señales de demanda de ayuda y consuelo que provienen de un miembro de la misma especie. Estas señales de demanda de ayuda corresponden prevalentemente a la expresión de emociones de miedo y dolor. El objetivo del sistema es salvaguardar la incolumidad e integridad del miembro del grupo (social, familiar) que había activado el sistema de cuidado señalando la propia vulnerabilidad. Persiguiendo objetivos de cuidado se experimentan emociones de solicitud hacia los demás (preocupación por su salud, ternura). Renunciar a responder a las demandas de apego de un individuo de la misma especie comporta a menudo emociones de culpa, mientras que obstáculos externos que nos impidan realizar con éxito las operaciones del sistema de cuidado provocan la aparición de emociones de cólera o de miedo. Se puede notar en seguida que la cualidad experiencial de la cólera y del miedo que aparece en las distintas fases del sistema de cuidado es distinta de la cualidad experiencial de la cólera y del miedo que se sienten cuando se activa en nosotros el sistema de apego. El miedo, por ejemplo, de que la figura de apego se convierta en inalcanzable es distinto del miedo de no poder proteger de un peligro a alguien que se ama. Esta es, como se repetirá más adelante, una regla general: emociones que llamamos con el mismo nombre (miedo, cólera, tristeza, alegría) tienen una cualidad experiencial y un significado distinto según el sistema comportamental en el que se producen (Liotti, 1991a; Liotti, en prensa).

El sistema que regula los comportamientos de dominancia y subordinación, se llama *sistema agonístico* porque coordina en los animales sociales los comportamientos agonísticos rituales, cuyo fin es el de definir los rangos de dominancia dentro del grupo social (cfr. Gilbert, 1989). La necesidad de competir entre individuos de la misma especie para definir el orden de acceso a reservas limitadas (alimentos, compañeros del otro sexo, territorio) es el *primun movens* evolucionista

para el desarrollo del sistema agonístico. Durante las conductas agonísticas rituales, aparecen emociones de cólera y de miedo que son distintas cualitativamente de la cólera y del miedo que aparecen durante la activación de otros sistemas comportamentales. La cólera dirigida a impedir el alejamiento de la figura de apego con la finalidad de mantener una cercanía protectora del miembro de la especie percibido como “más sabio y más fuerte” (Bowlby, 1977), es distinta de la cólera que acompaña el inicio de una competición, con un individuo de la misma especie, que tiene como finalidad obtener de este último el reconocimiento de su inferioridad. La victoria en la competición está acompañada de emociones de triunfo orgulloso, mientras que la derrota está acompañada de emociones de vergüenza, de humillación y de tristeza. Se puede considerar la vergüenza, al contrario de la culpa, una emoción específica del sistema agonístico (Gilbert, 1988). De nuevo, la tristeza por una derrota en la competición con individuos de la misma especie, es una emoción cualitativamente distinta de la tristeza que se prueba por una prolongada separación de una figura de apego.

El *sistema de la cooperación paritaria* entra en acción cada vez que dos seres semejantes unen sus fuerzas para perseguir un objetivo común. En las especies de animales superiores, aparecen modalidades conductuales concretas que permiten poner fin a la activación del sistema agonístico e iniciar interacciones paritarias con la finalidad de encontrar una solución conjunta a los problemas ocasionados por la situación ambiental (DeWaal, 1990). Durante la utilización del sistema cooperativo, aparecen emociones de pacificación y de solidaridad. En el ser humano pueden producirse emociones de culpa como consecuencia de la traición del acuerdo de cooperación.

Es evidente, también, el significado subjetivo y el valor informativo de las emociones coordinadas en la actuación del *sistema sexual* (en las fases de galanteo: temor del rechazo y de la agresión por parte del compañero potencial, cólera, placer exhibicionista, pudor o celos, alegría en el acoplamiento).

Algunas experiencias emocionales, más que con las operaciones de un determinado sistema motivacional, se relacionan con la inhibición de la actividad de estos sistemas. Un ejemplo de ello lo constituye el sentimiento de indiferencia, que deriva de la inhibición del apego cuando la separación de la figura de apego se prolonga en el tiempo. Para terminar este apartado quisiéramos recordar que algunas emociones se relacionan con la actividad de sistemas motivacionales inicialmente no dirigidos a coordinar el comportamiento interpersonal. El asombro o la sorpresa, por ejemplo, son emociones que caracterizan el sistema que controla el comportamiento de exploración del ambiente, mientras que la repugnancia aparece dentro de la actuación del sistema de control del comportamiento alimentario.

ESQUEMAS COGNITIVOS, EMOCIONES Y SISTEMAS MOTIVACIONALES

La existencia, postulada por la epistemología evolucionista (Popper, 1991), de una motivación innata hacia distintas formas de relación con los miembros de la misma especie, lleva a suponer que existen estructuras innatas, interpretables como esquemas perceptivo-motores, que coordinan la actuación del individuo hacia sus semejantes en vista de objetivos precisos. Estos esquemas perceptivo-motores innatos configuran una especie de proto-representación simultánea del sí mismo, de un miembro de la misma especie, y de un estado de relación deseable entre el sí mismo y el otro. La experiencia concreta de interacción con los individuos de la misma especie dentro de cada sistema motivacional introducirá, a través del mecanismo Piagetiano del equilibrio entre asimilación y acomodación (Flavell, 1963), modificaciones y evoluciones en los primitivos esquemas senso-motorios. La evolución de los esquemas senso-motorios innatos podrá conducir, en el hombre, a complejos sistemas de conocimiento o expectativas concernientes al sí mismo y a los demás, pero no podrá modificar el objetivo biológico del sistema comportamental al que pertenecen los esquemas originarios. Esto implica que las emociones orientadas hacia la actuación de un determinado sistema motivacional conserven, incluso en presencia de complejos sistemas de conocimiento de sí mismo y de los demás, diferentes de individuo a individuo, su significado biológico originario. Las emociones de apego, de cuidado, de cooperación, de competición, y también las sexuales tendrán, en otras palabras, siempre el valor de informaciones sobre la tendencia a la acción hacia una finalidad determinada, que es el objetivo de ese sistema comportamental, aunque este valor informativo no fuese aceptado y elaborado en los procesos cognitivos del individuo que experimenta esas emociones (Liotti, 1991a).

La posibilidad de que los procesos cognitivos de una persona fallen en la atribución de la causa y el significado de una emoción -en el sentido de interpretar aquella emoción de forma discrepante respecto a su significado biológicamente determinado (o sea conectado al objetivo del sistema motivacional innato dentro del cual se produce)- constituye el primer tipo de relación anómala entre procesos cognitivos y experiencias emocionales. El segundo tipo de relación anómala entre procesos cognitivos y experiencias emocionales deriva del hecho de que expectativas y creencias pueden conducir a la activación o a la inhibición anormal de un determinado sistema motivacional, y por lo tanto a la experiencia excesiva o deficitaria de las emociones conectadas a la actividad de ese sistema. El tercer tipo fundamental de relación anómala entre procesos de pensamiento y emociones depende de la posibilidad de que los esquemas cognitivos conduzcan, en determinadas situaciones interpersonales, a la activación simultánea de dos o más sistemas motivacionales en conflicto entre ellos: la experiencia emocional se transformará en compleja, caótica y conflictual.

La valoración que el terapeuta da a las emociones del paciente en el proceso de la psicoterapia cognitiva, como veremos en el próximo apartado, está basado sobre estas tres categorías fundamentales de relación anómala entre esquemas cognitivos, sistemas motivacionales y emociones.

LAS EMOCIONES EN EL PROCESO DE LA TERAPIA COGNITIVA

La posibilidad de que una persona atribuya a una propia experiencia emocional un significado distinto del que se deriva del sistema motivacional activado en el momento de producirse esa emoción, se halla abundantemente ejemplificado en la psicopatología. Por ejemplo, muchos pacientes agorafóbicos interpretan como síntomas de enfermedad física o mental (infarto o locura) el miedo que deriva de la amenaza de separación de una persona con quien han establecido un vínculo de apego (Liotti, 1981, 1991 b). Pacientes con trastornos del comportamiento alimentario interpretan como hambre la emoción de vacío y separación que se produce en ellos por la inhibición del sistema de apego (Liotti, 1988). Emociones de cólera o de vergüenza que derivan de la activación del sistema agonístico, o bien emociones ligadas a la activación del sistema sexual, son interpretadas por muchos pacientes según categorías de juicio moral aún antes de reconocer el propio valor informativo en el contexto interpersonal en el que se producen. Ante este tipo de discrepancia entre el valor informativo potencial de una experiencia emocional y el significado anómalo que el paciente le atribuye, el terapeuta cognitivo investiga de qué estructuras de pensamiento deriva la atribución inadecuada de sentido y causa a las emociones (Liotti, 1991 a). La clave para poder valorar la discrepancia entre el valor informativo biológicamente determinado de una emoción y el significado erróneo que el paciente le atribuye es la identificación del sistema motivacional activo en el paciente en el momento de producirse la experiencia emocional.

El contexto interpersonal en el que se produce la emoción erróneamente interpretada, y el comportamiento de relación del paciente, constituyen los indicios más importantes para la identificación del sistema motivacional del que depende esa emoción. Si las estructuras de pensamiento responsables de la atribución errónea de significado a las emociones actúan de manera tácita o explícita, inconsciente o consciente, es otro aspecto importante del análisis cognitivista de las emociones. La corrección de las estructuras cognitivas responsables del malentendido del significado de las propias emociones puede después producirse a través de

- 1) la reflexión crítica conjunta,
- 2) la reconstrucción de las experiencias de vida y de las influencias interpersonales que han llevado a la construcción de los citados esquemas cognitivos, o bien
- 3) la prescripción de comportamientos que puedan conducir a su falsación.

Las estructuras del conocimiento del sí mismo y de los demás, que el paciente ha desarrollado a partir de experiencias relacionales patológicas pueden también

conducir a la activación impropia o a la inhibición de las actividades de diversos sistemas motivacionales. Por ejemplo, la experiencia repetida de fracasos y humillaciones dentro de relaciones muy competitivas puede conducir a esperar que se repitan este tipo de interacciones cada vez que se forma una nueva relación interpersonal, y por lo tanto a la activación del sistema agonístico. Cuando sobre la base de experiencias de rechazo e indisponibilidad por parte de las primeras figuras de apego, se espera no poder contar con ningún apoyo o ayuda en momentos de dificultad, esto puede conducir a la inhibición sea del sistema de apego que del complementario sistema de cuidado. De este tipo de expectativas derivará entonces (junto con notables dificultades en la relación interpersonal por la activación o inhibición impropia de sistemas comportamentales) la experiencia excesiva de emociones de miedo, cólera, humillación y vergüenza (sistema agonístico hiperactivado), o bien la carencia de experiencias emocionales de seguridad, ternura y alegría (sistemas de apego y cuidado inhibidos). Pacientes deprimidos, esquizoides, o afectados por varias formas de ansiedad social (Gilbert, 1989, 1992; Trower & Gilbert, 1989) se encuentran a menudo en esta situación.

Frente a este tipo de déficit o exceso motivacional o emocional, el terapeuta cognitivo deberá no solo identificar las estructuras cognitivas responsables de la activación o inhibición inadecuada de los sistemas comportamentales (visión del sí mismo como destinado al fracaso en la competición, débil, no digno de ser amado; visión del otro como no disponible, prevaricador, etc.) sino también y sobretodo utilizar la relación terapéutica como fuente de experiencias emocionales correctivas capaces de evocar esquemas normales de activación interpersonal de los sistemas comportamentales (Liotti, 1993; Liotti & Intreccialagli, 1992).

Más importante aún debe ser el trabajo sobre la relación terapéutica en el caso de pacientes cuyas estructuras cognitivas conduzcan a la activación simultánea de varios sistemas motivacionales interpersonales dentro de la misma contingencia de interacción con una persona significativa (sobre el modo de preparar la relación terapéutica en terapia cognitiva véase también: Guidano & Liotti, 1983; Liotti & LaRosa, 1992; Semerari, 1991). Pacientes que han experimentado relaciones primarias de apego con padres imprevisibles en cuanto a su disponibilidad a responder a solicitudes de consuelo por parte del niño, además de intrusivos e hipercontroladores, construyen a menudo representaciones de sí mismo y del otro donde la dimensión del apego y la de la subordinación a un individuo dominante se sobreponen y confunden. Dentro de relaciones motivadas por el sistema de apego, como en general es la relación terapéutica (Liotti, 1991c), estos pacientes tienden a activar también el sistema agonístico. La figura a la cual se dirigen en busca de ayuda es simultáneamente asimilada a un esquema cognitivo donde se representa al otro como dominante, controlador, intrusivo. Como consecuencia de ello se producen a menudo afirmaciones de temor de la dependencia hacia el psicoterapeuta, a veces desde la primera sesión, por ejemplo de esta manera: “Tengo miedo de

iniciar una psicoterapia porque después será dependiente de usted, y cuando uno es dependiente de otro, el otro le hace hacer aquello que quiere”. Más complejas, todavía, son las formas de relación referidas a esquemas cognitivos formados por experiencias de abuso y violencia sexual por parte de una figura de apego: estos esquemas cognitivos activan simultáneamente, a veces, los sistemas de apego, de cuidado, de dominancia-subordinación y de sexualidad en relación al mismo interlocutor. La experiencia emocional resultante es tan compleja, además de conflictual, que hace imposible el normal funcionamiento de la conciencia, derivándose estados disociativos de la conciencia (despersonalización, estados parecidos a un trance hipnótico auto-inducido o espontáneo, desrealización) que hacen su aparición dentro de la relación, impidiendo cualquier forma de comunicación eficaz.

En estas circunstancias de activación caótica y confusa de los distintos sistemas comportamentales, el terapeuta podrá sacar provecho del análisis de las propias emociones, producidas dentro de la relación terapéutica, para comprender qué está sucediendo en el paciente, intentar darle explicaciones e interpretaciones adecuadas y predisponer el propio comportamiento de relación en modo tal de facilitar experiencias emocionales correctivas.

LAS EMOCIONES DEL TERAPEUTA

La base teórica que permite al psicoterapeuta cognitivo considerar las propias emociones, producidas durante la interacción con el paciente, como indicios para comprender el estado motivacional del paciente, está constituida por la noción de que los sistemas comportamentales de dos individuos implicados en una relación significativa tienden a sintonizarse (Liotti, 1993). Las señales emocionales y comportamentales de demanda de ayuda (sistema de apego activo en el interlocutor) tienden a activar en nosotros el sistema de cuidado; las señales de competición por la dominancia en la relación emitidos por un interlocutor tienden a activar en el otro el mismo sistema agonístico; las señales de seducción erótica tienden a activar también en el otro el sistema sexual. La propuesta de trabajar juntos para conseguir un objetivo común tiende a evocar la actividad del sistema motivacional de la cooperación. De esto deriva que el terapeuta puede presuponer, a partir del conocimiento de que una experiencia emocional propia pertenece a un determinado sistema motivacional, activo en sí mismo en el momento de producirse esa experiencia, qué sistema motivacional se halla activo en el paciente en aquel mismo momento. Naturalmente la hipótesis formulada por el terapeuta, a partir de la propia experiencia emocional, a cerca de las motivaciones del paciente, será plausible sólo si el terapeuta puede excluir que los propios sistemas motivacionales hayan sido activados desde el interior (o sea, a partir, de las propias estructuras cognitivas idiosincrásicas o por variables biológicas y existenciales independientes de la relación actual con aquel determinado paciente). Un sencillo ejemplo clínico puede

aclarar todo esto.

Un terapeuta, que construye la relación con su paciente sobre la base de perseguir un objetivo conjunto, se da cuenta, de pronto, mientras dialoga con el paciente, que está cambiando su propio estado emocional: de un sentimiento tranquilo de cooperación ha pasado a notar una especie de preocupada solicitud. El terapeuta advierte que sus nuevas emociones hacia el paciente están reguladas por el *sistema de cuidado*, que se ha activado en sustitución del anterior de cooperación. Por el conocimiento que tiene de sí mismo, el terapeuta excluye que la activación de motivaciones de cuidado esté ligada a los esquemas cognitivos interpersonales propios: el paciente no le recuerda, por ejemplo, ninguna persona emocionalmente significativa hacia la cual haya sentido deseos intensos no satisfechos de ofrecer protección y consuelo, ni se presta a satisfacer de manera vicaria eventuales deseos no resueltos en el terapeuta de ser confortado emocionalmente. El sistema motivacional de cooperación activo en el paciente hasta la sesión anterior ha sido sustituido por la activación del sistema de apego. A partir de esta consideración, el terapeuta empieza a preguntarse si le ha ocurrido algo al paciente entre la sesión anterior y la actual, que lo haya hecho sentir en peligro o vulnerable.

Este modo de utilizar la experiencia emocional del terapeuta en la relación con el paciente durante la terapia cognitiva (Liotti, 1993), puede confrontarse con las reflexiones psicoanalíticas sobre el tema de la identificación proyectiva (ver, por ejemplo Migone, 1989). En terapia cognitiva esta praxis psicoterapéutica se revela particularmente útil, como se ha dicho anteriormente, en el análisis de la experiencia emocional y de las estructuras motivacionales de pacientes cuyos sistemas comportamentales interpersonales se activan en manera simultánea y confusa. Se trata a menudo de pacientes, con historias traumáticas de violencia y abusos emocionales o sexuales, que pasan rápidamente, a veces en el curso de la misma sesión, de percibir al terapeuta como omnipotente *salvador* (figura idealizada de apego) a verlo como un *perseguidor* -cuyo único fin es el de humillarle, hacerle sentir subordinado, aprovecharse de él, seducirlo- para después eventualmente tratarlo como una persona hacia la que manifestar sentimientos de ternura y solicitud. Los esquemas cognitivos interpersonales a los cuales el paciente asimila el comportamiento del terapeuta, y que se subsiguen de manera contradictoria y caótica, operan a menudo en un nivel tácito. Para identificarlo explícitamente es necesario que el terapeuta proceda en tres etapas:

- 1) haciendo referencia a las complejas emociones que el paciente evoca en él;
- 2) indagando hasta los sistemas motivacionales activos en el paciente;
- 3) investigando las experiencias interpersonales originarias del paciente, responsables de la activación simultánea de diversos sistemas comportamentales (un ejemplo es el de un paciente, niño, que motivado por el apego, se acerca a la madre que responde humillándolo y activando en él el sistema agonístico, para después seducirlo con caricias eróticas que conducen a la activación del sistema

sexual; impresionantes ejemplos de semejantes interacciones patológicas entre padres e hijos se pueden encontrar en Miller, 1987). Sólo después de haber recorrido estas tres fases, quedará claro cuál es la organización del conocimiento de sí y de los otros, responsable de la activación caótica actual de diversos sistemas motivacionales interpersonales y podrá iniciar el proceso terapéutico de revisión consciente de esta organización.

La teoría motivacional etológica, que postula la existencia de diversos sistemas de control del comportamiento interpersonal, induce a considerar las diferentes emociones como fases específicas del funcionamiento de cada uno de esos sistemas. El artículo ilustra algunas consecuencias de este punto de vista sobre la teoría y la práctica de la psicoterapia cognitiva. Se discute la hipótesis de que las emociones poseen un valor informativo o significativo biológicamente determinado, del que los procesos cognitivos pueden dissociarse creando las premisas para las experiencias psicopatológicas. Se discute también cómo los conflictos entre emociones pueden ser reconducidos a conflictos motivacionales activados por los procesos cognitivos del individuo, y cómo puede el terapeuta remontarse desde las propias emociones a la organización cognitiva del paciente.

Traducción: Neus López i Calatayud

Nota Editorial: Este artículo apareció en *Psicobiettivo*, 3, 35-45, (1992) con el título “Emozioni, motivazioni e conoscenza nel processo della psicoterapia cognitiva: intersezioni tra cognitivismo ed epistemologia evoluzionista”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, International Universities Press.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- DEWAAL, F. (1989). *Peacemaking among primates*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- FLAVELL, J. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- FRIJDA, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GILBERT, P. (1988). Shame and guilt. *Changes*, 6, 50-53.
- GILBERT, P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- GILBERT, P. (1992). *Depression: An evolutionary synthesis on the themes of power and belonging*. London: LEA.
- GREENBERG, L. & SAFRAN, J. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- HINDE, R. (1982). Attachment: some conceptual and biological issues. In C.M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior*. London: Tavistock.

- LIOTTI, G. (1981). Un modello cognitivo-comportamentale dell'agorafobia. In V. Guidano e M. Reda (eds.), *Cognitivism e psicoterapia*. Milano: Angeli.
- LIOTTI, G. (1988). L'anoressia mentale e la dimensione cognitivo-interpersonale dei disturbi psicogeni dell'alimentazione. *Psicobiiettivo*, 8:2, 25-36.
- LIOTTI, G. (1990). Il concetto di sistema comportamentale fra etologia e psicologia clinica. *Revista di Psicologia Clinica*, 2, 176-187.
- LIOTTI, G. (1991a). Il significato delle emozioni e la psicoterapia cognitiva. In T. Magri e F. Mancini (ed.), *Emozione e conoscenza*. Roma: Editori Riuniti.
- LIOTTI, G. (1991b). Insecure attachment and agoraphobia. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- LIOTTI, G. (1993). Le emozioni del terapeuta come informazioni sulle strutture cognitive del paziente. In G. Rezzonico (ed.), *La relazione terapeutica*. Milano: Angeli.
- LIOTTI, G. (en prensa). La motivazione del comportamento interpersonale in una prospettiva etologica. In L. Sibilìa (ed.), *Etologia e psicopatologia*. Roma: Melusina.
- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1992). I sistemi comportamentali interpersonali nella relazione terapeutica. In L. Isola *La relazione terapeutica nella psicoterapia cognitiva*. Roma: Melusina.
- LIOTTI, G. & LA ROSA, C. (1991). Possibilità e limiti del concordare regole in psicoterapia. *Psicobiiettivo*, 11:2, 11-21.
- MACLEAN, P. (1984). *Evoluzione del cervello e comportamento umano*. Torino: Einaudi.
- MAGRI, T. (1991). Il dilemma delle teorie filosofiche delle emozioni. In T. Magri e F. Mancini (ed.), *Emozione e conoscenza*. Roma: Editori Riuniti.
- MIGONE, P. (1989). Discussione critica del concetto di identificazione proiettiva secondo Ogden. *Prospettive Psicoanalitiche nel Lavoro Istituzionale*, 7, 159-177.
- MILLER, A. (1987). *La persecuzione del bambino*. Torino: Boringhieri.
- POPPER, K. R. (1991). Verso una teoria evolutivista della conoscenza. In K. R. Popper, *Un universo di propensioni*. Firenze: Vallecchi.
- SEMERARI, A. (1991). I processi cognitivi nella relazione terapeutica. Roma: NIS.
- TROWER, P. & GILBERT, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 19-35.
- ZAJONC, R. B. (1980). Thinking and feeling: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.
- ZAJONC (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117-123.

LAS EMOCIONES DEL TERAPEUTA

Laura Fruggeri

Istituto di Psicologia, Università di Parma.

The author discusses the issue of therapist's emotions in connection with the process of self-observation which characterizes every therapeutic activity. The attempt is to avoid the risks of eclecticism and irrationalism which are sometimes present in the debate about emotions in the family therapy field. For this purpose the author considers the different approaches to the topic that can be found in the systemic literature and proposes a framework according to which the therapist's emotions are analyzed in the interdependence that connects the cognitive, affective and behavioral systems through which the therapeutic relationship is constructed.

LOS LENGUAJES DE LAS EMOCIONES DE LA TERAPIA FAMILIAR

Afrontar la temática de las emociones en el contexto terapéutico significa adentrarse en un campo vastísimo dentro del cual es necesario estar muy atento a los múltiples interrogantes implicados en los diversos aspectos de un problema complejo. La conciencia de la diversidad y complejidad de este ámbito temático me induce a delimitar la reflexión a uno de entre tantos aspectos relevantes: el de las emociones del terapeuta. Esta elección se inscribe dentro de un recorrido personal de reflexión sobre la relación terapéutica que tiene como núcleo central la problemática que concierne los criterios metodológicos del hacer terapia (Fruggeri, 1990; Fruggeri, Matteini, 1991). Desde este punto de vista uno de los instrumentos esenciales que los terapeutas utilizan para controlar la conducción de la terapia es el de la autoobservación, entendiendo por esta la actividad típica de cada psicoterapeuta, consistente en valorar en cada momento el modo en que la propia actuación o el propio estar en relación terapéutica son los más apropiados en una determinada situación. Es de hecho sobre la base de la autoobservación que el terapeuta decide caso por caso cómo debe ser su actuación. En este sentido la reflexión que pretendo desarrollar se orienta a considerar en particular las emociones del terapeuta en el contexto del proceso de la autoobservación que caracteriza su actividad.

El requerimiento, proveniente de distintas posiciones, a conducir una seria reflexión sobre las emociones en el contexto terapéutico, tendría que ser conside-

rado ante todo como una invitación oportuna a modificar el estilo monocéntrico que a menudo ha caracterizado la reflexión de los terapeutas familiares sistémico-relacionales: los comportamientos interactivos, los procesos simbólicos, la familia, el individuo, los mapas del terapeuta, los juegos de familia, la relación terapéutica, la construcción de significados han sido de hecho los componentes que, alternándose entre ellos, han constituido la base de la reflexión o que, todavía peor, se han convertido sucesivamente en “el elemento único de explicación”.

Observando atentamente el debate actual sobre las emociones en psicoterapia, se pueden detectar señales que indican, según mi punto de vista, que se corre el riesgo de repetir las mismas actitudes y de convertir el tema de las emociones en el nuevo foco que monopolice la atención, en el nuevo y exclusivo elemento de explicación, en vez de representar un motivo y ocasión para iniciar una elaboración de un auténtico y propio acercamiento complejo a la psicoterapia. Las señales a las que me refiero están constituidas sobre todo por el hecho mismo de que las emociones sean propuestas como tema de reflexión a los terapeutas sistémicos como si se tratase de un tema nuevo, nunca tratado anteriormente. A este propósito, las informaciones que circulan más o menos informalmente entre terapeutas de esta formación teórica podrían resumirse de hecho, de la manera siguiente: “Nosotros terapeutas familiares, sistémicos, relacionales, no hemos tomado nunca cuenta o prestado suficiente atención a las emociones; desde hoy tendremos que hacerlo.”

Sin duda en el mundo de los terapeutas sistémicos se ha reflexionado escasamente sobre el rol que el contexto emocional juega en el proceso de cambio, pero por otro lado debemos reconocer que al camino que conduce a la formulación de una teoría del cambio terapéutico le queda todavía mucho por recorrer. Insistir en connotar como absolutamente nueva la reflexión sobre las emociones deja entrever un esquematismo de fondo, según el cual, algunos enfoques terapéuticos tomarían en consideración el contexto emocional y otros no. El presupuesto implícito en este esquematismo es que existe un lenguaje único o un solo modo para “hablar de emociones”; un lenguaje que generalmente no es utilizado por los terapeutas familiares. Un análisis atento de la literatura de terapia familiar muestra, sin embargo, cómo las referencias a las emociones son mucho más frecuentes de cuanto cabría esperar partiendo de esta premisa; y esto vale, sorprendentemente, también para la literatura sistémica más explícitamente basada en un enfoque pragmático y estratégico. Ciertamente los modos y los lenguajes son distintos. Las emociones a las que sobre todo en pasado se ha prestado atención tienen que ver casi exclusivamente con los miembros de la familia, también en relación al hecho que la inclusión del terapeuta en el proceso terapéutico es una adquisición reciente, no solamente en el enfoque sistémico-relacional; y el principal enfoque en el que han sido consideradas es en el comunicativo, que examina las emociones como informaciones para el terapeuta a cerca de los esquemas interactivos familiares, o también como informaciones acerca del modo en el cual la familia acepta las

intervenciones del terapeuta.

Véase por ejemplo, en *Paradosso e Controparadosso*, una descripción de las retroacciones de los miembros de la familia a una intervención valorada como eficaz por los terapeutas en base a las retroacciones observadas. “Carcajada estruendosa del hermano pequeño, seguida después de una progresiva conmovedora iluminación de la cara de Giulio, convertida finalmente en una risa incontenible, mientras los padres, embarazados, parecen contener la respiración” (Selvini et. al., 1975, p. 158).

Considérese también el comentario de L. Boscolo durante la discusión de la sesión de un caso: “Me ha impresionado cuando he hecho la pregunta acerca del período de hospitalización de Gerte. Me hubiera esperado que la familia hubiese dado mensajes de alivio dado que el tratamiento había empezado. En cambio se sentían muy desgraciados... No había alivio, en aquel momento me he dado cuenta de lo importante que era esta hija para el sistema familiar” Y más adelante: “He visto un cierto alivio en la cara de la madre, una sonrisa cuando decía que tiene una hermana con la cual habla” (Boscolo et al. 1987, p. 313-314). Y, finalmente, las modalidades con que G. Cecchin ilustra cómo trabaja el equipo con el objetivo de formular una hipótesis: “El padre está deprimido si la familia no está en casa; la madre se siente feliz cuando habla de la hermana; el padre se pone triste cuando se refiere al matrimonio; el padre y la madre se muestran embarazados cuando hablan de su vida sexual. El terapeuta conecta todos estos puntos, mostrándose particularmente atento a la comunicación analógica. Posteriormente intenta crear una historia de la familia que tenga sentido” (Boscolo et al., 1987, p. 318).

Opino, por lo tanto, que una reflexión sobre la diversidad de lenguajes mediante los cuales los terapeutas sistémicos “hablan de emociones en el contexto terapéutico” es un punto de partida más fecundo que la autocrítica, en este caso estéril, cuando se acompaña de la consideración de no haberse ocupado nunca del tema. Un debate sobre las emociones que derive de la idea que, ocuparse de comunicación, de interacción, de construcción de significados, de esquemas o juegos familiares, de los mapas del observador o sea de todos aquellos temas que en el pasado incluso reciente, han caracterizado la reflexión sistémica, signifique ignorar las emociones, es un debate que nace del prejuicio difundido y enraizado según el cual el sentir y el pensar no solo se constituyen como procesos distintos, sino también como procesos dicotómicos y sin interconexión entre ellos. En efecto, un debate sobre las emociones que parta de estas premisas abre el camino a dos tipos de riesgos.

El primero es el de precipitarse hacia un eclecticismo confuso. O sea de afrontar el tema de las emociones en terapia tomando lenguajes prestados e hipótesis explicativas pertenecientes a marcos conceptuales diversos. El eclecticismo es por otra parte un estilo que se encuentra frecuentemente en las reflexiones de los psicólogos. Como señalan los historiadores de la disciplina, los autores de

manuales de psicología a menudo “cambian el punto de vista cuando cambia el tema examinado: cuando escriben el capítulo del manual dedicado a la percepción son gestálticos, al ocuparse del aprendizaje se vuelven conductistas y finalmente, se hacen freudianos cuando se trata de afrontar el estudio de la personalidad” (Legrenzi, 1980, 15). Del mismo modo podríamos decir que los terapeutas familiares son pragmáticos cuando analizan la comunicación, funcionalistas cuando describen los esquemas interactivos, se transforman en constructivistas radicales cuando hablan de reflexividad y se convierten en psicodinámicos cuando afrontan el tema de las emociones.

El segundo riesgo es el de hundirse en el campo de la irracionalidad, donde los sentimientos y las emociones escapan a cualquier posible análisis metodológico. Y de este modo se explican los procesos terapéuticos con los “sextos sentidos”, las “intuiciones” y “el amor del terapeuta”. Que “el amor”, por muy importante que sea, “no basta”, nos lo ha recordado Bettelheim (1967) al escribir acerca del tratamiento con niños psicóticos. Pero quien ha vivido directamente la experiencia del período de la desinstitucionalización manicomial, con el fuerte efecto de humanización de la psiquiatría, sabe que incluso el amor del terapeuta, pensado como único estímulo de cambio, puede transformarse en rabia o en culpabilización del paciente: “pero cómo, yo te doy mi amor y tu me haces el desaire de no curarte?”.

Pero el eclecticismo y la llamada a los “buenos sentimientos” son algo más que un riesgo, se encuentra ya de hecho entre los caminos emprendidos por los terapeutas familiares.

La problemática relativa a las emociones del terapeuta ha sido afrontada dentro del modelo sistémico relacional según diversas modalidades, que, como he dicho ya anteriormente, es útil examinar en el momento en el que se intenta responder desde una perspectiva sistémica al oportuno llamamiento a reflexionar con rigor sobre el contexto emocional de la psicoterapia.

TRANSPOSICION DE LA CONTRATRANSFERENCIA DEL INDIVIDUO A LA FAMILIA

Algunos autores proponen hacer una reflexión sobre la experiencia emocional del terapeuta familiar a partir de una transposición del concepto de contratransferencia desde el ámbito terapéutico psicoanalítico individual al familiar relacional. Aunque con las oportunas llamadas de atención a tomar las cautelas necesarias que tal transposición requiere y a pesar de subrayar las diferencias entre un contexto de relación diádica y otro de relación múltiple, el punto de referencia para una discusión sobre las emociones del terapeuta está constituido, en este caso, por la noción de contratransferencia en las dos acepciones más conocidas que este concepto tiene en el psicoanálisis (Nicolo, 1983; Eiquer, 1983; Shapiro, 1983; Fissi, 1986).

La contratransferencia, como conjunto de sentimientos reprimidos o deseos infantiles evocados en el terapeuta por el paciente, se traduce, en la versión familiar,

como, un revivir en terapia algunas de las tensiones experimentadas en la propia familia. Las emociones del terapeuta constituyen, en este sentido, un obstáculo al desarrollo correcto de la terapia, y deben ser, por tanto, controladas a través del análisis de la propia familia.

Este modo de definir y concebir las emociones del terapeuta, se asocia con una concepción de la autoobservación como una actividad necesaria para remover cualquier obstáculo emocional: autoobservación como control.

El otro modo de concebir la contratransferencia es entenderla en un sentido más amplio como el conjunto de respuestas emocionales del terapeuta en la situación de terapia. Pero en este caso las emociones del terapeuta deben valorarse y potenciarse porque se consideran indicadores de los procesos inconscientes del paciente y por lo tanto la premisa para interpretaciones más eficaces. Trasladado al campo de la terapia familiar este concepto de contratransferencia se refiere a las emociones del terapeuta como reflejo de los sentimientos de la familia o de algunos de sus miembros.

Desde este punto de vista las emociones del terapeuta se convierten en un instrumento cognoscitivo de las emociones de los sujetos que el terapeuta tiene delante, un instrumento que facilita la comprensión de las dinámicas de la familia, un instrumento que permite al terapeuta escoger la modalidad más adecuada de la intervención.

En este caso la autoobservación es una actividad necesaria para el terapeuta en cuanto le permite comprender al otro. El terapeuta se observa a sí mismo para ver al otro: autoobservación como espejo.

Los autores que hacen referencia a estas dos concepciones de contratransferencia, no las consideran alternativas. Las indican, de hecho, como dos posibles experiencias emocionales del terapeuta: la primera se verifica cuando el terapeuta “se cura a sí mismo a través de la sesión de la familia” y es entendida como un error, la segunda en cambio constituye el caso de un terapeuta no perturbado por problemas personales, que lleva a cabo correctamente su función de reflejo de las emociones de los otros.

Desde esta doble perspectiva de análisis el terapeuta emerge como un científico neutral y objetivo o como un simple receptor de emociones de los demás. La idea implícita es o que el terapeuta pueda no experimentar emociones en absoluto o que no las sienta respecto a sí mismo. Ambas conceptualizaciones de la contratransferencia, sin embargo, trasladadas desde el psicoanálisis al ámbito de la terapia familiar, se ven sometidas a un proceso de discusión desde el interior mismo del psicoanálisis. Lo que se discute son las premisas implícitas que las sustentan (Albarella & Donadio, 1986): a) la figura del terapeuta como científico neutral y objetivo, simple receptor de las emociones de los otros; b) la infravaloración de la dimensión interpersonal en la relación analítica; c) la consideración de la relación terapéutica como relación puramente fantasmática. En psicoanálisis las emociones

del terapeuta son hoy consideradas a partir de una definición de la relación entre terapeuta y paciente, como una relación real entre dos personas concretas que se encuentran en un tiempo y espacio definidos. Desde este punto de vista las emociones del terapeuta son emociones que hacen referencia a la relación terapéutica.

REFORMULACIONES SISTEMICO-RELACIONALES DE LA CONTRATRANSFERENCIA

“Hablar de transferencia y de contratransferencia en sentido estricto -observan Loredio y Vella- implica necesariamente hacer referencia a una epistemología, a una metapsicología y a un método de investigación, centrados en la estructura del inconsciente”, y hay que añadir que “en la óptica relacional-sistémica no se puede, obviamente, hacer referencia al inconsciente, en el sentido analítico del término, por todas las consecuencias teóricas y prácticas implicadas que se derivarían (1985, p.7). Las posiciones ilustradas en el párrafo anterior se entrelazan en cambio con la adopción total del concepto de contratransferencia, asumiendo también el núcleo constitutivo de las dinámicas que se refieren a la estructura del inconsciente y en este sentido introducen un lenguaje prestado respecto al modelo relacional sistémico.

Existen si embargo otras posiciones que si bien no utilizan el constructo de contratransferencia, ni hacen referencia al inconsciente, se configuran como “reformulaciones sistémico-relacionales” de tales constructos y pueden ser reconducidas a ellos.

El enfoque sistémico, de orientación pragmático-estratégica, aunque no utiliza el concepto de proyección, ni se interesa por las motivaciones intrapsíquicas de donde emergen los estados emocionales, no desconoce o deja de lado las emociones del terapeuta. Estas se consideran dentro de la dimensión temporal del presente y bajo una acepción que las reduce a reacciones de comportamientos manipulativos de variado tipo del paciente (seducciones, simetría, descalificaciones...) o a juegos igualmente manipulativos de la familia (Selvini et al., 1975).

El punto que esta posición comparte con la primera de las acepciones de contratransferencia arriba indicadas, es el hecho que las emociones del terapeuta se consideran como obstáculos a la terapia, y, como tales, deben ser controladas, no con un análisis personal, ni familiar, sino mucho más pragmáticamente a través de una supervisión, a la que se pide llevar a cabo la autoobservación, que, de otro modo, sería tarea del terapeuta. También en este caso, la autoobservación está concebida como control de las emociones.

A la segunda acepción de contratransferencia descrita anteriormente puede asociarse, en cambio, la sugerencia de considerar las emociones del terapeuta como un reflejo de los sentimientos experimentados por algún miembro de la familia. En este caso no se recurre a la noción de dinámica proyectiva para explicar este reflejo, sino a la hipótesis de origen sistémica, según la cual, la familia en su relación con

el terapeuta tendería a reproducir los esquemas interactivos que la caracterizan y el terapeuta vendría a ocupar una posición en el sistema de relaciones que es la misma que normalmente experimenta un miembro específico de la familia cada vez que se activa ese tipo de interacción. Ocupando la misma posición, el terapeuta experimenta los mismos sentimientos que se le asocian. Las emociones del terapeuta se convierten así, en una “insustituible guía para entender lo que está sucediendo en la familia” y para elegir la modalidad de intervención más adecuada (Selvini et al. 1989; Selvini, 1990). Las emociones del terapeuta deben ser valoradas, dado que constituyen un elemento fundamental en el proceso de autoobservación concebido en la acepción de reflejo: de hecho también en este caso, el terapeuta se observa a sí mismo para ver al otro. Ambas modalidades de afrontar las emociones del terapeuta pueden ser reconducibles a las contenidas en el modelo de contratransferencia porque constituyen reformulaciones teóricas de ese modelo dentro de un cuadro epistemológico que permanece inmutable. La idea implícita, también en este caso, es la del terapeuta como científico neutral y objetivo, ajeno a sus propias emociones, o bien como un simple receptor de las emociones de otros, incapaz de sufrirlas en sí mismo. A esto se une una infravaloración compartida de la dimensión interpersonal del proceso terapéutico. El acento se pone de hecho sobre el terapeuta como agente de cambio de la familia. El proceso evolutivo se ve desviado hacia el polo del terapeuta, sus instrumentos, los obstáculos que se pueden encontrar para mantener esa posición y los modos para superarlos. Todo esto en detrimento de una consideración más adecuada de la relación entre terapeuta y familia como ámbito del cambio.

LAS EMOCIONES COMO INDICADORES DE PROCESOS RELACIONALES

El núcleo de la reflexión propuesta por otros autores, en cambio, es una atención particular al contexto relacional de la terapia. Aunque todos estos autores enfatizan la relación entre terapeuta y familia, también en este caso se configuran dos modos diversos de afrontar la temática de las emociones del terapeuta. Un primer modo sería aquél que podríamos definir una “llamada a los buenos sentimientos” en el momento en que se pone sobre todo el acento en el “calor humano” (Green y Herget, 1991) que el terapeuta debe manifestar hacia la familia. Y el uso del verbo deber no es casual, dado que el calor viene identificado como la condición normativa para el buen resultado de la terapia.

La llamada al calor humano se justifica y puede incluso resultar oportuna como una corrección de la imagen del terapeuta familiar, a menudo demasiado clínica, que procede con jugadas y contrajugadas a lo largo de una sesión concebida como una lucha contra una familia a su vez imaginada (y por lo tanto “vista”) como siempre dispuesta a engañar o a poner fuera de juego al terapeuta. Está fuera de lugar, en cambio, poner, como por ejemplo hacen Green y Herget (1991), la calidez del

terapeuta como alternativa al principio de la neutralidad elaborado por Selvini et al. (1980) y revisado por Tomm (1984), Boscolo et al. (1987) y Cecchin (1988, 1992). Está fuera de lugar porque implica una reducción de la neutralidad terapéutica a indiferencia emotiva, mientras que el principio de neutralidad, al intentar recoger los puntos de vista de todos los miembros de la familia, hace referencia a la posibilidad para el terapeuta de comprender el modelo interactivo del grupo familiar en su globalidad (Cecchin, 1991).

La llamada a la calidez humana se configura además como algo que confunde respecto al problema de las emociones del terapeuta porque pone bajo un mismo plano aspectos que en cambio se sitúan en planos diversos. Que el terapeuta deba tener respeto e interés por sus pacientes y desear serles de ayuda no es un principio metodológico del hacer terapia, sino que constituye una premisa básica de ética profesional. A partir de esta premisa el terapeuta establece una relación con el paciente, dentro de la cual las emociones no pueden ser ni prescritas ni prohibidas, se pueden sólo experimentar. Esta posición parece sustituir el prejuicio ligado a la dicotomía entre sentir y pensar (y por lo tanto a la consideración de las emociones como obstáculo a la actividad terapéutica) con un prejuicio de tipo moralístico que atribuye valor terapéutico a las emociones positivas y considera como obstáculo para la marcha de la terapia las negativas. Según mi opinión, dos son los problemas que de esto se pueden derivar: uno está ligado al riesgo que se acabe prescribiendo las emociones del terapeuta, el otro consiste en el hecho que se abran interrogantes que se alejan de lo que tendría que ser un análisis riguroso y provechoso sobre la problemática de las emociones del terapeuta. ¿Qué hace el terapeuta que experimenta emociones no en sintonía con la calidez humana? ¿Las tiene que negar o tiene que concluir que no es un buen terapeuta? La autoobservación se convierte, en este caso, en una actividad constantemente orientada a monitorizar el tipo de emociones que siente el terapeuta y la llamada a los buenos sentimientos acaba por llevar a la prescripción de los buenos sentimientos.

Pero, como subraya G. Cecchin, “por ‘emociones’ se entiende el calor, la simpatía, la empatía, pero también el aburrimiento, el enojo, la rabia, la indignación, etc. El problema es entonces, no el saber cuál es la emoción justa o más terapéutica, sino cómo utilizar en terapia las distintas emociones que surgen espontáneamente en la interacción y que son de cualquier forma parte del desarrollo de un vínculo ‘fuerte’, que es el presupuesto necesario de cualquier intervención, sea educativa o paradójica” (1961,66).

Siguen esta misma orientación las reflexiones expuestas por otros autores que, no sólo consideran las emociones del terapeuta como referencia al contexto relacional de la terapia, sino que de forma más concreta señalan en las emociones del terapeuta los indicadores de la relación entre éste y el paciente. En este sentido no se hace ninguna distinción entre emociones positivas o negativas, favorables o desfavorables para el proceso terapéutico; la cuestión principal que se plantea se

refiere a la forma cómo pueden utilizarse las emociones en el proceso terapéutico (Loriedo, Vella, 1985; Cecchin, 1988).

Esta manera de plantearse el problema nace del interior de un marco teórico que:

a) considera al terapeuta como participante en el proceso de construcción interpersonal que tiene lugar en el transcurso de la terapia.

b) coloca las emociones, así como cualquier otro aspecto relativo a la terapia, en un ámbito relacional;

c) considera la relación entre terapeuta y paciente como una relación real entre dos personas concretas que se encuentran en un tiempo y un espacio definido.

Esta perspectiva resulta particularmente interesante precisamente porque establece una forma de análisis de las emociones del terapeuta, coherente con una visión sistémica y con los criterios metodológicos del hacer terapia, a partir del cual han sido elaborados. Se trata, no obstante, de un campo de reflexión todavía abierto, que aún no se ha planteado hasta el fondo algunos interrogantes fundamentales de carácter metodológico. ¿Qué significa afirmar que las emociones del terapeuta son indicadores de una relación? ¿Con qué estrategias metodológicas puede traducirse adecuadamente esta idea? ¿De qué manera pueden utilizarse las emociones? ¿En qué modo nos preguntamos sobre ellas? ¿Qué lugar ocupan las emociones en el ámbito del proceso terapéutico? ¿Qué relación tienen con el proceso de autoobservación del terapeuta?.

Para llevar a cabo una investigación que sirva para dar respuestas a estas cuestiones, me parece útil tomar como referencia la literatura más reciente sobre las emociones y, en particular, dos de los aspectos más relevantes que presentan un mayor acuerdo con las reflexiones hasta aquí expuestas: uno tiene que ver con la interdependencia del sistema cognitivo, emotivo y comportamental a partir del cual las emociones se definen como “formas de disposición a la acción suscitadas por particulares sistemas de valoración” (Frijda, 1988, p. 35, Maturana, 1988); el otro, si bien subraya las características individuales de tales sistemas de valoración, reconduce su origen a los procesos de interacción que la persona mantiene con el propio ambiente social y por lo tanto atribuye a esos una naturaleza social (Harré, 1986).

Desde esta perspectiva las emociones del terapeuta no son ni una reacción a un estímulo externo, ni reflejo de las emociones de otros, ni proyecciones de instancias fantasmáticas. Las indicaciones de la investigación más reciente nos sugieren en todo caso considerar las emociones del terapeuta como indicadores del modo en el cual él participa a través de los propios mapas, sistemas de creencias y de significados en la construcción de la relación terapéutica.

Las emociones del terapeuta desde este punto de vista, no se deben controlar, ni atribuir a otros. Más bien deben ser reconocidas y resituadas en la interdependencia que conecta los sistemas cognitivo, afectivo, comportamental en el ámbito en el

que se construyen las relaciones interpersonales y por lo tanto también la relación terapéutica. La reflexión sobre un caso permitirá profundizar y articular esta hipótesis teórica.

Se trata de una terapia que conduzco con un colega (el Dr. Massimo Matteini al cual agradezco las reflexiones que hemos llevado juntos sobre el caso), sin supervisor detrás del espejo. La familia está compuesta por padre, madre, hijo adolescente e hija en edad escolar básica. La solicitud de entrevista la efectúa el padre por teléfono por consejo de un psiquiatra que los padres habían consultado a causa del comportamiento muy problemático del hijo adolescente. En el tiempo que transcurre entre la demanda de terapia y la cita, exactamente dos días antes del encuentro, el padre llama para comunicar que el hijo está ingresado en el hospital por una enfermedad orgánica que le ha sido apenas diagnosticada (se trata de una enfermedad muy grave con un alto riesgo de muerte). Me informa que a causa de esto el hijo no puede venir a la cita y me piden si pueden venir los padres solos. Yo les digo que sí. Se presentan a la primera sesión y en el curso de los primeros veinte minutos de entrevista se crea un *impasse* relacional con el padre del cual extraigo los elementos más importantes.

* Cuando nos interesamos por la enfermedad del chico, el padre responde de manera contundente que se trata de un incidente del que no vale la pena hablar. Su opinión es que el problema está en los trastornos psicológicos del hijo, para lo cual él tiene una explicación, ya que, como en su trabajo está en contacto con psicólogos, se ha vuelto “un poco psicólogo también”.

* Ataca a las mujeres diciendo que “después de haber engatusado a los hombres con las ideas de igualdad del ‘68’, ahora piensan sólo en sí mismas y en sus carreras dejando a los hombres que se ocupen de todo”.

* Cuando no pronuncia sentencias o no hace discursos, ante nuestras preguntas acerca de las relaciones en la familia, entre hijos y padres, en la pareja, su modalidad de participar en la conversación es la siguiente:

- discute todo lo que dice su mujer y con un “no es verdad” empieza a ofrecer versiones opuestas de los mismos acontecimientos.

- como reacción a nuestros intentos de comprender estas diferencias, discute cada pregunta, haciendo una cuestión lingüística. Un ejemplo: a la pregunta: “cuando Vd. ha ido al abogado...”, interrumpe para aclarar; “Yo no he ido al abogado, yo he recurrido a un abogado”. A la nueva formulación del terapeuta, “bien, cuando Vd. ha recurrido”, su precisión es: “un momento, hay diferencia entre ir y recurrir...”

* Después de una serie de secuencias interactivas de este tipo, propongo ponernos de acuerdo sobre el significado de las palabras que se están usando. El observa que ha venido para intentar entender, y en cambio se está haciendo una gran lío. Respondo que también yo quiero entender y pasamos a acordar los términos que usaremos. A este punto, su respuesta es que no entiende qué estamos haciendo, ya

que mientras él ha venido para hablar del hijo, nosotros estamos hablando de la pareja.

* En el curso de esta interacción, mi colega responde inicialmente con un tono algo agresivo, después siempre más silencioso y yo siempre más pacientemente intento definir, sin éxito alguno, un campo de mutuo consenso que nos permita avanzar en la conversación.

Decidimos salir fuera de la habitación.

El colega me comunica que desea retirarse de la terapia, porque no puede conducirla adecuadamente a causa de la rabia que le produce ese hombre. Propone que continúe yo sola, dado que consigo “controlarme más”. Yo respondo que no me estoy controlando en absoluto, sino que más bien siento pena por este hombre, que si acaso la rabia la siento hacia el colega, que retirándose, me deja sola en una situación muy difícil.

A la vorágine de emociones experimentadas en relación al padre tenemos pues que añadir las que acompañan la discusión entre mi colega y yo.

Yo estoy enojada con él porque quiere retirarse de la terapia, él está furioso conmigo porque manifiesto juicios de valor acerca de su inadecuada reacción emotiva.

A la observación del colega: “El lo sabe todo, tiene ya una explicación para todo, tiene siempre razón, es arrogante” yo opongo mis razones: “Es cierto, es por esto que me da pena, para mí este modo de proceder indica una debilidad extrema, un profundo malestar”.

Es útil en este punto hacer algunas consideraciones.

No es el comportamiento objetivo de este hombre que desencadena la rabia o la pena, sino la valoración que cada uno de nosotros dos daba de su comportamiento: la inferencia de arrogancia desencadenaba rabia, la atribución de debilidad desencadenaba pena.

Podríamos suponer también que las dos diversas valoraciones tuviesen origen en algún recóndito motivo conectado con nuestras respectivas historias o experiencias, pero esta línea de pensamiento, basada en nuestras historias personales, no tomaba absolutamente en cuenta nuestra relación en aquel momento y en aquel contexto, con aquella pareja, que nos estaba esperando en la sala de terapia y a la que teníamos que volver posiblemente transformados para poder continuar aquella conversación que en aquel momento, dado lo que sentíamos y pensábamos, resultaba extremadamente difícil. Es además útil subrayar que el *impasse* no tenía que ver con la cualidad de la emoción experimentada: la emoción de la pena no era más útil de la emoción de la rabia. Mi paciencia y mi fervor terapéutico no eran más eficaces que el tono agresivo o el silencio del colega para desbloquear la situación.

Ni siquiera la solución cognitiva se presentaba como adecuada: elegir racionalmente en base a la oportunidad terapéutica si este hombre era un arrogante o un débil, hubiera conllevado igualmente para cualquiera de nosotros negar lo que

estaba sintiendo. La interdependencia entre cognición y emoción, es auténtica interdependencia, quiero decir que yo sentía pena porque veía a este hombre débil y como sentía pena no podía sino verlo débil. Mi colega sentía rabia porque lo veía arrogante, y como sentía rabia no podía sino verlo irremediabilmente arrogante. De hecho, frente a mi benévola lectura del comportamiento del padre, mi colega me hacía ver que él tenía “siempre que oponerse a todo, que no podía permitirse ni siquiera aceptar mi amabilidad”. Por otra parte, era justamente esta consideración que reforzaba en mí el sentimiento de pena que sentía por él, dado que, yo observaba como respuesta “es muy difícil ser siempre fuertes”.

En la medida en que la autoobservación, o sea, la discusión sobre nosotros mismos y sobre lo que sentíamos, avanzaba, más claro aparecía que las emociones que cada uno de nosotros sentía estaban ligadas a dos diversos modos de “construir” al padre. Pero sobre todo parecía claro que el modo que cada uno de nosotros adoptaba para interpretar el comportamiento del padre era parcial, cada uno de nosotros veía respectivamente arrogancia o debilidad, y por lo tanto, sentía rabia o pena. No conseguíamos situarnos en un punto de vista binocular que juntara arrogancia y debilidad, aquel punto de vista que anulaba tanto la rabia como la pena. Nuestras respectivas emociones de rabia y de pena enfrentadas la una a la otra eran la expresión de un punto de vista dualístico, perfectamente isomórfico al del padre: el también como nosotros, o nosotros como él, no conseguíamos poner juntas fuerza y debilidad en la misma persona.

Al final de este recorrido de autoobservación no había pena, ni rabia, surgía en cambio una pregunta de tipo diverso que queríamos hacer al padre: “¿Cómo hace un hombre fuerte para pedir a su mujer que lo mime cuando tiene ganas, sin perder el porte?”

La respuesta a esta pregunta (“temo que mi mujer no tenga ganas de mimarme”) señaló el inicio de la construcción de un campo finalmente compartido.

Las preguntas formuladas anteriormente empezaban a encontrar un primer intento embrionario de respuesta. Las emociones del terapeuta son indicadores de su relación con el paciente, en cuanto constituyen indicadores de cómo el terapeuta mismo participa a través de los propios sistemas de valoración en la construcción del proceso interactivo con los miembros de la familia. En este sentido las emociones se convierten en un instrumento más que en un objeto de la autoobservación, o sea, se convierten en un instrumento para monitorizar la función terapéutica. La toma de conciencia por parte del terapeuta de la propia experiencia emocional, le permite reflexionar sobre cómo contribuye a construir la relación con los diversos miembros de la familia. La autoobservación en este sentido se entiende como un observarse a sí mismos mientras se observa a la familia, o sea como reflexividad.

La autora lleva cabo una reflexión sobre el tema de las emociones del terapeuta en conexión con el proceso de autoobservación que caracteriza cada acción terapéutica. Con ello se intenta evitar los riesgos del eclecticismo y del irracionalismo que a veces se presentan en el debate de los terapeutas familiares sobre las emociones y de reconducir, en cambio este aspecto importante del proceso terapéutico al ámbito de la discusión sobre el método terapéutico.

Con este objetivo, después de haber considerado los diversos modos en los que el tema de las emociones del terapeuta ha sido tratado en la literatura sistémica, la autora propone un enfoque según el cual las emociones se deben resituar en la interdependencia que conecta los sistemas cognitivo, afectivo y comportamental, a través de la cual se construye la relación terapéutica.

Traducción: Neus López i Calatayud

Nota Editorial: Este artículo apareció en *Psicobiettivo*, 3, 23-34, (1992) con el título “Le emozioni del terapeuta”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ALBARELLA, C. & DONADIO M. (1986). *Il controtransfert*, Napoli: Liguori Editore.
- BETTELHEIM, B. (1967). *L'amore non basta*, Milano: Ferro Edizioni.
- BOSCOLO L., CECCHIN G., HOFFMAN L. & PENN P. (1987), *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books.
- CECCHIN, G. (1988). Revisione dei concetti di ipotizzazione, circolarità e neutralità: Un invito alla curiosità, *Ecologia della mente*, 5, 29-41.
- CECCHIN, G. (1991). *Commento a “Risultati terapeutici di una équipe sistemico-strategica*, *Ecologia della mente*, 12, 65-66.
- CECCHIN G. (1992). *Vino vecchio in bottiglie nuove*, *Connessioni*, 1, 7-12.
- EIGUER, A. (1983). La terapia familiare come processo transferenziale: Transfert, controtransfert e neuropsicosi da transfert. *Terapia familiare*, 14, 65-86.
- FISSI, S.M. (1986). Legittimità e delimitazione del concetto di controtransfert in terapia familiare. *Terapia Familiare*, 21, 61-72.
- FRIJDA, N.H. (1988). Teorie recenti sulle emozioni in V. D'Urso, R. Trentin (a cura di) *Psicologia delle emozioni*, Bologna: Il Mulino.
- FRUGGERI, L. (1990). Metodo, ricerca, costruzione: il cambiamento come condizione per la conoscenza, In M. Ingrosso, *Itinerari sistemici nelle scienze sociali*. Milano: Angeli.
- FRUGGERI, L. (1992), La responsabilità terapeutica in una prospettiva costruttivista, in S. Cingolani, U. Telfener (Eds.), *Costruzioni*. Bergamo: Lubrina.
- FRUGGERI, L., MATTEINI, M. (1991). Struttura e livelli della narrazione terapeutica, in V. Ugazio (Ed.), *Emozioni, soggetto, sistemi*. Milano: Vita e Pensiero.
- GREEN, R.J. & HERGET, M. (1991). Risultati terapeutici di un'équipe sistemico-strategica: importanza del calore umano del terapeuta e della ristrutturazione attiva. *Ecologia della Mente*, 12, 43-65.
- HARRÉ, R. (Ed.) (1986). *The social construction of emotions*. London: Blackwell.
- LEGRENZI, P. (1980). *Storia della psicologia*. Bologna: Il Mulino.
- LORIEDO, C. & VELLA, G. (1985). Il coinvolgimento del terapeuta con la famiglia. *Terapia familiare*, 18, 5-13.
- MATURANA, H. (1988). Reality: The search for objectivity or the quest for a compelling argument. *The Irish Journal of Psychology*, 9 (1), 25-82.

- NICOLO, A.M. (1983). Sull'uso del contro-transfert in terapia familiare: spunti per una discussione. *Terapia Familiare*, 13, 97-100.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1990). Intervista. *Attraverso lo Specchio*, 26-28, 5-9.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO L., CECCHIN G. & PRATA G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milano: Feltrinelli.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO L., CECCHIN G. & PRATA G. (1980). Ipotizzazione, circolarità, neutralità: Tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7,7-20.
- SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO, S., SELVINI, M. & SORRENTINO, A.M. (1989), L'individuo nel gioco: Strategie terapeutiche e progresso della conoscenza, *Terapia Familiare*, 31, 65-74.
- SHAPIRO, R.J. (1983). Il controtransfert in terapia familiare. *Terapia Familiare*, 13, 91-96.
- TOMM, K. (1984). One perspective on the Milan Systemic Approach: part II. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, X.

LAS MARCAS DE LA EMOCIÓN EN EL DISCURSO

Joan Obiols, Encarna Laguna, Agnès Vayreda, Ana M^a Fernández, Valeria Salcioli.

Universitat de Barcelona y Universitat Autònoma de Barcelona

This article presents different approaches to the issue of emotions and there is always a constant in all of them: the important role that language has in every emotional phenomenon. The possibilities that the Analysis of Speech offers are studied, including also the contributions of Morphology, Prosody, and its application in Psychiatry in order to a previous analysis to the diagnosis and during the treatment of the patient.

1. LAS EMOCIONES DESDE LA PERSPECTIVA PSIQUIATRICA

El lenguaje constituye un objeto principal de conocimiento en psiquiatría y es, a la vez, una herramienta primordial para establecer la relación interpersonal con el paciente, base de cualquier acto terapéutico. Es, en efecto, a través del lenguaje como el psiquiatra puede aprehender la mayor parte de los síntomas que van a permitirle en última instancia formular un diagnóstico. Así, por ejemplo, podemos explorar la orientación, la atención, la sensopercepción, el estado afectivo, la ideación y otras funciones básicas -con todas sus posibles alteraciones- simplemente a través del diálogo que establecemos con el paciente. La observación de la conducta, la información de familia o amigos y otras fuentes pueden ser, a menudo, no menos importantes pero creo que no es exagerado decir que la mayor parte de diagnósticos psiquiátricos pueden ser formulados en base a la información vehiculada por el lenguaje durante el intercambio entre psiquiatra y paciente.

En lo que se refiere a la actuación terapéutica, no es menor su importancia. Por un lado la verbalización de sus conflictos es, para el paciente, el primer paso para la solución de los mismos y es un fenómeno comúnmente aceptado como básico en el proceso psicoterapéutico. Por otro lado, la palabra del terapeuta es igualmente importante y sobre su poder curativo se han escrito miles de páginas.

Con lo expuesto hasta ahora pretendemos poner de relieve la importancia del lenguaje en el campo psicopatológico, psicoterapéutico y psiquiátrico. Una vez

sentado esto y ya entrando directamente en la cuestión de las emociones cabe decir que es del más alto interés para la psiquiatría por la importancia y la frecuencia enorme de las alteraciones emocionales. No está de más recordar que las depresiones - en todas sus distintas formas- y los trastornos de ansiedad -no menos multiformes- constituyen un porcentaje mayoritario de la patología psiquiátrica y en ambos casos se da obviamente una alteración de la vida emocional. La clasificación nosológica más usada hoy en día en el campo psiquiátrico -la DSM-III R de la A.P.A. (1988)- recoge en dos epígrafes estos dos grupos de alteraciones emocionales: los trastornos afectivos o del estado de ánimo y los trastornos por ansiedad. En el primero se agrupa el trastorno bipolar (la antigua psicosis maníaco depresiva) en sus distintas variantes y los trastornos depresivos, sea la depresión mayor o la distimia (o neurosis depresiva). Los trastornos por ansiedad agrupan por su lado aquellas alteraciones que corresponden a las antiguas neurosis fóbicas y de ansiedad así como el trastorno obsesivo-compulsivo, entre otras. Pero es que además de estos dos grupos vamos a encontrar alteraciones emocionales en otros importantes grupos de enfermedades mentales como son la propia esquizofrenia, los trastornos disociativos (o neurosis histérica, tipo disociativo), los trastornos somatoformes, los trastornos adaptativos y los trastornos de personalidad. Podríamos incluso ampliar esta relación, pero ya es suficiente para colegir que las alteraciones emocionales impregnan el campo de la patología psiquiátrica de forma penetrante y difusa. Por ello no deja de extrañar la pobre conceptualización existente en lo que se refiere a las alteraciones emocionales. La misma DSM-III R contiene un glosario cuyas definiciones pasan a ser algo así como el dogma en psiquiatría. Así, el **estado de ánimo** queda definido como la emoción profunda y sostenida que, en su grado extremo, condiciona la percepción que el sujeto tiene del mundo. Ejemplos: la depresión, la euforia, la cólera y la ansiedad. El **afecto** se define como la emoción expresada y observada de forma inmediata. Un estado emotivo se considera un afecto cuando es observable: por la forma de actuar o por el tono y la modulación de la voz. Ejemplos: euforia, cólera y tristeza. La **ansiedad**, finalmente, queda definida como aprensión, tensión o inquietud derivada de la anticipación de un peligro interno o externo.

Hemos transcrito el núcleo esencial de estas definiciones -que, por otra parte, podrían ser muy distintas en diferentes tratados de psiquiatría- para poner de relieve que aún sin entrar en una crítica profunda, tienden a cierta circularidad o tautología a la vez que pecan de cierta parcialidad (por ejemplo, la ansiedad ¿es únicamente anticipatoria como podría deducirse de esta definición?).

También es cierto que en la práctica psiquiátrica -no olvidemos que la psiquiatría es una ciencia aplicada- tendemos a actuaciones guiadas a menudo por un simple empirismo sin que parezca necesario perderse en disquisiciones teóricas. Un buen ejemplo viene dado por el hecho de que un antidepresivo tricíclico como la clorimipramina permite una actuación eficaz sobre un amplio espectro de

trastornos afectivos y por ansiedad. En última instancia puede plantearse ¿para qué desmenuzar este grupo de trastornos si un único fármaco viene a ser la panacea para un buen número de ellos?

Un buen punto de interés que conviene señalar es que no siempre las alteraciones emocionales son vividas como algo enfermizo por el paciente afecto. La angustia, por ejemplo, o la propia depresión, pueden ser vivenciadas como algo perfectamente normal y propio de la condición humana dentro de ciertas concepciones filosóficas, culturales o religiosas. Por otro lado, un estado de alegría patológica como el que se da en los trastornos maníacos tampoco suele ser vivido como tal por el paciente que la presenta que, sintiéndose en el mejor de los mundos, se resiste a considerarse enfermo.

Otro problema en torno a la expresión de las emociones viene suscitado por la comparación transcultural. LEFF (1981) señala las dificultades existentes para traducir términos como **depresión** y **ansiedad** al chino o al yoruba al intentar adaptar una escala de síntomas psiquiátricos. Al revisar la cuestión advierte que muchas lenguas no indoeuropeas carecen de palabras para emociones desagradables y en su lugar emplean palabras o frases que se refieren a la expresión somática de la emoción, centrada sobre todo en el corazón y el pecho. Las lenguas indoeuropeas, en cambio, suelen tener un léxico abundante y matizado sobre las emociones. Este hecho va ligado, sin duda, a la comprobación de que la depresión tiende a expresarse en muchas sociedades no europeas como las africanas en forma de síntomas somáticos: dolores, molestias diversas en cualquier parte del cuerpo, etc. Se trata de todo un repertorio lingüístico corporal bien distinto a nuestro lenguaje de las emociones. Al fin y al cabo, el lenguaje determina la percepción de la realidad y las habilidades de percepción son diferentes entre diferentes pueblos. Esto es aplicable también a la práctica psiquiátrica: no es que los diferentes grupos nosológicos de la psicopatología deformen el mundo que se presenta a nuestros sentidos, sino que su percepción de tal mundo es sensiblemente diferente. Es por ello que consideramos que el lenguaje puede ser un instrumento privilegiado para el diagnóstico psiquiátrico y que una metodología coherente de análisis del discurso nos puede permitir un mejor conocimiento y sistematización de las características de la organización discursiva y comunicativa del paciente psiquiátrico, cosa que revertirá positivamente en la vertiente terapéutica.

2. EMOCION Y UNIVERSOS DE DISCURSO

Partimos del supuesto de que las emociones se pueden explicar como respuestas adquiridas que están construidas por preceptos socioculturales, sistemas de creencias y valores sociales que se aprenden en el proceso de socialización de cada comunidad.

Así pues, consideramos las emociones como “constructos” de sentido “multirreferenciados”. Serían significados aprendidos que permiten al individuo

organizar una experiencia privada. Este constructo estaría asociado semánticamente a una serie de creencias interpretativas. El análisis de tales creencias a través de su verbalización nos revelaría la existencia de espacios culturales diferentes y nos plantearía la cuestión de la diversidad, que es enriquecedora por ella misma. Y esta diversidad nos llevaría a la constatación de los diversos universos de creencia, cada uno de ellos con su diversidad de mundos posibles, que dan lugar a los diversos universos de discurso.

El análisis del discurso puede revelar tipos de discurso diferentes porque, en cierto modo, podríamos decir que se da la captación de mundos diferentes. La idea de la existencia de mundos posibles nos lleva al convencimiento de la existencia de universos de discurso determinados por la particular captación de los primeros. Dado que los diversos mundos tienen sus propias leyes y sistemas, el discurso se construye a partir de la asimilación de estos sistemas y de la elaboración de unas estructuras propias. Ahora bien, preferimos utilizar la noción de universo de creencia, introducida por la lógica semántica. Los mismos mundos posibles están subordinados a estos universos. Según Martin, introductor del concepto en cuestión, un universo de creencia es un “conjunto de proposiciones que, en el momento en que se expresan, el locutor presenta como verdaderas (y aquellas que presenta como falsas)” (Martin, 1987). Es decir, no importa que lo que se diga sea objetivamente verdadero, falso o incluso absurdo. No importa si describe una situación conforme al estado del mundo o no. Por ejemplo, si alguien dice “Mi perro habla en tres idiomas”, está enunciado una contra-verdad evidente, pero aún siendo de una clarísima falsedad respecto a lo que consideramos el mundo real, es completamente inteligible. Se trata de un enunciado que tiene sentido. Todo el mundo sabe qué haría falta para que fuera verdad.

Desde esta perspectiva, el discurso, desde un punto de vista lingüístico, se caracteriza por ser una construcción asumida por alguien. Dicho de otro modo, el locutor afirma aquello que cree que es verdadero. Desde el momento en que tal locutor está en condiciones de atribuir a una proposición un valor de verdad, esta proposición pertenecerá a su universo de creencia; será en función del particular modo de organización de tal universo que se estructurarán las emociones del individuo y su manera de manifestarlas en el discurso. Evidentemente, no podemos olvidar que entendemos emoción como proceso y que ésta es un fenómeno cambiante; tampoco podemos olvidar que los universos de creencia fluctúan en el tiempo y que la conversación puede modificarlos.

La pareja verdadero-falso no agota los valores que el locutor puede atribuir a lo que enuncia. Algunas proposiciones pueden ser presentadas como posibles. Así, del mismo modo que una proposición es verdadera si se presenta como verdadera, es posible si se presenta como posible. Por ejemplo, en un enunciado como “Quizás algún día podré ser feliz”, la futura felicidad es presentada como posible y no como cierta: el locutor de este enunciado presenta tal estado de felicidad en un mundo

posible. Igualmente existe la posibilidad de situar la verdad de un enunciado en un universo de creencia que el locutor evoca; esta representación se llama “imagen de universo” y engloba los casos en que el locutor evoca el universo de un enunciador del cual cita su enunciado, su pensamiento, su emoción o su creencia (“afirma”, “piensa”, “se imagina”, “cree”, “teme”...), o bien cuando el locutor evoca su propio universo en un tiempo diferente de la enunciación (“me imaginaba”, “Yo pensaba que...”, “me sentía triste”...). La diversidad de tipos de discurso se da en los diversos grupos humanos. En efecto, los individuos de un grupo homogéneo, es decir, que comparte un universo de conocimientos, habilidades, creencias y emociones, reaccionarán de manera semejante ante una misma situación y, por lo tanto, producirán tipos de discurso semejantes. Por otra parte, un mismo individuo reaccionará de manera diferente ante situaciones diversas que le producirán emociones diferentes. Por lo tanto, producirá tipos de discurso diferentes. También hay que tener en cuenta que individuos que no comparten los mismos universos de creencias reaccionarán de manera diferente ante una misma situación (que en realidad no será la misma, ya que será percibida de manera diferente). Es decir, ante una misma situación puede haber diversidad de respuestas discursivas. Esta diversidad de respuestas dependería, básicamente, de la extensión del campo de decidibilidad de cada individuo (es decir, el campo que limita sus creencias). Cuando un individuo se encuentra en una situación nueva, puede tener diferentes maneras de reaccionar: una puede ser el constreñimiento del campo, para asegurar el control por reducción, por miedo a lo desconocido, sobre el mundo exterior, que se le escapa. Otra puede pasar por el ensanchamiento del campo para encontrar otras alternativas, con una especie de rechazo de las contradicciones inmediatas. Es necesario que cada vez se ensanche más el campo para poder superar las contradicciones en un orden superior. En cualquier persona y en situaciones diversas se pueden dar diversas combinaciones de ambos polos (constreñimiento/ensanchamiento).

Así pues, desde esta perspectiva, las emociones son aprendidas a lo largo de un complejo proceso de socialización mediante las prácticas lingüísticas y los universos de creencia compartidos por un mismo grupo. En esta línea, podemos considerar, en relación a su verbalización, dos grupos de emociones: por una parte, aquellas que tienden a la liberación verbal de la emoción, y en las cuales las discusiones son numerosas -emociones “charlatanas”, según la terminología usada por Cosnier, Dols y Fernandez (1986)-; éstas serían, por ejemplo, la alegría y la cólera. Por otra parte, tendríamos aquellas emociones (emociones “silenciosas”) en que a menudo se da una tendencia a retener el habla: el ejemplo más claro sería el del miedo.

Veamos ahora una perspectiva de análisis inicial respecto a esta distinción entre emociones “charlatanas” y emociones “silenciosas”, ligada a la dicotomía ensanchamiento / constreñimiento del campo de decidibilidad, ya comentada.

a) Bloqueo del habla o habla restringida: Puede haber diversas razones para este tipo de manifestación de la emoción. Por una parte, puede pasar que la experiencia emocional bloquee la enunciación verbal y que determinados tipos de emociones tiendan a provocar un patrón reactivo de constreñimiento. Este mecanismo sería predominante en la tristeza y en el miedo, por ejemplo. Por otra parte, no podemos olvidar que hay un tipo de emociones más “aisladas” o “solitarias” que predisponen poco a reacciones verbales y que suelen presentarse en situaciones en que no hay ninguna razón para decir nada dada la ausencia de interlocutor.

b) Exclamaciones: Es evidente que, por definición, las exclamaciones y las interjecciones pueden ser expresivas de emoción. Además, hay que tener en cuenta que hay exclamaciones “expresivas” y exclamaciones “relacionales” (v. Scherer, 1986). Respecto a las exclamaciones relacionales, éstas pueden tener, al mismo tiempo, un valor operativo y un valor expresivo, como es el caso, por ejemplo, de órdenes categóricas como “¡Socorro!”, “¡Alto!” o “¡Fuera!”; se pueden añadir a éstas exclamaciones laudatorias como “¡Bravo!”, “¡Viva!”, o de agresivas tales como diversos tipos de insultos. Parece ser que las expresiones exclamativas son frecuentes sobre todo en la alegría y en el miedo, las exclamaciones relacionales peyorativas en la cólera y las exclamaciones relacionales operativas en el miedo.

c) Oraciones, expresiones completas, discusiones, etc. : Este grupo incluye respuestas de todo tipo. Así, el habla puede actuar como un procedimiento de “descarga emocional” en que el sujeto siente la necesidad de hablar; el caso más típico es el de la cólera, en que la descarga agresiva suele ser incontrolable. Pero hay también otros tipos de descarga, como aquellas en que los cambios experimentados tienden a hacer compartir a las otras personas un estado emocional; sería, por ejemplo, el caso de la alegría y según las circunstancias incluso el de la tristeza.

En este sentido, puede ser útil tener en cuenta aquí cómo se manifiestan en los diversos tipos de discurso las modalidades de la enunciación, por el poder que éstas han demostrado tener, a la hora del análisis, de revelar datos significativos sobre la organización del universo de creencia del sujeto (Laguna, 1988). Estas modalidades caracterizan principalmente la forma de la comunicación entre locutor e interlocutor. Así, consideraremos en este grupo las siguientes modalidades de la enunciación: declarativa, interrogativa, exclamativa e imperativa.

3. TIPOLOGIA Y ANALISIS LINGUISTICO DE LAS NARRACIONES DE EVENTOS EMOCIONALES

En este apartado intentaremos proporcionar instrumentos lingüísticos de aproximación para el análisis de la revocación y verbalización de la vivencia de un suceso emocional.

Sin duda alguna, la revocación de un hecho emocional en una conversación íntima es la manifestación más familiar de este tipo de fenómeno. Sin embargo, no hay que olvidar que algunas ocasiones de la vida social y cotidiana constituyen un

contexto específico para este tipo de proceso comunicativo como es, por ejemplo, el duelo. Por otro lado, el modo oral no es el único posible para revocar vivencias emocionales. En efecto, algunas personas tienen la costumbre de recurrir a la forma escrita, ya sea mediante de cartas o notas personales, ya sea por medio de diarios íntimos. Igualmente la literatura, el cine, las revistas, etc. representan un rico y variado repertorio de este tipo de fenómeno que nos alimentan de experiencias emocionales predigeridas, ya integradas en el sistema conceptual socialmente compartido. Sea cual sea la forma con la que se efectúe cualquier revocación de un suceso emocional, ésta presenta siempre una serie de constantes:

(a) En primer lugar, la de ser socialmente dirigida aunque sólo sea de forma latente. El indicio de esta orientación es el recurso a los modos de expresión socialmente compartidos.

(b) la segunda característica se sigue de la primera. La revocación emocional aparece como un esfuerzo de articulación espacio-temporal de una experiencia emocional vivida en el pasado ya sea éste más reciente o lejano.

A partir de estos supuestos generales nos centraremos en el modelo de análisis propiamente dicho que nos permita elaborar una tipología de las distintas maneras de narrar los sucesos emocionales vividos por un sujeto. Es decir, se tratará de proporcionar los instrumentos suficientes para responder a las siguientes preguntas:

* En primer lugar: ¿las narraciones que surgen de la revocación y verbalización de los episodios emocionales presentan características estructurales particulares respecto de las narraciones o relatos no-emocionales?

* En segundo lugar: ¿en las narraciones o relatos que surgen de la revocación y verbalización de episodios emocionales, qué orden de prioridades se otorgan a los hechos concretos y a la experiencia subjetiva? En otras palabras, qué elementos sobresalen más en el relato, los hechos relativos al suceso o aquello que el sujeto ha sentido y vivido en relación a estos hechos?

De cuanto se lleva dicho se desprende que la revocación y verbalización de vivencias emocionales se presenta como una operación particular de tratamiento de la información. Se trata, según todos los indicios, de un esfuerzo por transcodificar una experiencia de carácter privado, holístico a un lenguaje socialmente compartido. Ahora bien, esta organización progresiva de los datos emocionales, esta verbalización presenta diversos grados de expresividad del sujeto. Estos diferentes rasgos o características son los que nos permitirán elaborar una tipología de las diferencias entre distintas narraciones sobre vivencias emocionales.

Bases para establecer una tipología de las narraciones sobre hechos emocionales.

El modelo de análisis lingüístico se basa fundamentalmente en la búsqueda de las marcas que, el sujeto que revoca el evento emocional, va dejando de sí mismo en su propio discurso.

Desde este punto de vista lo que nos interesa es percibir lo que llamaré a partir de ahora distintos **estilos enunciativos**. Ello significa que es posible narrar un mismo evento, un mismo suceso de manera completamente distinta cada vez. Frente a cada narración nos encontraremos delante de una determinada subjetividad, delante de unos determinados procedimientos discursivos, en definitiva, frente a un determinado estilo enunciativo.

Desde la lingüística es posible proponer listas más o menos exhaustivas de marcas lingüísticas de estos distintos procedimientos discursivos y subjetividades en el discurso. No obstante he efectuado una selección y adaptación de éstas para el tema de las emociones. Partiré pues de los dos conceptos siguientes:

* En primer lugar, el concepto de **distancia** se refiere a la relación que el sujeto establece con su propio discurso. La distancia será máxima cuando el sujeto aparece como exterior a su discurso, y la distancia será mínima cuando el sujeto se presente muy implicado con aquello que dice y lo asuma completamente.

* En segundo lugar, cuando más el sujeto desaparece de su discurso más diremos que su discurso es **transparente**, fácilmente accesible desde el exterior —el discurso pedagógico es un buen ejemplo de ello. Contrariamente, diremos que un discurso es **opaco**, es decir no transparente, si en el caso más extremo, sólo es comprensible por el propio sujeto que lo ha pronunciado.

A partir de estos conceptos hemos construido la siguiente tipología discursiva que podrá ser utilizada como modelo y punto de referencia para el análisis.

TIPO 1. DISCURSO CENTRADO SOBRE EL MISMO SUJETO: DISCURSO MAS EXPRESIVO QUE REFERENCIAL, DISTANCIA CORTA, CARACTER OPACO.

TIPO 2. DISCURSO CENTRADO SOBRE EL OBJETO, DESAPARICION DEL SUJETO, TENDENCIA A LA ARGUMENTACION Y A LA ESTRUCTURACION LOGICA, GRAN TRANSPARENCIA (AUDITORIO UNIVERSAL) Y GRAN DISTANCIA.

Resulta evidente que ambos son tipos extremos que no encontraremos en la realidad en ‘estado puro’. Nos servirán, sin embargo como puntos de referencia para la interpretación.

A partir de esta tipología y con el fin de encaminar el análisis hemos hecho las siguientes predicciones:

1) cuando un sujeto narre un experiencia emocional y se encuentre aún en una situación de un estado emocional de fuerte intensidad nos encontraremos ante un discurso con más referencias explícitas a los estados emocionales de los sujetos. De esta forma el discurso tenderá a seguir el ESTILO TIPO 1.

2) en una situación de un estado emocional de moderada intensidad en el que

un sujeto evoque un episodio emocional vivido nos encontraremos ante un discurso con menos referencias explícitas a los estados emocionales de los sujetos que en la situación anterior. De esta forma el discurso se situará entre los dos estilos.

3) cuando un sujeto relate una experiencia emocional de intensidad neutra no hay razones para que encontremos referencias explícitas a los estados emocionales de los sujetos. De esta forma el discurso tenderá a seguir el ESTILO TIPO 2.

El modelo lingüístico de análisis

Pasemos ahora a ver en detalle el modelo de análisis lingüístico. Antes, recordaré que en todo discurso o relato existen dos vertientes: una vertiente que llamaremos **enunciativa** en la que se recoge la información sobre el sujeto y otra vertiente que llamaremos **argumentativa** con la que el sujeto trata de organizar estructuralmente lo que dice.

a) En cuanto a la vertiente enunciativa hemos establecido los siguientes marcadores lingüísticos en función del estilo enunciativo. Veamos el cuadro 1:

CUADRO 1: MARCADORES DE SUBJETIVIDAD DE ESTILO 1.

TIPO DE MARCADORES	EJEMPLOS
El pronombre personal:	YO (el 'yo' puede encontrarse en enunciados de estado como: "sentirse triste", sorprenderse)
El pronombre posesivo:	mío (= de mi)
Adverbios como:	"afortunadamente", "horrorosamente"...
Verbos subjetivos:	"creo, me imagino, quiero, deseo..."

Los pronombres personales y posesivos de primera persona son las marcas más ostentosas de subjetividad que se pueden encontrar en el discurso. Por otro lado, este tipo de adverbios nos indican que el sujeto se encuentra emocionalmente implicado con el contenido de su enunciado. Los verbos que hemos llamado subjetivos nos indican una evaluación en términos bueno/malo, o de un deseo del sujeto.

De esta forma una presencia muy frecuente de este tipo de marcadores de subjetividad manifiesta claramente la presencia de un discurso más expresivo que referencial, más próximo al estilo 1. Es decir, se tratará de un discurso donde el sujeto marca muy poca distancia entre él mismo y aquello que narra hasta el punto que pueden confundirse objeto y sujeto. Por esta razón — en el caso extremo— tiende a ser un discurso opaco o poco transparente, y por lo tanto no comprensible para el receptor si éste no dispone de informaciones contextuales.

En el otro extremo encontramos el siguiente estilo cuyos marcadores quedan

resumidos en el cuadro 2:

CUADRO 2: MARCADORES DE SUBJETIVIDAD DE ESTILO 2.

TIPO DE MARCADORES	EJEMPLOS
las terceras personas	él, ellos, ella, ellos. Y otros sujetos que no sean la primera o segunda persona.
el pronombre posesivo de tercera persona:	su (= de él), sus (= de ellos)
los adverbios como:	"Seguramente, evidentemente, claramente, probablemente, sin duda..."
verbos más argumentativos:	(que nos indiquen una apreciación del sujeto sobre el eje verdadero/falso) "afirmar, decir, negar, saber, mentir...."

Las terceras personas nos indican poca implicación subjetiva, descentración del sujeto hacia aquello que narra. Por lo tanto se tratará de un discurso transparente, fácilmente accesible desde el exterior. Por otro lado, tanto los verbos argumentativos como este tipo de adverbios son marcas que nos indicaran una apreciación del sujeto o del grado de adhesión sobre el eje verdadero/falso de los contenidos de su relato.

Así pues, una alta frecuencia de estos marcadores lingüísticos manifestará que se trata de un discurso que, contrariamente al anterior tiende hacia la referencialidad, hacia la objetividad —en el sentido estricto de la palabra: centrado sobre el objeto— donde el sujeto se presenta a él mismo separado, distanciado de lo que habla. Por todo ello se tratará de un ejemplo más próximo al estilo 2.

b) Por lo que se refiere la vertiente argumentativa, ésta se divide en una serie de micro operaciones discursivas que aparecen ordenadas siguiendo un cierto orden y una cierta coherencia. Veamos el cuadro 3:

CUADRO 3: ELEMENTOS LINGÜISTICOS MARCADORES DEL ASPECTO ARGUMENTATIVO DE ESTILO 2

TIPO DE CONECTOR	EJEMPLOS
de oposición	pero, sino....
de consecuencia	así, pues, consecuentemente, en efecto...
de hipótesis	si, ...
de conclusión	por lo tanto, en definitiva...
de concesión	aunque...
de causa	porque, por, debido a...

Una organización discursiva de este tipo supondrá un sujeto que tiene otras pretensiones que la expresión pura y simple de sus propias experiencias. En este sentido nos encontramos ante un relato que no sólo consigue el esfuerzo de articular espacio-temporalmente la experiencia vivida, sino que también intenta buscar la validez universal de aquello que dice aportando razones, justificaciones, etc., en definitiva, argumentando. Por todo lo que se ha dicho, se tratará necesariamente de un estilo enunciativo transparente que tiende hacia un auditorio general.

En el otro extremo, en un discurso poco argumentativo, la relación entre proposiciones es muy relajada; pausas entre frases sin ninguna relación específica, frases cortas y/o inacabadas, en definitiva un discurso hecho de rupturas y discontinuidades. En el caso extremo las relaciones que se establecen entre proposiciones sólo se entienden gracias al contexto inmediato y no en función de relaciones lógicas. Se trata de un estilo enunciativo poco transparente que en el caso extremo se necesitarían informaciones suplementarias para reconstruir espacio-temporalmente el evento narrado.

c) Finalmente, el tercer punto de nuestro análisis consistirá en hacer una distinción entre dos distintos tipos de significados.

*** el connotativo.**

*** el denotativo**

Se trata de dos tipos de significados cuyas características se ubican perfectamente en nuestra tipología de los estilos enunciativos que estamos desarrollando.

El significado que llamamos connotativo comporta un conjunto de valores - de entre los cuales destacamos el afectivo- cuya definición depende siempre del contexto. Es decir, siempre que se quiera dilucidar el valor connotativo de una determinada expresión necesitaremos disponer obligatoriamente de otros tipos de información que nos permitan saber qué quiere decir el autor con su uso. Así, por ejemplo no es posible saber exactamente a qué se refieren las expresiones recogidas en el cuadro 4.

CUADRO 4. ELEMENTOS SUSCEPTIBLES DE CARGARSE DE VALORES CONNOTATIVOS AFECTIVOS.

MARCADORES DE CONNOTACION AFECTIVA	EJEMPLOS
Anteposición del adjetivo	“aquel pequeño hombre”, “una pobre mujer”,
Adjetivos	“una historia apasionante”, “una mujer divina”, “un libro abominable”, “un discurso admirable”.

Por esta razón, un relato en el que predominen este tipo de expresiones seguirá el estilo enunciativo 1 porque será, por un lado, poco transparente, y, por otro lado, porque la connotación afectiva nos informa directamente sobre los estados emocionales del sujeto sin pasar por un proceso de explicitación suficiente.

Contrariamente, el tipo de significado denotativo siempre contiene una definición independiente de su contexto. Veamos, por ejemplo, las expresiones siguientes: “la tristeza”, “La alegría de sentir” son expresiones que designan una propiedad definida objetivamente, independientemente del valor que se le quiera dar. Todo el mundo sabe a qué se refiere el sujeto cuando las utiliza. Por esta razón, un relato en el que predomine claramente este tipo de significado, la denotación afectiva, no sólo resultará transparente para cualquier auditorio, sino que será fruto de un proceso de maduración de la información acumulada durante la experiencia emocional.

4. EL REFLEJO DE LAS EMOCIONES EN EL DISCURSO DESDE EL PUNTO DE VISTA MORFOLOGICO

Según la distancia que el hablante establece con su propio discurso se puede construir una tipología discursiva que distingue las enunciaciones transparentes, centradas en el objeto, formalmente en tercera persona, (tipo 2), de las opacas centradas en el propio sujeto emisor, principalmente construidas en primera persona, (tipo 1) (v. VAYREDA, 1990). En este último hallamos elementos morfológicos que reflejan diferentes emociones de los emisores.

El fenómeno de la derivación es especialmente productivo, principalmente ciertos prefijos y los sufijos superlativos y apreciativos, concretamente los diminutivos. La gramática tradicional y la lingüística de corte estructuralista han tratado los elementos derivativos, por ejemplo Alcina y Blecua (1975).

Los PREFIJOS *super-*, *hyper-* expresan normalmente impacto o admiración, así por ejemplo: **superguapo e hipersimpático**. *Mini-* y *micro-* desprecio, por ejemplo: **este miniperiodista tiene un microcerebro**. Cabe además la posibilidad de que todos ellos expresen justamente lo contrario si se dicen con ironía, lo cual lo veríamos ayudándonos del contexto, de los elementos suprasegmentales y de los gestos. Así, desde los primeros ejemplos ya vemos algo que será una constante en todos ellos: que no hay una relación biunívoca entre estas formas y la emoción que el emisor pone en ellas. Lo mismo ocurre con el prefijo *re-*, frecuentemente reforzado en *requete-*, ejemplos: **reseco y requeteguapo**.

Centrándonos en la sufijación, es significativo el uso de las formas de superlativo *-ísimo*. Ejemplos: **guapísimo, altísimo, inteligentísimo, pesadísimo, tontísimo...** para revelar una emoción de admiración, impacto, sorpresa, alegría, hastío, enfado, en el emisor. Actualmente, sobre todo en gente joven, típicamente más impresionable y con una expresión de las emociones más exaltadas, se constata la predominancia de este tipo de superlativo frente a la construcción **muy guapo, muy alto, muy inteligente...** que, por otra parte, también es expresiva igual que lo

es otro mecanismo sintáctico: el de las comparaciones. Como forma el sufijo es mucho más revelador de una emoción de fuerte intensidad ya sea positiva o negativa, según el lexema de la palabra o según hablemos irónicamente o no; en el caso de la construcción *muy - adjetivo en grado positivo* para demostrar lo mismo deberíamos apoyarnos mucho más en los rasgos suprasegmentales y en la gestualidad. Sin embargo, cabe destacar el papel del llamado DIMINUTIVO dentro de los APRECIATIVOS. Estas formas, como sostiene Alonso (1951) más que indicar pequeñez aportan al conjunto nociones afectivas y emocionales que el oyente capta correctamente. Imaginemos vemos una fotografía con dos casas, una de ellas mucho mayor que la otra, podríamos referirnos a ellas como la **casa** y la **casita** respectivamente. Si fuera cierto que los diminutivos añaden al radical un matiz de pequeñez, en este ejemplo estaríamos cerca de dicha denotación pura y simple. Pero aún en este caso el diminutivo constituye una marca emocional positiva frente a **casucha**, por ejemplo. Para dar la idea de disminución de tamaño deberíamos hacerlo reforzando esta forma lingüística con otros elementos del tipo **casita pequeña**, y seguiría siendo índice emocional, la única neutralidad posible en este aspecto sería referirnos a las casas como a **la casa grande y la casa pequeña**. Además cabría hablar irónica o burlescamente, en cuyo caso la **casita** seguiría siendo la pequeña pero con un matiz despectivo, o incluso pasaría a ser la mayor. Otros ejemplos de formas de diminutivo con valor aumentativo o de superlativo son los siguientes: **el niño nos ha dado la nochecita** (= noche que no acababa nunca), **he venido muy despacito** (= he venido corriendo). Por lo tanto, los diminutivos siempre expresan emociones del hablante y están en relación con los significados connotativos que éste les otorga en cada situación contextual y mental. Los diminutivos tienen, precisamente porque son un reflejo de emoción del emisor, un papel destacador del objeto al que se refieren. Expresiones como: **los dos solitos, tan amarraditos, mujercita, casita, piececito, saloncito, florecita, cerquita**, etc, llevan diminutivos de dominante emocional de fuerte intensidad positiva tales como ternura, amor, orgullo, admiración, alegría. Otros como **hierbajo, paquetote, mujerzuela, pequeñuelo, vejete, pequeñajo, casucha**, llamados despectivos pueden expresar odio, hostilidad, ira, rencor, envidia, despecho, etc, es decir, emociones de fuerte intensidad negativa como también normalmente los apreciativos aumentativos, por ejemplo, **cabezón, exitazo, vidorra**. En todos los casos las emociones expresan valoración del objeto ya que no hay valor sin su correspondiente emoción, ni emoción que no suponga un valor. Podríamos decir que *-ito, -ececito, -ecito* ... denotan intensidad positiva y que *-ajo, -uelo, -ete, -ote, -ucha, -azo* denotan intensidad negativa, por lo tanto, según la emoción que el hablante quiera expresar elegirá, en principio, uno u otro. Sin embargo, cabe atender a las connotaciones que todos estos sufijos pueden tener y que acarrear cambios de valor: *-ito*, generalmente cariñoso, aplicado al enemigo es claramente despectivo, por ejemplo **¿leoncitos a mí?** (Quijote), y lo mismo *-illo, -ico, -ino* e *-in*, equivalentes a *-ito* aunque menos

vivos y más restringidos en su extensión geográfica:

También se rebaja al oyente si éste es un servidor del emisor, por ejemplo **Rosarito**; y puede resultar claramente despectivo y humillante dicho en una situación jocosa con entonación de sorna como **ya habló el hombrecito**. También, al revés podría hablar, un poco en broma quizás, de **los hierbajos que me han evitado un fuerte dolor de cabeza**, hacia los cuales tendré un recuerdo cariñoso y agradecido, o **del pequeñajo de la casa** si es mi hijo/hermano/ nieto más pequeño. Todos estos diminutivos marcan una especial actitud conceptual, valorativa o emocional entre el hablante y lo que éste nombra, pero no hay que olvidar que una función esencial del lenguaje omnipresente en todo discurso es influir en el interlocutor y por eso muchos diminutivos llevan una corriente intencional muy grande hacia él; salvo a veces en la poesía donde expresan el temple emocional personal. Los diminutivos más activos son los vocativos donde el objeto que se nombra es, precisamente, el interlocutor, aunque la mayoría de las veces no expresan ya ninguna actitud emocional a diferencia de los casos vistos hasta ahora por ejemplo: **Manolito, Agustinito, Pilarcita, Pilarín...** Sin duda pretenden influir en el interlocutor primero captando su atención y después “seduciéndole” y persuadiéndole para que sienta una emoción o ejerza una acción conveniente a nuestros fines. Esto es posible por la construcción social de las emociones. Por todo ello hay que decir que los dos aspectos del diminutivo: activo y efusivo no son opuestos ni excluyentes, generalmente la expresión de la ternura busca a la vez una respuesta similar en el interlocutor. Los ejemplos más claros los encontramos en el terreno amoroso: **caríñito, cielito...** En suma, como dice A. Alonso “la acción y la emoción se ayudan”.

En el ámbito familiar se usan muchas veces construcciones especiales de los nombres propios que de por sí ya revelan emociones de intensidad positiva, pero muchas veces van más allá y estas construcciones quedan reforzadas con diminutivos, expresión una vez más de las mismas emociones.

Ejemplos: **Concepción> Concha> Conchita> Conchi.**

Dolores> Lola> Lolita.

José> Pepe> Pepito> Pepín> Pepote> Pepón.

José M^a> Josema> Chema.

Francisco> Paco> Paquito> Paquirri> Paquirrín.

Curro> Currito.

Quico> Quiquino> Quiquín.

Curiosamente, en el mismo ámbito, a veces todas estas formas quedan lexicalizadas pasando a tener un mero significado denotativo. Para recuperar la connotación emocional se necesitará la ayuda de la entonación principalmente. Del mismo modo, estas formas pueden, según el contexto, los rasgos suprasegmentales y el gesto, ridiculizar al referente y evidentemente mostrar una emoción de fuerte intensidad negativa por parte del emisor. Esta expresividad de los diminutivos los

hace aptos para suplir a un imperativo: **callandito** por cállate; para expresar cortesía y quitar importancia eufemísticamente: **podrías prestarme unas pesetitas, es una niña un poco feílla, me sobran unos kilitos**; para evitar expresiones de enfado: **menuda nochecita**; o para evitar reproches: **menudo geniecillo**. Todos estos usos del diminutivo pueden darse aún cuando entre los interlocutores no haya confianza o ni siquiera conocimiento previo y generalmente precisan la ayuda de la entonación y de los gestos. Aunque el uso de los diminutivos, salvo en los activos lexicalizados, tenga un componente emocional no siempre es del mismo tipo cariñoso que por ejemplo en **mujercita**, es decir, que no siempre es el dominante. Por ejemplo: **las escalerillas del agua, el pan calentito, recién salidito del fuego, toda la ropa blanquita**. Se llama a estos últimos diminutivos estético-valorativos e incorporan más elementos imaginativos y fantasiosos que en los que son altamente emocionales.

Un elemento a medio camino entre la morfología y la sintaxis que es también significativo a la hora de la expresión de las emociones en el discurso son las INTERJECCIONES, es decir, aquellas formas que por sí solas constituyen una oración, aunque su carácter sintético y su forma, generalmente monosilábica, permite que pueda incluirse en otra frase sin alterar su sentido pero dándole una gran energía. Son muchos las emociones y los afectos humanos y muchas las interjecciones aunque no en tan gran número; por eso, una misma interjección puede servir para expresar diferentes emociones. Las distinguiremos por la entonación con que se emiten y por el gesto con que se acompañan. Ejemplos:

Ah, Ay, Oh expresan indiferentemente pena, gozo, mofa, sorpresa, desprecio, ira o admiración: **Ay de mí!, Ay qué alegría!, Oh, qué sorpresa!.**

Bah lo que oímos nos causa desdén, molestia o repugnancia.

Ca, quiá expresa negación o incredulidad.

Cáspita, Ostras, Caramba indican admiración o extrañeza.

Ea pretende respecto a las emociones mostrar enojo, pero también infundir ánimo, meter prisa, imponer silencio.

Eh puede expresar desprecio y también se usa para responder, llamar, preguntar o advertir.

Guay marca alegría o sorpresa.

Huy es indicador de dolor físico o de asombro con mezcla de disgusto.

Ojalá indica deseo.

Puf, ecs expresan asco o desagrado.

Fu cansancio o desagrado.

A menudo para dar más énfasis se usan repetidas y con ello la emoción que esconden es mucho mayor, ejemplo: **¡ea,ea!.**

En suma, la proliferación de ciertos prefijos, superlativos, diminutivos e interjecciones nos indican que estamos en un discurso de tipo 1, opaco, en el que el hablante se ha implicado mucho pues ha establecido poca distancia con él, es

decir, argumenta poco y es altamente subjetivo pues refleja un estado emocional suyo. Este estado y las connotaciones de las formas lingüísticas usadas que lo expresan llegan al interlocutor porque son compartidas por éste y ello es posible por la construcción social de las emociones, por la cantidad de “social sharing” subyacente. Esta recepción del oyente contribuye a la función primaria de todo acto de comunicación lingüística: influir en el interlocutor seduciéndole y convencién-dole para acercarlo a los fines del emisor. No cabe duda de que esta influencia será mayor y más efectiva si la presencia de estas formas lingüísticas morfosintácticas va acompañada de un hábil uso de la entonación en particular y de todos los factores suprasegmentales en general y de los gestos corporales.

5. LAS EMOCIONES Y LOS RASGOS SUPRASEGMENTALES

Los rasgos suprasegmentales o prosódicos son aquellos elementos lingüísticos que además de estar presentes intrínsecamente en los sonidos aislados, afectan a unidades superiores, sean estas palabras u oraciones.

Los rasgos suprasegmentales son la intensidad, la duración y el tono.

Para analizar las emociones bajo esta triple perspectiva debemos considerar que en principio todo hablante, en su habla neutra, presenta una intensidad, un “tempo” o velocidad de habla y un tono de voz que le distinguen de otros hablantes.

O sea que cuando decimos que a una persona apenas se la oye o bien que habla chillando, nos referimos a la intensidad de su voz; si decimos que habla rápida o lentamente nos referimos al tempo y si hablamos de voces graves o agudas, monótonas o moduladas, nos referimos al tono. Sin embargo hay que tener en cuenta que estos tres rasgos que vamos a comentar por separado están estrechamente relacionados en el habla y son interdependientes.

Según la estructura fonológica de la lengua, las variaciones prosódicas pueden ser significativas, o sea fonológicas, o expresivas. En consecuencia cualquier variación de los rasgos prosódicos responde a factores individuales y pragmáticos, muy difíciles de catalogar, aunque podamos encontrar algunas coincidencias que permiten adelantar la hipótesis de una posible sistematización de las relaciones emociones- prosodia.

Tono y entonación

El tono de voz de una persona está formado por la frecuencia de vibración de las cuerdas vocales, vibraciones producidas por el aire que sale de los pulmones. Las diferentes frecuencias (tonos) son debidas al grosor, la longitud y la tensión de las cuerdas vocales según la siguiente relación: a mayor grosor menor frecuencia, a mayor longitud menor frecuencia y a mayor tensión mayor frecuencia.

Puesto que grosor y longitud son elementos constantes, las modificaciones de tono se deben a la tensión de las cuerdas: el tono de voz se puede pues modificar tensando o relajando las cuerdas vocales voluntariamente - es lo que hacemos

cuando pretendemos imitar la voz de otra persona -.

La entonación es el conjunto de variaciones tonales en una unidad superior: la oración.

Se considera entonación neutra la que aparece en una oración enunciativa simple: las modificaciones de este patrón estándar son voluntarias y sirven para comunicar emociones, estados de ánimo o bien para convertir una enunciación en una oración interrogativa.

Todas las variaciones de entonación dependen de la estructura prosódica de la lengua, de ahí que algunas lenguas suenen más musicales o más secas.

La intensidad

La intensidad físicamente depende de la cantidad de aire retenida en los pulmones que utilizamos a la hora de hablar.

Puesto que como he dicho antes cada persona tiene una intensidad propia, las variaciones dependerán de factores pragmáticos.

Si queremos que nos oiga mucha gente hablaremos con una intensidad superior a la normal, mientras si nuestra intención es que nos oiga una sola personas entre varias disminuirémos la intensidad.

A nivel perceptivo sin embargo otros factores pueden influir en los distintos niveles de percepción de intensidad y una vez más hemos de hablar de interrelación de los rasgos prosódicos. Se puede obtener la sensación de mayor intensidad sin aumentar el volumen de aire expirado, aumentando en cambio la frecuencia, o sea, el tono de voz: es un recurso muy normal entre los actores.

Una voz aguda se percibe, pues, con mayor sensación de intensidad a pesar de no modificar la misma. La duración también influye. Un sonido largo se percibe más fácilmente y con mayor claridad que uno breve.

La intensidad juega un papel muy importante en los turnos de habla: se aumenta para reclamar el turno y se baja para cederlo.

La duración

Todos los sonidos tienen un tiempo relativo dependiendo del punto y modo de articulación. Este tiempo puede ser modificado, en función del “tempo”, siempre y cuando sea suficiente para permitir reconocer un sonido. Acabo pues de hacer una distinción entre tiempo y tempo: el tiempo es la duración de cada uno de los sonidos y la duración física del conjunto de sonidos (palabra u oración) mientras que el tempo es la velocidad con la que emitimos un mensaje. Obviamente ambos factores son inversamente proporcionales: a mayor velocidad de emisión menor duración de los sonidos integrantes y viceversa.

Rasgos prosódicos y emociones

Es innegable la presencia de variaciones de rasgos prosódicos en la expresión

de las emociones y en consecuencia nos podríamos preguntar por qué hay tan pocos estudios lingüísticos sobre el particular.

La explicación no es otra que la subjetividad de tales expresiones, la exteriorización más o menos manifiesta de las mismas en función de las personas e incluso, en una misma persona, de los contextos, y la dependencia cultural de las mismas.

La lingüística está intentando encontrar patrones universales y este campo parece reducirse a lenguas particulares o familias de lenguas culturalmente próximas.

Por otro lado tampoco podemos asignar un rasgo prosódico determinado a una expresión determinada: como vamos a ver, estos se combinan siempre de manera diferente.

Como en el caso de los apreciativos, los rasgos prosódicos pueden otorgar a una oración un valor semántico diferente e incluso contrario al que la oración “neutra” aporta.

Nuestra hipótesis es que si el oyente entiende el significado matizado de la oración “neutra” es que hay alguna regularidad en la variación de estos parámetros, siempre dentro de la lengua particular.

A continuación utilizaremos una oración y diferentes combinaciones prosódicas para comprobar cómo aportan significados diferentes (ver SALCIOLI, 1988).

1- Ha llegado María	(neutra)
2- ¿Ha llegado María?	(interrogativa)
3- Ha llegado, María. x y	(vocativo: cambio de entonación, intensidad -en el segundo elemento- y pausa obligatoria).
4- Ha llegado, María. x y	(presentación: distinta entonación en el segundo elemento; la pausa entre los dos sintagmas es superior a la del ejemplo anterior).
5- ¡Ha llegado María!	(alegría: mayor intensidad, menor “tempo” variación de entonación -más agudo)
6- ¡Ha llegado María!	(disgusto: menor intensidad, mayor “tempo” variación de entonación -más grave)
7- ¡Ha llegado María!	(rabia: variación de la “cualidad de voz” con respecto a 6-) Tensión de todos los músculos de la cara).

Por supuesto hay otro factor extralingüístico que acompaña, en mayor o menor grado y una vez más en relación con la expresividad del emisor, la expresión de las emociones: la gesticulación.

Los gestos, elementos más o menos controlables según el tipo de contexto, acompañan los rasgos prosódicos y suelen también ser constantes según el significado que se quiere transmitir.

A pesar de los pocos estudios actuales sobre la relación de las emociones y los rasgos prosódicos, podemos afirmar que las distintas emociones se pueden reflejar a través de la combinación de rasgos prosódicos, aunque ninguno de ellos por separado es índice de una emoción en particular, sino que siempre hay una combinación de los tres.

Habría, además, que estudiar las diferentes combinaciones de estos rasgos en varias lenguas, puesto que la aportación cultural influye mucho en la expresión de las emociones.

6. COMENTARIOS FINALES

Hay una serie de características a nivel de competencia comunicativa que pueden tipificar los diferentes tipos de discurso y con ellos las diferentes maneras de manifestar las emociones. Por ello el análisis del discurso puede ser una herramienta privilegiada en su aplicación a la práctica psicopatológica. El discurso de los pacientes psiquiátricos presenta una serie de características que lo diferencian de otros tipos de discurso y el análisis de su competencia comunicativa desde un enfoque interdisciplinario amplio puede revelar tipos de discurso diferentes. Por otra parte, creemos que conseguir un mejor conocimiento y sistematización de las características de la organización discursiva del paciente psiquiátrico revertirá positivamente en la acción terapéutica.

Este artículo recoge distintos acercamientos al tema de las emociones con una constante en todos ellos: el papel destacado del lenguaje en todo fenómeno emocional. Se estudian las posibilidades que nos ofrece el Análisis del Discurso incluyendo las aportaciones de la morfología y de los rasgos prosódicos y gestuales y, su aplicación en el campo psiquiátrico para el análisis previo al establecimiento de diagnóstico y durante el seguimiento del paciente.

Nota Editorial: El orden con que aparecen los autores en el encabezamiento del artículo se corresponde con el orden de autoría de las diversas secciones del mismo.

Referencias Bibliográficas:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1988). *DSM-III R. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- ALCINA & BLECUA (1975). *Gramática española*. Barcelona: Ariel.
- ALONSO, A. (1957). *Noción, emoción, acción y fantasía en los diminutivos. Estudios lingüísticos. Temas españoles*. Madrid: Gredos.
- COSNIER, J.; DOLS, J.M.F y FERNANDEZ, A.J. (1986). The verbalisation of emotional experiences, en SCHERER, K.R.; WALLBOTT, H.G. y SUMMERFIELD, A.B. (eds.). *Experiencing emotion. A cross-cultural study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LAGUNA, E. (1988). *Esquizofrènia i obsessió: dos tipus de nivells de discurs*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona.
- LAGUNA, E. (1991). Schizophrenie et obsession: deux typologies discursives. *Rassegna italiana di linguistica applicata*, 3; 155-169. Anno XXIII. Settembre-Dicembre.
- LAGUNA, E. (1992a). *El discurs de la malaltia mental*. Barcelona: Empuries.
- LAGUNA, E. (1992b). El discurso sobre el discurso de la enfermedad mental. *Revista de Psicoterapia*, 10-11, 83-101.
- LAGUNA, E. y VAYREDA, A. (1992a). Un modelo de análisis del discurso para distintas aplicaciones. Monográfico sobre *Análisis del Discurso*. Publicaciones del Centro de Lexicometría de la Universitat de Barcelona.
- LAGUNA, E. y VAYREDA, A. (1993). Modelos lingüísticos aplicables al análisis del discurso 'esquizofrénico'. *Anuario de Psicología*, 59.
- LEFF, J. (1987). *Psychiatry around the world*. London: M. Dekker
- MARTIN, R. (1987). *Langue et croyance*. Paris: Mardaga.
- NAVARRO TOMAS, T. (1961). *Manual de pronunciación española*. Madrid. CSIC.
- OBIOLS, J.J. y OBIOLS, J. (1989). *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca.
- OBIOLS, J. (1980). Aproximación lingüística al lenguaje esquizofrénico. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 7; 205-218.
- OBIOLS, J. (1985). *Structural analysis of communication disorders in schizophrenia*. Primer Congrès Int. de Psicolingüística Aplicada. Barcelona, 1985.
- OBIOLS, J. (1991). *Sintagma y paradigma en l'esquizofrènia*. Tesis doctoral. UNIV. DE BARCELONA.
- SALCIOLI, V. (1988). Estudio fonético-experimental de la entonación interrogativa catalana. *Estudios de Fonética Experimental*, 3, 35-70. Barcelona, P.P.U.
- SALCIOLI, V.; MARTINEZ-CELDRA, E.; GONZALEZ-MONCLUS, E.; SALVADOR, L. y DE PABLO, J. (1984). *El análisis acústico en la evaluación de los trastornos afectivos*. XVI Coloquio Internacional de Psicopatología de la Expresión. Barcelona, 15-17 de octubre de 1984.
- SCHERER, K. (1986). Vocal Affect Expression: A Review and a Model for Future Research. *Psychological Bulletin*, 2, 143-165.
- VAYREDA, A. (1990). *Producció social i semàntica de les formacions discursives. El discurs de l'Associació Pro-Respecte a la Vida Humana i el discurs de la Comissió pel Dret a l'Avortament*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona.

RECONOCIMIENTO EMOCIONAL EN PSICOTERAPIA

Paulo P.P. Machado

Universidade do Porto

There is a growing consensus about the importance of emotions in psychotherapy and the process of human experience and change. Although different psychotherapeutic approaches ascribe different roles to emotional processes, all of them emphasize their relative importance. The ability of clinicians to accurately identify the emotional states of their clients is conceptualized as an important clinical skill. However, little is known today about the way that the training as a therapist influences this skill. This paper reviews the relevant literature on emotion recognition and discusses some of its implications to the field of psychotherapy and clinical psychology.

INTRODUCCION

Normalmente lo que lleva a los pacientes y clientes a buscar la ayuda de los profesionales de la salud mental es algún tipo de malestar emocional. El cambio emocional se suele considerar una meta primaria de la terapia y un índice predictor de resultados positivos. Si bien la psicoterapia se conoce como “cura por la palabra”, lo que la vincula a un proceso exclusivamente cognitivo, algunos enfoques han enfatizado desde siempre el valor de la acción, y otros la experiencia emocional. Recientemente, Greenberg y Safran (1987, 1989) afirman que el cambio terapéutico duradero está ligado a la activación de los procesos emocionales, suponiendo que no dependa directamente de él.

La relevancia de los procesos emocionales en la psicoterapia también viene corroborada por la investigación de procesos y resultados. Orlinsky y Howard (1986) concluyeron que la experiencia de las emociones negativas, especialmente en las primeras fases del tratamiento, está asociada a un resultado positivo. Los clientes que mostraban inmediatez en la expresión afectiva tendían a experimentar mejores resultados, y la ocurrencia de la descarga afectiva en la psicoterapia se asocia a resultados positivos. Hill y O’Grady (1985) encontraron que los terapeutas puntuaban como sesiones de buena calidad aquéllas en las que el terapeuta se había guiado por la intención de intensificar la expresión emocional del cliente o la

promoción de la aceptación de ésta.

Los principales enfoques teóricos, si bien destacan el rol de las emociones en el proceso terapéutico, les adscriben un papel diferente. Desde el inicio de la psicoterapia, hace casi 100 años, ha habido una apreciación del rol de las emociones en el funcionamiento humano y el malestar psicológico. En su trabajo seminal, Freud (1895) presentó su teoría de las neurosis y defendió que la causa de los síntomas histéricos era una fuerte emoción estrangulada. La abreacción se concebía como el proceso curativo mediante el cual el paciente era capaz de expresar emociones previamente estranguladas. La cura catártica consistía en una liberación de las energías emocionales. Más adelante el propio Freud (1910) abandonó el modelo de abreacción en favor de otro en el que las emociones se veían como descargas de un exceso de energía psíquica. A la vez, la interpretación se hizo central en el pensamiento psicoanalítico, y el rol de las emociones adquirió menos importancia. Los enfoques psicoanalíticos más recientes defienden la idea de que lo que hace que funcione la psicoterapia es la experiencia afectiva del conflicto psicológico en el contexto del proceso de transferencia. Las experiencias emocionales correctivas (Alexander & French, 1946) se concibieron como procesos curativos en la psicoterapia. En resumen, en los enfoques psicoanalíticos clásicos las emociones se consideran referidas a las pulsiones instintivas, y la descarga o expresión emocional adecuada se relaciona con la cura.

Las formulaciones y estrategias psicodinámicas contemporáneas también reconocen la importancia de los procesos emocionales en psicoterapia. Algunas manualizaciones recientes de la terapia psicodinámica (e.g., Strupp y Binder, 1984; Luborsky y Chris-Christoph, 1990) exploran los escenarios emocionales (i.e., Patrón Desadaptativo Cíclico, o Temas Nucleares Conflictivos) que emergen en la psicoterapia como forma de comprender la dinámica de las relaciones interpersonales. Estos escenarios relativos a la emoción se utilizan como herramienta interpretativa del proceso terapéutico narrativo. El cambio terapéutico se consigue cuando los clientes se hacen conscientes de sus patrones interpersonales auto-invalidantes y experimentan un resultado diferente en la relación terapéutica. Las emociones y la expresión emocional, por tanto, aportan información interesante sobre los procesos psicológicos y el estilo interpersonal del cliente (Beutler y Strupp, 1991).

En contraste con la teoría dinámica, que se centró inicialmente en la naturaleza patológica de la emoción reprimida, la terapia conductual se centra en el problema clínico de la modificación de estados emocionales disfuncionales. Los proponentes de la teoría conductual defienden básicamente la idea de que las respuestas emocionales se aprenden en el contexto de contingencias ambientales. Los procedimientos de tratamiento se relacionan con alguna forma de descondicionamiento y exposición. Por ejemplo, la exposición gradual o total, en vivo o imaginaria, al estímulo temido se consideran formas de tratamiento de las respuestas de ansiedad.

En los enfoques cognitivo-conductuales, la experiencia emocional se ve como

un fenómeno fundamentalmente post-cognitivo. Estas teorías han destacado que el significado de un hecho determina la respuesta emocional ante él (Beck, 1976; Ellis, 1962). Se emplean constructos tales como pensamientos automáticos, errores cognitivos, creencias irracionales y autoafirmaciones para describir las variables mediadoras entre estímulo y experiencia emocional. La terapia cognitiva se centra en la intervención sobre la modificación de estas actividades cognitivas defectuosas, disputando racionalmente las creencias irracionales, modificando las autoverbalizaciones, o desconfirmando los esquemas cognitivos mediante la provisión de información incongruente (cf., Beutler y Guest, 1989). Recientemente los proponentes de las terapias cognitivas han recuperado el rol de los procesos emocionales en el cambio terapéutico. Por ejemplo, según Beck y Weishaar (1989) “las constelaciones cognitivas subyacen a las emociones y se hacen accesibles y modificables sólo mediante el *arousal* emocional” (p. 29); este tipo de cogniciones se han denominado “cálidas”. Los desarrollos más recientes en la tradición cognitivo-conductual, sin embargo, han adscrito un papel aún más central a las emociones en el sistema humano de procesamiento de la información (Guidano, 1987, 1990; Guidano y Liotti, 1983; Gonçalves y Machado, 1989; Mahoney, 1987, 1991; Safran y Segal, 1990), destacando el rol de las emociones y el valor de las intervenciones terapéuticas centradas en ellas.

A diferencia de los enfoques cognitivo-conductuales tradicionales, los terapeutas experienciales y humanistas han destacado siempre el papel adaptativo de las emociones en el funcionamiento humano. Las emociones no se consideran expresiones de conflictos instintivos o respuestas aprendidas, sino un sistema de orientación y motivación que aporta información adaptativa al organismo (Greenberg y Safran, 1987). La meta de la terapia no es deshacerse de los sentimientos sino ayudar al paciente a darse cuenta de su significado y a ser más sensible a las tendencias de acción que implican. Los enfoques experienciales, por ejemplo, acentúan el acceso y la intensificación de los sentimientos del cliente como forma de producir cambio. Según Greenberg y Safran (1987) el proceso de atender a los actos expresivos y autonómicos relevantes cuando ocurren puede activar los esquemas asociados a la emoción.

Independientemente del enfoque terapéutico empleado, las emociones aportan al terapeuta información relevante sobre el cliente y el proceso terapéutico. Es más, pueden servir como marcadores en la puesta en práctica de determinados procedimientos de tratamiento o como indicadores del avance de la terapia. Por ejemplo, para el terapeuta conductual, ser capaz de identificar correctamente las expresiones emocionales del cliente permite reconocer la necesidad de una intervención dirigida contra una asociación problemática aprendida. Para un terapeuta cognitivo, la reacción emocional de un cliente puede señalar la activación de una estructura esquemática nuclear que será el foco del trabajo terapéutico. Para un terapeuta psicodinámico, las reacciones emocionales pueden señalar la activación

de un ciclo interpersonal autoinvalidante que constituya el foco de la intervención. Finalmente, para un terapeuta experiencial, orientado al proceso, la expresión emocional aporta información relevante para el cliente sobre sus tendencias de acción y puede constituir un marcador de una intervención focalizada emocionalmente.

Independientemente del enfoque terapéutico al que uno se adscriba, la capacidad del terapeuta para identificar correctamente la calidad emocional de sus clientes en cada momento es una habilidad terapéutica importante. Puede resultar crucial para la práctica acertada de un determinado procedimiento prescrito para el cambio terapéutico. Ignorar o malinterpretar estas importantes señales por parte de los clientes puede comprometer el éxito del proceso psicoterapéutico. Siendo así, la capacidad para reconocer las experiencias emocionales ajenas, a veces equiparada a la sensibilidad clínica, es una destreza terapéutica importante.

En el área de la psicología social hay mucha literatura sobre la expresión y el reconocimiento de emociones. Los resultados de los diversos estudios tienden a apoyar la idea de que el reconocimiento emocional depende de la información recibida mediante canales verbales y no verbales. Los individuos parecen capaces de reconocer emociones con un gran nivel de exactitud, pero esta exactitud puede disminuir cuando la información se limita a los canales no verbales tales como las expresiones faciales y pautas vocales, o cuando diferentes canales aportan información contradictoria. Hasta la fecha, sin embargo, poco se sabe de cómo puede la formación en psicoterapia mejorar la precisión del reconocimiento emocional.

EXPRESION Y RECONOCIMIENTO EMOCIONAL

Si bien la capacidad de reconocer la expresión emocional en el contexto terapéutico es una habilidad clínica importante, sabemos poco del proceso en sí. Es especialmente relevante para el ámbito de la psicología clínica y la psicoterapia comprender: (a) qué canales de comunicación pueden indicar de modo fiable la experiencia emocional; (b) si los terapeutas son capaces de identificar correctamente las expresiones emocionales de sus clientes; (c) qué variables del terapeuta incrementan y reducen la precisión del observador en la decodificación de la expresión verbal y no verbal de las emociones.

Si bien la investigación es escasa, la literatura en el área de la psicología social experimental puede arrojar luz sobre el tema. La investigación en el ámbito de la expresión emocional se ha ocupado de dos temas diferentes pero relacionados. Por una parte, los estudios de codificación intentan identificar las características no verbales diferenciales de una experiencia emocional particular expresada por un sujeto. Los investigadores han intentado identificar lo específico de cada emoción en términos de indicios no verbales, expresiones faciales y calidad vocal. Por otra parte, los estudios de decodificación han intentado evaluar con qué precisión pueden unos observadores independientes identificar las emociones cuando tienen acceso a un conjunto discreto de rasgos de la expresión emocional. Estos dos aspectos

se relacionan directamente con tres de nuestras cuestiones previas: (a) qué canales de comunicación indican la experiencia emocional; (b) ¿son los terapeutas capaces de identificar la experiencia emocional de sus clientes?; y (c) ¿son capaces de hacerlo de forma más precisa que la población en general?. En las siguientes dos secciones revisamos algunos estudios relevantes sobre expresión e identificación emocional.

Expresión emocional

Nos vamos a remitir aquí a la literatura empírica sobre la codificación de las expresiones emocionales a partir de indicios no verbales. Estos estudios intentan identificar los indicios no verbales que caracterizan la expresión de estados emocionales discretos. Por motivos de presentación revisaremos separadamente los estudios basados en indicios faciales y vocales y los que han empleado estímulos multicanal.

Indicios faciales: El origen del interés científico por los indicios faciales de las emociones puede cifrarse en el trabajo de Darwin (1872/1965) en el que defendía la existencia de expresiones universales de emociones. Teóricos posteriores, como Izard (1976) y Eckman (1977), defendieron la existencia de un programa innato para la expresión de cada emoción. Este programa biológico incluiría mensajes neurales automáticos dirigidos a los músculos faciales responsables de cada emoción. En ese momento se creía que no sólo las emociones producían expresiones faciales, sino que éstas influían sobre la experiencia emocional. Recientemente, Ekman (1992) e Izard (1991) han sugerido que el proceso puede ser más complejo, como evidencia la observación de que algunas emociones pueden no ir siempre acompañadas de expresiones faciales.

Los estudios que emplean medidas objetivas de expresiones faciales tales como el registro electromiográfico (EMG) y sistemas de codificación de base anatómica (e.g., Facial Action Coding System, FACS, Eckman y Friesen, 1978) han proporcionado cierto apoyo a la hipótesis de que las expresiones faciales discretas están asociadas a diferentes emociones (cf., Camras, Holland, y Patterson, 1993; Tassinary y Cacioppo, 1992). Estos estudios han demostrado que se pueden diferenciar condiciones emocionales positivas y negativas en términos de la actividad muscular facial. Los resultados más claros relacionan el incremento en la actividad del músculo cigomático con estímulos placenteros y la del músculo corrugador con condiciones de tristeza, rabia, miedo o desagradables en general. La diferenciación entre emociones negativas no ha sido consistente en los diversos estudios. Sin embargo, las expresiones faciales de la emoción parecen depender del contexto social en que se halla el sujeto. Por ejemplo, Fridlund (1991) encontró registros EMG más intensos cuando los sujetos generaban imágenes sociales con sentimientos asociados equiparados en cuanto a la felicidad autoatribuida. La variación suele describirse como evidencia de la existencia de reglas de expresión emocional. Es más, estas reglas parecen culturalmente determinadas (Ekman, 1993;

Mesquita y Fridja, 1992).

Estos estudios sugieren que la experiencia emocional se relaciona con cambios en la expresión facial, lo que resulta especialmente evidente en la expresión de emociones positivas. Aunque algunas configuraciones faciales son características de experiencias emocionales discretas existe evidencia de que esta relación es más compleja de lo que inicialmente se pensó. Es más, las normas culturales sobre expresión emocional influyen sobre la traducción facial de una experiencia emocional.

Indicios vocales: Los estudios basados en los indicios vocales de las emociones se dirigen a identificar los rasgos acústicos de la expresión vocal que acompañan la expresión de estados emocionales. El propósito de estos estudios es investigar la covariación entre los cambios en el estado emocional y en los indicios acústicos del habla durante dichos períodos. El presupuesto subyacente a estos estudios es que la activación autonómica que acompaña al *arousal* emocional afecta a algunas de las características paralingüísticas del habla.

Las medidas físicas del habla humana suelen basarse en tres dimensiones perceptivas: volumen, timbre y ritmo. Tras estas dimensiones hay otras variables tales como: (a) intensidad, medida en decibelios (dB); (b) “frecuencia fundamental” (Fo), medida en Herzios (Hz), que es esencialmente el ritmo de vibración de las cuerdas vocales; y (c) duración de la emisión y tasa de habla.

El resumen de los hallazgos de los estudios de externalización (cf., Scherer, 1981a, 1986; Pittam y Scherer, 1993) sugiere algunas generalizaciones amplias. Por ejemplo, la cólera parece estar asociada con incrementos en la media de Fo, en la intensidad media, en la energía de alta frecuencia, y en la tasa de articulación. La Tabla 1 presenta un resumen de los indicios vocales asociados a diferentes emociones básicas.

Tabla 1- Correlaciones acusticas de la emoción en el discurso (adaptado de Scherer, 1981a; Goldbeck, Tolkmitt & Scherer, 1988).

Emoción	Nivel de tono	Amplitud de tono	Variación de tono	Volumen	Tempo
Alegría/felicidad	Alto		Grande	Alto	Rápido
Enfado	Alto	Amplia	Grande	Alto	Rápido
Miedo	Alto	Amplia	Grande		Rápido
Tristeza	Bajo	Estrecha	Baja	Bajo	Lento
Sorpresa	Alto		Grande		Rápido

Los datos de la tabla no revelan una diferencia clara entre estados emocionales discretos. Según Scherer (1981a, 1989), sólo se encuentran indicios diferenciales entre los estados emocionales caracterizados por una elevada excitación y actividad (*arousal* elevado) y los caracterizados por la quietud (*arousal* bajo). Como señalan Pittam y Scherer (1993), los indicios que caracterizan esta dimensión de *arousal* parecen ser los mismos independientemente de la emoción investigada. Sin embargo, la falta de distinciones entre los indicios vocales no debe interpretarse como evidencia de que las emociones no se distinguen por sus indicios vocales (Pittam y Scherer, 1993). Los recientes avances tecnológicos y la accesibilidad de métodos computerizados de análisis vocal (véase Read, Buder, y Kent, 1990, 1992) podrían resolver estas discrepancias e incrementar nuestros conocimientos al respecto.

La revisión de los resultados empíricos revela una serie de indicios vocales asociados con el *arousal* emocional; variaciones en el volumen, timbre y tasa de habla. Si bien estos indicios diferencian estados emocionales asociados con *arousal* elevado y bajo, no son lo bastante específicos como para caracterizar emociones discretas básicas.

Indicios multicanal: La investigación en el área de la comunicación emocional multicanal es particularmente interesante cuando hay discrepancias entre el mensaje transmitido mediante diferentes canales. Este fenómeno se produce cuando la persona miente o intenta crear o manipular las impresiones generadas en una situación interpersonal. Tales situaciones se han estudiado como aspectos del engaño interpersonal o de la autopresentación.

Los psicólogos sociales aceptan que la mentira es un aspecto común de las relaciones interpersonales. Algunos de ellos (e.g., Goffman, 1959) consideran las interacciones sociales como representaciones dramáticas de manejo de las impresiones. El encuentro psicoterapéutico es, claramente, de naturaleza interpersonal, y hay razones para creer que los clientes intentan manipular las impresiones que crean en los terapeutas. Los indicios no verbales pueden ser indicadores importantes del proceso terapéutico y servir como marcadores de la presencia de un intento de engaño consciente o inconsciente por parte del cliente, bien porque éste decida ocultar información o porque la naturaleza conflictiva de dicha información la expulsa de la conciencia del cliente.

Freud (1905) captó la importancia de los indicios no verbales de engaño en su famosa frase: “si bien sus labios callan, sus dedos hablan por ellos” (p. 94). Esta afirmación es consistente con la creencia común de que la gente puede controlar su presentación verbal pero no la no verbal. Sin embargo, Ekman y Friesen (1974) sugirieron que algunos canales no verbales son más controlables que otros. Por ejemplo el rostro, aunque más expresivo que otras partes del cuerpo, parece ser más fácil de controlar. La investigación empírica aporta evidencias consistentes con la visión del cuerpo como canal “escurridizo” y el rostro como canal “controlable”. Lo interesante es que, según esto, el rostro, canal de mayor información cuando el

comunicador es honesto, es también el menos fiable en situaciones de engaño. Esto se cumple con la excepción de “microexpresiones”, que son movimientos musculares breves detectables en grabaciones a cámara lenta. Haggard e Isaacs (1966) informaron de que las microexpresiones se producían frecuentemente en las situaciones conflictivas de las entrevistas clínicas, e iban asociadas a negación y bloqueo verbal.

Como señalan Zuckerman, DePaulo, y Rosenthal (1981), el engaño no es un emoción ni una experiencia afectiva y, por tanto, no va asociada a una expresión verbal o no verbal específica. Sin embargo, el engaño incluye algunos rasgos que afectan a la conducta emocional: intentos de control de la conducta no verbal, *arousal* fisiológico, experiencia emocional y procesos cognitivos. El hecho de que decir la verdad y mentir se asocian a conductas diferentes crea dos problemas de investigación relacionados: (a) cuáles son las conductas asociadas con el engaño, y (b) con cuánta precisión se puede detectar. Se trata de problemas no muy diferentes de los ya discutidos sobre la experiencia y el reconocimiento emocional. El hecho de que el reconocimiento de las actividades de engaño tenga que depender de indicios no verbales confiere a este área una gran relevancia respecto a la del reconocimiento emocional.

RECONOCIMIENTO EMOCIONAL

Indicios faciales: Darwin (1872/1965) fue uno de los primeros en estudiar la precisión de los juicios sobre expresiones faciales. Encontró que a pesar de que los observadores no conocieran el contexto en el que se producía una expresión coincidían en qué tipo de emoción estaba presente. La mayor parte de la investigación en este terreno se ha centrado en la cuestión de juzgar las expresiones faciales ajenas asociadas a emociones particulares. Por ejemplo, Kirouac y Dore (1985) emplearon las Ekman's Pictures of Facial Affect (1976) para evaluar el reconocimiento de expresiones faciales de seis emociones en función del sexo y el nivel educativo de los sujetos. Las mujeres tendían a ser mejores decodificadoras que los hombres, pero el sexo sólo explicaba el 2.38% de la variancia. En general, la precisión de la identificación emocional a partir de expresiones faciales era alta. La felicidad era más fácil de reconocer (97%) que las otras cinco emociones. La sorpresa y el disgusto tenían el mismo nivel de precisión (91%), seguidas de la cólera (85%), tristeza (82%) y miedo (72%). Curiosamente, las emociones que parecen jugar un papel más relevante en el contexto psicoterapéutico (e.g., cólera, tristeza y miedo) son las que menos correctamente se identificaban.

Wagner, MacDonald, y Manstead (1986) estudiaron hasta qué punto las expresiones faciales espontáneas aportaban la suficiente información como para identificar cuál de siete estados emocionales (cólera, felicidad, miedo, tristeza, sorpresa, disgusto, neutral) estaba experimentando otra persona. Las expresiones faciales de los sujetos mientras observaban diapositivas relativas a las diferentes

emociones se registraron en vídeo. Tras ver las diapositivas los sujetos nombraron el estado emocional elicitado por cada una de ellas. Los observadores que contemplaron las expresiones faciales de los sujetos grabadas en vídeo les otorgaron denominaciones similares. La medida de precisión fue el ajuste entre las emociones nombradas por los sujetos y los observadores. La exactitud más elevada correspondió a la felicidad (48%), seguida del disgusto (23%) y la cólera (13%). Ninguna de las emociones restantes se reconoció de forma significativa. Con excepción de la felicidad, todas las demás expresiones emocionales se identificaron con menos precisión en este estudio que en los anteriores que emplearon expresiones faciales como estímulo. Además, las emociones relevantes para la terapia, tales como miedo y tristeza, se observaron con inexactitud.

Es posible que se necesiten diferentes habilidades para evaluar la experiencia emocional basada en expresiones faciales espontáneas vs. fingidas. En los estudios que han utilizado expresiones fingidas se pide al actor que comunique un estado emocional mediante una expresión facial y el observador tiene tiempo para observar la expresión emocional estática. Sin embargo, en los que emplean expresiones espontáneas el actor responde a un estímulo incitante, y el observador ha de identificar el rasgo emocional en el breve lapso de tiempo en que se produce. Así, los resultados basados en las expresiones faciales fingidas aportan poca información sobre la capacidad de los observadores para identificar diferentes experiencias emocionales a medida que se producen en las interacciones interpersonales.

Los resultados de los anteriores estudios indican que la precisión en la identificación de las emociones basada en indicios faciales decae considerablemente cuando los sujetos han de evaluar configuraciones faciales espontáneas en lugar de fingidas. Sin embargo, las expresiones faciales espontáneas son las únicas al alcance de la gente en su interacción social cotidiana o de los psicoterapeutas en las sesiones clínicas. En estas situaciones naturales, las expresiones faciales espontáneas duran poco (entre 0.5 y 4 segundos, según Ekman, 1984) y pueden presentarse junto con información conflictiva de otros canales.

Es posible que, debido a su formación profesional o características personales, los terapeutas sean capaces de identificar las expresiones faciales de emoción con más acierto que la población general. Sin embargo, y por lo que nos consta, no hay estudios que hayan analizado los niveles de precisión en la identificación emocional a partir de indicios faciales entre los psicoterapeutas o profesionales de la salud mental. Así, no disponemos de evidencia que apoye la creencia de que, como grupo, son más precisos que la población general no entrenada. Sin embargo, un estudio demostró que los profesionales que trabajan en servicios de atención al público son más precisos en la decodificación de los indicios faciales de emoción (Morgado, Cangemi, Miller, y O'Connor, 1992). Con todo, dadas las habilidades específicas que se supone requiere la práctica efectiva, es importante saber si los terapeutas son más exactos que los individuos no entrenados en el reconocimiento de la presencia

e intensidad de los estados emocionales.

Indicios vocales: La decodificación de estudios de indicios vocales de la expresión emocional se centra en la capacidad de jueces independientes para identificar las emociones subyacentes a las emisiones vocales. La investigación en este área presenta la dificultad adicional de no basarse en los trabajos sobre indicios no verbales. El problema es la necesidad de separar el efecto de los indicios paralingüísticos del contenido del habla. Para superar esta dificultad, los investigadores han empleado varias estrategias, entre las que se incluyen: (a) utilización de frases sin sentido o con contenido estandarizado, no relacionadas con temas emocionales; (b) el empleo de una lengua extranjera desconocida por los decodificadores; y (c) el empleo de técnicas de enmascaramiento electrónico para producir un habla libre de contenido.

Las revisiones recientes de la literatura empírica sobre la decodificación de la comunicación verbal de las emociones han demostrado que los jueces son bastante precisos en la extracción del significado emocional de los indicios vocales. Un resumen de los 28 estudios revisados por Scherer (1981a) mostró que la precisión del reconocimiento de la emoción a partir de los indicios verbales es superior al azar.

Los estudios recientes de Scherer, Banse, Walbott, y Goldbeck (1991) encontraron una precisión media del 56% (45% tras la corrección del azar) para cinco emociones—disgusto, alegría, miedo, tristeza y cólera—y diferentes grupos de decodificadores. Los resultados mostraron que la tristeza (72%) y la cólera (68%) se identificaban más fácilmente que la alegría (59%) y el miedo (52%), y que el disgusto (28%) era la emoción más difícil de identificar.

En uno de los pocos estudios que empleó como estímulo material psicoterapéutico auténtico, Mohr, Shoham-Salomon, Engle, y Beutler (1991) demostraron que los jueces no entrenados eran capaces de reconocer expresiones de cólera y evaluar su intensidad cuando escuchaban su contenido—fragmentos filtrados de grabaciones de sesiones terapéuticas. En este estudio se dividió en cuatro grupos a 16 jueces femeninas no entrenadas. A un grupo se le presentaron fragmentos filtrados de grabaciones de sesiones psicoterapéuticas y se le pidió que evaluaran la presencia e intensidad de la cólera y el dolor (i.e., sólo mediante indicios de cualidades vocales). El segundo grupo basó sus evaluaciones en transcripciones de las sesiones (i.e., sólo en el contenido del habla). Al tercer grupo se le presentaron fragmentos no alterados de las sesiones terapéuticas y se le instruyó para que se centrara en las cualidades vocales (i.e., ignorando el contenido de la grabación). El cuarto grupo evaluó los mismos segmentos pero se le instruyó para que se centrara sólo en el contenido del habla (i.e., ignorando las cualidades vocales). Tras excluir al juez menos fiable de cada grupo, la fiabilidad interjueces (R) fue de .76 para las transcripciones; .84 para los segmentos filtrados; .86 para la puntuación de las cualidades vocales a partir de grabaciones; y .89 para la puntuación del contenido de las grabaciones. Los resultados del análisis factorial mostraron que el contenido

del habla y las cualidades prosódicas aportaban información diferente y a veces contaminante sobre la experiencia emocional, como se demostraba por la pérdida de precisión al combinar las modalidades. Los autores concluyeron que las puntuaciones de cualidades vocales (contenido filtrado) constituían una medida fiable de las cualidades emocionales.

Estos resultados son consistentes con los de otros estudios (véase Pittam y Scherer, 1993, para una revisión reciente). Cuando los juicios de la expresión emocional se basan en indicios vocales, la tristeza y la cólera son las emociones mejor reconocidas, seguidas del miedo y la alegría. El disgusto es el peor reconocido, con niveles sólo un poco superiores al azar. Los resultados también sugieren que los psicoterapeutas y demás profesionales de la salud mental obtienen niveles de precisión más elevados que la población no entrenada, cuando el reconocimiento emocional se basa en indicios vocales.

Indicios multicanal: Las investigaciones sobre reconocimiento emocional basadas en información multicanal han intentado identificar cuál es el canal comunicativo más fiable en términos de indicios emocionales. Estos estudios tienden a presentar el mismo estímulo mediante canales simples y múltiples, comparando la precisión de los jueces en cada modalidad. Un tipo diferente de estudio consiste en presentar información incongruente por diferentes canales para identificar en cuál de ellos se basa primordialmente el observador.

Levitt (1964) empleó secuencias grabadas en vídeo de sujetos que presentaban un texto breve mientras exteriorizaban una emoción determinada mediante su expresión facial y vocal (alegría, sorpresa, miedo, disgusto, cólera, o contrariedad). Tres grupos de sujetos evaluaban la muestra en audio, vídeo, o ambas cosas. Los resultados mostraron que: (a) las emociones se juzgaban con mayor precisión mediante el vídeo que mediante el audio; (b) los juicios basados en la secuencia audiovisual completa eran más precisos que los que se basaban sólo en la información auditiva, pero no mejores que los basados sólo en la visual.

Walbott y Scherer (1986) emplearon cuatro grupos de jueces para evaluar la expresión emocional en cuatro condiciones diferentes: (a) audiovisual, mediante canales auditivos y visuales; (b) vídeo sólo; (c) audio sólo; y (d) audio filtrado. Los jueces eran estudiantes de psicología y ciencias sociales/humanidades. Las puntuaciones se basaban en las representaciones grabadas de seis actores profesionales. Aunque se les permitía crear su propio guión de la situación emocional, a los jueces sólo se les mostraba la frase estándar (e.g., “no puedo creerlo”). La precisión de la decodificación se medía por el número de jueces que acertaban un segmento concreto. La precisión media más elevada entre condiciones experimentales fue la de la cólera (.74), seguida de la tristeza (.56), alegría (.43) y sorpresa (.37). Respecto al canal de comunicación, la precisión de la decodificación fue elevada tanto para el medio audiovisual (.62) como para la de vídeo sólo (.63), pero fue significativamente menor para las condiciones de audio sólo (.47) y audio filtrado (.35). En resumen,

la cólera es la que mejor se reconocía, seguida de la tristeza, mientras que la alegría y la sorpresa se decodificaban con menos precisión. En general, las condiciones de vídeo proporcionaban más precisión en el reconocimiento que las de audio.

Mahrabian y Ferris (1967) llevaron a cabo un estudio similar empleando estímulos discrepantes para discriminar la importancia relativa de los canales auditivo y visual. El estímulo visual era una diapositiva de una mujer que mostraba “agrado”, “desagrado”, o “neutralidad” hacia una persona imaginaria. El estímulo auditivo consistía en la palabra “quizás” en tono de “agrado”, “desagrado”, o “neutralidad” hacia otra persona. Los estímulos auditivos y visuales se combinaban en todas las formas posibles, y se presentaban a un evaluador al que se le pedía que evaluara la actitud de la persona mostrada en la diapositiva hacia la persona imaginaria en una escala “agrado-desagrado”. El análisis de la variancia mostró un efecto principal significativo del rostro, sugiriendo que los evaluadores se basaban en este aspecto una vez y media más que en la información del canal auditivo. Esta tendencia también se comprobó en el estudio de Bugental, Kaswan, y Love (1970) que pidieron a los sujetos que dijeran una frase (que podía ser positiva o negativa) con voz “positiva” mientras mostraban una expresión facial “negativa” y viceversa. Los estímulos se combinaban en todas las formas posibles según los tres canales (contenido verbal, vocal y facial).

Hess, Kappas, y Scherer (1988) emplearon vídeos en lugar de fotografías. Tres de los grupos evaluaron sólo grabaciones en vídeo, audio y una combinación audiovisual de una conversación telefónica en la que veían/oían a uno de los interlocutores. El estímulo de vídeo representaba sólo una expresión positiva o negativa. El de audio presentaba permutaciones de dos cualidades vocales (positiva/negativa) y dos entonaciones (positiva/negativa). El estímulo audiovisual representaba información congruente e incongruente. El objetivo era investigar la importancia relativa de la información de los dos canales de comunicación. Los resultados mostraron que la expresión facial era el factor más importante en la atribución de emociones. El porcentaje de variancia explicado por la expresión facial fue más elevado en la condición audiovisual que cuando se presentaba sólo la expresión facial.

Los resultados de los estudios mencionados tienden a confirmar la idea de que las expresiones faciales no sólo son la fuente más influyente de información no verbal sino la que los sujetos controlan más fácilmente (Ekman y Friesen, 1969; Zuckerman, DePaulo, y Rosenthal, 1981). Sin embargo se ha encontrado que cuando los jueces creen que el sujeto intenta engañarlos, se basan más en el canal auditivo que en los indicios faciales.

SENSIBILIDAD A LA COMUNICACION NO VERBAL

Otra área de investigación conceptualmente relevante para la capacidad de decodificar la expresión emocional es la sensibilidad individual a la comunicación

no verbal. Se han desarrollado varias medidas de diferencias individuales en la capacidad de emplear indicios no verbales. El Perfil de Sensibilidad No Verbal (PSNV; Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers, y Archer, 1979) es quizá la herramienta de evaluación más comprehensiva y la que ha generado más investigación. El PSNV es una grabación de vídeo de 45 minutos compuesta por 220 segmentos auditivos y/o visuales aleatorizados de dos segundos de duración cada uno. La hoja de respuestas presenta dos situaciones de la vida cotidiana. El sujeto ha de determinar cuál de ellos encaja mejor en el segmento observado, a diferencia de las pruebas de reconocimiento de emociones básicas. Los segmentos representan una combinación de diferentes canales no verbales: (a) rostro; (b) cuerpo; (c) rostro y cuerpo; (d) fragmentos de voz; (e) voz con contenido filtrado; (f) rostro más fragmentos de voz; (g) rostro más voz con contenido filtrado; (h) cuerpo más fragmentos de voz; (i) cuerpo más voz con contenido filtrado; (j) rostro y cuerpo más fragmentos de voz; y (k) rostro y cuerpo más voz con contenido filtrado. Cada uno de los once canales no verbales está representado por 20 segmentos. Los veinte escenarios expresan situaciones emocionales o afectivas que varían desde los relativamente sutiles (e.g., expresión de amor maternal) a los más obvios (e.g., amenazar a alguien). Estos segmentos se seleccionaron de forma que la mitad representase emociones positivas y la otra mitad negativas. De forma ortogonal, la mitad representaba estados dominantes y la otra mitad estados de sumisión. La fiabilidad del PSNV es de entre .86 y .92 en cuanto a consistencia interna, con una validez test-retest de .69. De los tres canales no verbales del PSNV, la voz era el que menos contribuía a la precisión, y el cuerpo y el rostro los que más.

El PSNV se administró a más de 200 muestras de sujetos de los Estados Unidos y otros países (cf., Rosenthal, DiMatteo, Rogers, y Archer, 1979). Los resultados mostraron que la voz, el cuerpo y el rostro contribuían a la precisión de las puntuaciones del PSNV en una proporción aproximada de 1:2:4, respectivamente. Las puntuaciones de sensibilidad no verbal correlacionaban positivamente con varias medidas de ajuste. Curiosamente, 22 estudios mostraron que las puntuaciones de los sujetos en el PSNV correlacionaban con la evaluación de la sensibilidad no verbal de los sujetos por parte de conocidos suyos, clientes, cónyuges y supervisores (mediana = .22), pero no con la autoevaluación del sujeto sobre su capacidad de decodificación.

Cuando se contrastaba con el PSNV (Rosentah et al., 1979), los clínicos (precisión media = 81%) eran más precisos que los maestros (78%) y que los ejecutivos (77%), pero menos que los estudiantes de cursos de habilidades de comunicación (84%), actores (84%), y estudiantes de artes visuales (82%). Una muestra de estudiantes y psicólogos profesionales participantes en una reunión de la APA mostró unos resultados globales comparables a otra de estudiantes de secundaria en cuanto a la decodificación de las emociones positivas, pero significativamente mejor (.5) en cuanto a la decodificación de la emoción negativa.

Otro estudio (cf., Rosenthal et al., 1979) contrastó cuatro grupos de psicólogos clínicos canadienses con diferentes niveles de formación profesional (i.e., candidatos a un M.A., estudiantes de doctorado, doctores y profesores del departamento de psicología clínica). La media de estos grupos (80%) fue similar a la de estudios previos. Sin embargo, a medida que se incrementaba el estatus académico, disminuía la media del PSNV ($r = -.93$). Los autores comentan que este resultado sorprendente puede explicarse en función de la menor necesidad de interpretar correctamente los indicios no verbales ajenos a medida que se alcanza un mayor estatus. Cuando aumenta el nivel jerárquico, el clínico puede pasar cada vez menos tiempo dedicado al contacto directo con los pacientes. Desgraciadamente, ningún estudio ha intentado contrastar esta hipótesis.

Las investigaciones de Rosenthal et al. (1979) mostraron una relación positiva entre las medidas de sensibilidad no verbal y la fuerza de la relación terapéutica. Este estudio evaluó la sensibilidad no verbal de consejeros y psicoterapeutas, en formación y profesionales, ante los indicios faciales, corporales, y vocales. En cada muestra había una tendencia a que los individuos mejor evaluados por sus supervisores en cuanto a habilidades y efectividad terapéutica fuesen los más sensibles a la comunicación no verbal, especialmente al movimiento corporal y los indicios posturales de emoción.

VARIABLES QUE AFECTAN A LA PRECISION DEL RECONOCIMIENTO EMOCIONAL

Sexo: Hall (1978, 1984) revisó 75 y 50 estudios independientes respectivamente. En el 80% de ellos las mujeres puntuaban más alto, independientemente del sexo de la persona-estímulo, de la tarea, de la edad del sujeto y de la cultura de origen. En su revisión de 1987, Hall concluye que las mujeres son mejores que los varones en la decodificación de los indicios no verbales, el reconocimiento de rostros y la comunicación de emociones mediante canales no verbales. Aunque estos resultados tienden a ser consistentes, las últimas revisiones metaanalíticas (Hall, 1984) de la investigación empírica sobre diferencias sexuales muestra que el tamaño de dichos efectos es sólo moderado. Algunos autores (Hall, 1987; Shields, 1991) han sugerido que sólo una pequeña proporción de la variancia explicada puede ser atribuida al sexo del sujeto, y que las características del experimento pueden influir sobre los efectos del sexo del sujeto.

Aunque hay evidencia de que las mujeres tienden a ser mejores decodificadoras que los varones, los experimentos bien diseñados muestran una serie de interacciones complejas. Por ejemplo Wagner, MacDonald, y Manstead (1986) en un estudio de reconocimiento de expresiones faciales espontáneas informaban de que los sujetos femeninos las codificaban con mayor precisión que los varones. Ninguno de los dos grupos era más preciso que el otro en la interpretación de las expresiones faciales, pero las observadoras interpretaban mejor las expresiones de las mujeres que las de

los hombres. Roter y Roter (1988), en su estudio de decodificación de expresiones faciales negativas (cólera, disgusto, miedo y tristeza) encontraron que aunque las mujeres eran más precisas que los hombres, en general éstos eran más precisos en la decodificación de la cólera masculina.

Formación y experiencia: Si concebimos la capacidad de identificar correctamente las emociones como una habilidad clínica, sería de esperar que dependiese de la formación y experiencia del terapeuta. Desgraciadamente, por lo que nos consta, hay pocos estudios al respecto y no queda claro si las habilidades del terapeuta están relacionadas con su formación y experiencia previas. En realidad, cuando se considera el resultado de la formación y la experiencia en otras dimensiones de las habilidades terapéuticas, los resultados no siempre son claros. La investigación sobre el impacto de la formación y experiencia del terapeuta sobre el resultado de la terapia arrojan resultados contradictorios (Beutler, Machado, y Neufeldt, 1993). Sin embargo, analizando variables próximas al reconocimiento emocional, Mallinckrodt y Nelson (1991) demostraron que la experiencia del terapeuta estaba relacionada con la calidad de la alianza terapéutica.

La investigación sobre la comunicación no verbal (Rosenthal et al., 1979), tampoco pudo demostrar una relación positiva entre la cantidad de formación y la habilidad general de decodificación de mensajes no verbales. Aunque no hay evidencia empírica del impacto de la formación sobre la capacidad de evaluar las emociones, algunos autores han partido de esa base. Según Greenberg y Safran (1987) el proceso de observación, modelado y supervisión facilita la transmisión del conocimiento tácito y las habilidades implicadas en evaluar y reconocer las cualidades emocionales de los clientes. Estos autores defienden la postura de que mediante este proceso se aprende a discriminar los complejos patrones de la experiencia emocional humana. Esta capacidad de discriminar, que suele equipararse a la sensibilidad clínica, es en realidad la capacidad de sentir y percibir, a veces de forma tácita, los sutiles indicios presentes en la voz, los gestos, el uso de las palabras, el contexto y el contenido de la interacción.

Sin embargo un estudio reciente (Machado, 1993) mostró una relación positiva entre la formación como terapeuta y la capacidad de reconocer adecuadamente las emociones en un contexto psicoterapéutico. Cuando se pidió a un grupo de terapeutas experimentados y uno de estudiantes que evaluaran segmentos de una sesión real de psicoterapia, las evaluaciones de los terapeutas estuvieron más de acuerdo con las de los expertos que las de los estudiantes.

VISIÓN GENERAL Y CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

Los resultados de estos estudios permiten algunas generalizaciones sobre nuestros conocimientos actuales en el área de la expresión y el reconocimiento emocional. Primero, la experiencia emocional se codifica mediante canales verbales y no verbales. Hay un amplio consenso en cuanto a la existencia de indicios no

verbales para diferentes emociones, tanto mediante comunicación no verbal como mediante características vocales. Es más, estos indicios de comunicación no verbal son identificables por los demás. La investigación revisada hasta el momento destaca la importancia de la comunicación no verbal en el proceso de la interacción humana. Se ha estimado que entre un 65% y un 85% de la comunicación en grupos tiene lugar mediante conductas no verbales (cf., Burgoon y Ruffner, 1978), haciendo que estos procesos tengan un claro impacto en la psicoterapia.

Sin embargo, la mayoría de estudios en este área incorpora características metodológicas que limitan la generalización de los resultados y su aplicabilidad al campo de la psicoterapia y el *counselling*. Por ejemplo, los estudios de expresiones faciales de la emoción suelen reunir una o varias de estas limitaciones: (a) empleo de expresiones faciales fingidas en lugar de espontáneas, (b) empleo de muestras fijas en lugar de dinámicas, (c) empleo de categorías afectivas generales en lugar de emociones específicas, y (d) evaluación de la precisión en la identificación de la clase del estímulo en lugar de la emoción (cf., Wagner, MacDonald, y Manstead, 1986). Comentando el estatus de los conocimientos actuales de la relación entre expresión facial y emoción, Ekman (1993) destaca que “no sabemos nada sobre el tipo de información que la gente deriva a partir de la expresión emocional cuando la ven *in situ*, acompañada de habla, gestos, y conductas posturales (...) Los estudios que determinan la información que obtienen los observadores a partir de las expresiones fuera de contexto—desencarnadas—responden a la pregunta de qué *puede* señalar la cara, no a la de qué *señala* habitualmente” (p. 387).

Los estudios en el área del reconocimiento emocional derivados de los indicios vocales tienen limitaciones similares. Muchos de ellos (véase Scherer, 1986, para una revisión) emplean actores como sujetos-estímulo. Este método es poco fiable porque los sujetos: (a) suelen repetir el mismo texto normalizado con diferentes significados emocionales; y, (b) sólo disponen de una etiqueta para describir el estado emocional que se les pide que simulen (Wallbott y Scherer, 1986). Por ejemplo, se les dice que lean algo como si estuviesen encolerizados. Este procedimiento deja abierta la opción de qué tipo de cólera representará el actor, cosa que puede influir sobre los resultados porque, por ejemplo, la cólera “caliente” y “fría” tienen diferentes características vocales (Pittam y Scherer, 1993).

Además de estas limitaciones, Wallbott y Scherer (1986) demostraron que la forma en que el actor codifica determinadas emociones influye sobre la precisión con la que se identifica. Estos resultados sugieren que los estudios basados en un sólo actor puede derivar en artefactos en términos del reconocimiento emocional. Por ejemplo, un estudio que demuestra que una emoción es más fácil de reconocer que otra puede ser consecuencia de diferencias en la habilidad de codificación del actor concreto y puede cambiar si se emplea otro.

Según Scherer (1986) uno de los problemas de la investigación sobre reconocimiento emocional es que ha sido virtualmente imposible estudiar los procesos

emocionales en contextos naturales o inducir experimentalmente estados emocionales en el laboratorio. Sólo unas pocas emociones seleccionadas han podido ser estudiadas de esta forma, y normalmente son de escasa intensidad. No es sorprendente que en los estudios que emplean expresiones vocales de la emoción los actores exageren los indicios más potentes, especialmente los relacionados con el *arousal*, pero pasen por alto los indicios más sutiles que diferencian emociones discretas en su expresión natural. Incluso los resultados que demuestran que diferentes actores poseen diferentes habilidades de codificación resultarían menos determinantes si el actor estuviese expresando una emoción en lugar de representándola. La pregunta es si hemos estado estudiando expresiones emocionales o sólo estereotipos afectivos tal como los expresan los actores y espectadores de nuestra sociedad.

La mayoría de enfoques psicoterapéuticos animan al cliente a explorar sus experiencias emocionales, especialmente mediante el proceso de hablar de ellas. Las psicoterapias basadas en la emoción (e.g., Daldrup et al., 1988; Greenberg et al., 1993), sin embargo, destacan el valor de la expresión emocional. Se anima a los clientes a sentir y expresar libremente sus emociones en un entorno seguro y de apoyo. Se puede considerar que la expresión emocional de los clientes en tales entornos terapéuticos es genuina y no fingida, constituyendo el laboratorio perfecto para estudiar la expresión emocional. Además, los estudios empíricos que utilizan las sesiones terapéuticas como estímulos (e.g., Machado, 1993; Mohr, Shoham-Salomon, Engle, y Beutler, 1991) han aportado información relevante sobre el reconocimiento y la expresión emocional en psicoterapia, destacando el valor de este tipo de investigación.

Existe un consenso creciente respecto a la importancia de las emociones en psicoterapia y en los procesos de experiencia y cambio humanos. Aunque los diferentes enfoques psicoterapéuticos adscriben roles diferentes a los procesos emocionales, todos enfatizan su importancia relativa. La capacidad de los terapeutas para identificar acertadamente los estados emocionales de sus clientes se concibe como una habilidad clínica importante. Sin embargo, poco sabemos de cómo afecta la formación terapéutica a esa habilidad. Este artículo revisa la literatura relevante sobre el reconocimiento emocional y discute algunas de sus implicaciones para el área de la psicoterapia y la psicología clínica.

Traducción: Luis Botella

Referencias bibliográficas

- ALEXANDER, F. & FRENCH, T. (1964). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald.
- BARRET-LENNARD, G. T. (1964). *The relationship inventory form OS-64*. Unpublished manuscript, University of New England, Armidale, Australia.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A. T., & WEISHAAR, M. (1989). Cognitive Therapy. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- BEUTLER, L.E., & GUEST, P.D. (1989). The role of cognitive change in psychotherapy. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 123-142). New York: Plenum Press.
- BEUTLER, L.E., MACHADO, P.P.P., & NEUFELDT, S. (1993). Therapist variables. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- BURGENTAL, D.E., KASWAN, J.W. & LOVE, L.R. (1970). Perception of contradictory meanings conveyed by verbal and nonverbal channels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 647-655.
- BURGOON, M. & RUFFNER, M. (1978). *Human communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- BUTLER, S.F. & STRUPP, H.H. (1991). The role of affect in time-limited dynamic psychotherapy. In J.D. Safran & L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion Psychotherapy and change* (pp. 83-112). New York: Guilford.
- CAMBELL, R.J. (1971). The development and validation of a scale to measure affective sensitivity (empathy). *Journal Counseling Psychology*, 18, 407-412.
- CAMRAS, L.A., HOLLAND, E.A. & PATTERSON, M.J. (1993). Facial expression. In M. Lewis & J.m. Haviland (eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 199-208). New York: Guilford Press.
- DALDRUP, R.J., BEUTLER, L.E., ENGLE, D. & GREENBERG, L.S. (1988). *Focused expressive therapy*. New York: Guilford Press.
- DARWIN, C. (1872). *Expression of emotion in man and animals*. (Reimprimido University of Chicago Press, Chicago, 1965). London: John Murray.
- EISENBERG, N. & LENNON, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94, 10-131.
- EKMAN, P. (1976). *Pictures of facial affect*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- EKMAN, P. (1984). Expression and the nature of emotions. In K. Scerer & P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp.319-344). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- EKMAN, P. (1992). Facial expressions of emotion: new findings, new questions. *Psychological Science*, 3, 34-38.
- EKMAN, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- EKMAN, P. FRIESEN, W.V. (1969). Nonverbal leakage clues to deception. *Psychiatry*, 32, 88-106.
- EKMAN, P. & FRIESEN, W.V. (1974). Detecting deception from the body or face. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 288-298.
- EKMAN, P. & FRIESEN, W.V. (1978). *Facial action coding system: A technique for the measurement of facial movement*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- FREUD, S. (1895). *Studies on hysteria* (ed. standard, Vol. 2). London: Hogarth.
- FREUD, S. (1910). *Five lectures on psychoanalysis* (ed. standard, Vol. 2). London: Hogarth.
- FREUD, S. (1959). Fragments of an analysis of a case of hysteria (1905). *Collected papers* Vol. 3. New York: Basic Books.
- FRIEDLUND, A.J. (1991). Evolution and facial action in reflex, social motive, and paralanguage. *Biological Psychology*, 32, 1-96.
- GOFFMAN, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday.
- GOLDBECK, T., TOLKMITT, F. & SCHERER, K.R. (1988). Experimental studies on vocal affect communication. In K.R. Scherer (Ed.), *Facets of emotion: Recent research* (pp. 119-137). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- GONÇALVES, O. & MACHADO, P. (1989). Cognitive therapies and psychological development: An introduction. In O. Gonçalves (Ed.), *Advances in cognitive therapies: The constructive-developmental approach*. Porto: APPORT.
- GREENBERG, L.S., RICE, L. & ELLIOT, R. (1993). *Facilitating emotional change*. New York: Guilford.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19-29.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.

- GUIDANO, V.F. (1990). *The self in process*. New York: Guilford Press.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive process and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- HAGGARD, E.A. & ISAACS, K.S. (1965). Micromomentary facial expressions as indicators of ego mechanisms in psychotherapy. In L.A. Gottschalk, A.H. Auerbach (Eds), *Methods of research in psychotherapy*. New York: Appleton.
- HALL, J.A. (1978). Gender effects in decoding nonverbal cues. *Psychological Bulletin*, 85, 845-857.
- HALL, J.A. (1984). *Nonverbal sex differences: Communication accuracy and expressive style*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- HALL, J.A. (1987). On explaining gender differences: The case of nonverbal communication. In Schaver & Hendrick (Eds.), *Review of Personality and Social Psychology* (pp. 177-200). Beverly Hills, CA: Sage.
- HARMAN, J.I. (1986). Relations among components of the empathic process. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 371-376.
- HESS, U., KAPPAS, A. & SCHERER, K.R. (1988). Multichannel communication of emotion: Synthetic signal production. In K.R. Scherer (Ed.), *Facets of emotion: Recent research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- HILL, C.E. & O'GRADY, K.E. (1985). A list of therapist intentions: illustrated in a single case with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, 3-22.
- IZARD, C. (1977). *The face of emotion*. New York: Appleton.
- IZARD, C.E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum.
- JOHNSON, W.F., EMDE, R.N., SCHERER, K.R. & KLINNERT, M.D. (1986). Recognition of emotion from vocal cues. *Archives of General Psychiatry*, 43, 280-283.
- KIROUAC, G. & DORE, F.Y. (1985). Accuracy of judgement of facial expression of emotions as a function of sex and level of education. *Journal of Nonverbal Behavior*, 9, 3-7.
- LEVITT, E.A. (1964). The relationship between abilities to express emotional meanings vocally and facially. In J.R. Davitz (Ed.), *The communication of emotional meaning* (pp. 87-100). New York: McGraw-Hill.
- LUBORSKY, L. & CRITS-CRISTOPH, P. (1990). *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.
- MACHADO, P.P.P. (1993). *Therapist training and emotional awareness in the recognition of emotions in psychotherapy*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Santa Barbara.
- MAHONEY, M.J. (1987). The cognitive sciences in psychotherapy: Patterns in a developmental relationship. In K. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 357-386). New York: Guilford Press.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- MALLINCKRODT, B. & NELSON, M.L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 133-138.
- MEHRABIAN, A. & FERRIS, S.R. (1967). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 248-252.
- MESQUITA, B. & FRIDJA, N. (1992). Cultural variations in emotions: A review. *Psychological Bulletin*, 112, 179-204.
- MOHR, D.C., SHOHAM-SALOMON, V., ENGLE, D. & BEUTLER, L.E. (1991). The expression of anger in psychotherapy for depression: Its role and measurement. *Psychotherapy Research*, 1, 124-134.
- MORGADO, I.A., CANGEMI, J.P., MILLER, R. & O'CONNOR, J. (1991). Accuracy of decoding facial expressions in those engaged in people oriented activities vs. those engaged in non-people oriented activities. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of psychology*, 26, 63-70.
- ORLINSKY, D.E. & HOWARD, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley.
- PITTAM, J. & SCHERER, K.R. (1993). Vocal expression and communication of emotion. In M. Lewis & J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 185-197). New York: Guilford Press.
- READ, C., BUDER, E.H. & KENT, R.D. (1990). Speech analysis: A survey. *Journal of Speech and Hearing Research*, 33, 363-374.
- READ, C., BUDER, E.H. & KENT, R.D. (1990). Speech analysis system. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 314-332.
- ROSENTHAL, R., HALL, J., DiMATTEO, M.R., ROGERS, P.L. & ARCEHR, D. (1979). *Sensitivity to nonverbal communication: The PONS test*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- ROTER, N.G. & ROTHER, G.S. (1988). Sex differences in the encoding and decoding of negative facial emotions. *Journal of Nonverbal Behavior*, 12, 139-148.
- SAFRAN, J.D. & SEGAL, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

- SCHERER, K.R. (1981). Vocal indicators of stress. In J.K. Darby (Eds.), *Speech evaluation in psychiatry* (pp. 171-187). New York: Grune & Stratton.
- SCHERER, K.R. (1986). Vocal affect expression: A review and a model for future research. *Psychological Bulletin*, 99, 143-165.
- SCHERER, K.R. (1989). Vocal measurement of emotion. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience. The measurement of emotions* (pp. 233-259). New York: Academic Press.
- SCERER, K.R., BANSE, R., WALLBOTT, H.G. & GOLDBECK, T. (1991). Vocal cues in emotion encoding and decoding. *Motivation and Emotions*, 15, 123-148.
- SHIELDS, S.A. (1991). Gender in the psychology of emotions: A selective research review. In K.T. Strongman (Eds.), *International Review of Studies on Emotion* (pp. 228-245). New York: John Wiley.
- STRUPP, H.H. & BINDER, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- TASSINARY, L.G. & CACIOPPO, J.T. (1992). Unobservable facial actions. *Psychological Science*, 3, 28-33.
- WAGER, H.L., MacDONALD, C.J. & MASTHEAD, S.R. (1986). Communication of individual emotions by spontaneous facial expressions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 737-743.
- WALBOTT, H.G. & SCERER, K. (1986). Cues and channels in emotion recognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 690-699.
- ZUCKERMAN, M., DePAULO, B.M. & ROSENTHAL, R. (1981). Verbal and nonverbal communication of deception. *Advances in Experimental Social Psychology*, 14, 1-59.

IX CONFERENCIA ANUAL DE LA SEPI

NUEVA YORK, 23-25 ABRIL 1993

Carlos Mirapeix

Centro de Psiquiatría y Psicología Clínica de Santander

En Abril de este año, tuvimos la ocasión un grupo de españoles de asistir a la IX Conferencia de la SEPI, en un entorno privilegiado como era el Hotel Saint Moritz. Situado al Sur del Central Park, entre la quinta y la sexta avenida, en el corazón de Manhattan. Tiene unas vistas desde el ático sobre el parque, que hacían de marco, un sitio incomparable para tener un encuentro como el que el programa presagiaba.

Fueron tres días intensos, cargados de contenido, y pasar una revisión a lo mucho que allí escuchamos iba a resultar demasiado extenso. Los abstracts de los trabajos presentados en la conferencia, han sido publicados recientemente en el último número de Junio de 1993 del *Journal of Psychotherapy Integration*. Los interesados en conocer la totalidad de los temas tratados pueden acudir a la citada referencia. En mi caso voy a realizar un resumen de aquellas ponencias a las que pude asistir y que me parecen dignas de mención, desde mi opinión más subjetiva.

Antes de comentar el contenido de la conferencia, creo obligado hacer referencia a una anécdota significativa del Congreso. Y me refiero a la apertura del mismo, que tuvo lugar con un cocktail que ofrecieron el matrimonio Wessler (Richard y Sheena Hankin), en el Cognitive Psychotherapy Services, en un lateral del Central Park, un chalet antiguo, precioso desde el punto de vista arquitectónico y con una decoración interior, que más que un Centro de Psicoterapia, parecía un museo. Allí nos ofrecieron, los Wessler, un Cocktail de bienvenida que desde aquí quiero agradecerles, por el trato maravilloso que nos dispensaron a todos los asistentes y por lo inolvidable de la experiencia, de verse inmerso en una escena propia de una película -un cocktail privado en el corazón de Nueva York-.

Entrando en materia, la conferencia resultaba tremendamente atrayente; el título de la misma “Demostraciones de modelos Integradores de Psicoterapia”, aventuraba un contenido apasionante especialmente teniendo en cuenta que íbamos a tener la ocasión de poder visualizar una serie de sesiones de Psicoterapia en vivo, recogidas en un videotape y llevadas a cabo por psicoterapeutas de reconocido prestigio, que en vez de contarnos lo que hacían con sus pacientes nos lo iban a dejar ver. Hablaremos de ello luego.

La organización resultó correcta, se cumplieron los horarios, los lugares

estaban adecuadamente señalados, y el Chairman de la conferencia, John Norcross, cumplió su papel como mejor pudo, no sin cierto agobio.

La conferencia comenzó con un debate que se prometía agrio. Stephen Mitchel psicoanalista didacta del Instituto Williamson Allanson White y Neil Jacobson presidente de la Sociedad Americana de Terapia conductual, iniciaban las presentaciones. En este caso actuó como moderador y comentarista, Paul Wachtel. Nadie mejor que él podía mediar y sintetizar, discursos que aparentemente iban a ser tan divergentes. Pues las cosas no fueron así, y que duda cabe, un foro como la SEPI, lo que invita es al diálogo, a la síntesis y no al enfrentamiento. Esta fue la tónica del primer debate y el clima que se respiró en toda la conferencia. Resultaba reconfortante ver a Terapeutas de tanto prestigio y con una visión tan diferente de la Patología mental y de la terapia, dialogar y esforzarse en encontrar puntos en común.

Uno de los primeros trabajos fue el que conjuntamente presentaron Bob Niemeyer y el Presidente de SEIP España, Guillem Feixas, “constructivismo e integración en psicoterapia: contribuciones clínicas y conceptuales”. En primer lugar decir, que resulta estimulante ver a un catalán y español, presentar un trabajo por aquellos pagos, con video demostrativo incluido. Dando a su vez un adecuado soporte epistemológico a una concepción integradora de la psicoterapia.

Hubo un symposium que resultó apasionante: “Interpretación de viñetas de psicoterapia, desde la perspectiva conductual radical, psicoanalítica y experiencial”. Participaron en ella, Robert Kohlenberg, Stanley Messer y Jeremy Safran. La posición de Messer resultaba la más conocida, lleva en ella muchos años. Pero las aportaciones de los otros participantes resultaron novedosas. El giro que desde hace años viene dando Safran, se puso de manifiesto una vez más. De su formación cognitiva inicial, no cabe duda que le hizo mella, la compañía de alguien tan carismático como Leslie Greenberg. Sus desarrollos actuales, están plagados de una minuciosa toma en consideración de la relación terapéutica, de la forma de relación que el cliente establece con el terapeuta, y de las emociones que se suscitan en ambos. Por lo que, a mi al menos me resultó sorprendente fue la presentación de Robert Kohlenberg. No podía dar crédito a lo que estaba oyendo, le preguntaba a mi amigo Bernie Beitman, ¿oye, este hombre es realmente conductista?, aquello que decía era la primera vez que lo oía, y además contado con la brillantez que lo hacía. Planteaba asuntos como que, la relación que el paciente establece con el terapeuta, es el mejor marco para el aprendizaje de nuevas conductas, y que era en esta relación donde se produce la mayor posibilidad de cambio conductual. Si le cambiamos un poco el lenguaje utilizado y hacemos unos mínimos ajustes, podría ser suscrito por cualquier psicoanalista. Y es que vuelvo una vez más a lo que planteaba antes, para poder entenderse, a pesar de ser de escuelas diferentes, lo único que hay que hacer es querer.

Pero volvamos a los videos. Entre los videos que tuvimos ocasión de ver

estaban los de: Paul Wachtel, Arnold Lazarus, Iris Fodor y Leslie Greenberg. La experiencia en absoluto defraudó, la única queja posible fue la simultaneidad de los videos, obligaba a escoger 2 de los 4 videos presentados. En mi caso me decidí por asistir a las presentaciones de Paul Wachtel y a la de Arnold Lazarus, representativos ambos de una línea de integracionismo teórico del primero, y de un eclecticismo técnico el segundo. Resultó alentador ver como muchos de los psicoterapeutas que trabajan con modelos integradores, a la hora de verles trabajar su práctica terapéutica se parece mucho (el año pasado se publicó en la Revista *Psychotherapy* un artículo sobre el tema: Beck, Meichenbaum y Strupp: A comparison of the three Therapies on the dimension of Therapists Feedback, Goldsamt, LL.A. & Goldfried, M.R. *Psychotherapy*, 1992, 29, 167-176). Cabría resaltar el gran cuidado que mantenían establecer, cuidar y mantener una relación empática, calurosa y de soporte con los pacientes. Teníamos ocasión de ver en vivo, como el cuidado por el establecimiento de una adecuada relación terapéutica, resultaba un factor común presente en dos modelos muy distintos de concebir y practicar la psicoterapia. Pero a pesar de similitudes, si que se evidenciaban diferencias técnicas importantes. De una actitud menos directiva, más inquisitiva y favorecedora de la participación del paciente, llevada a cabo por Paul Wachtel con su modelo de Psicodinámica cíclica, en el que se dejaba entrever su sólida formación Psicoanalítica previa. Al modelo, mucho más estructurado y técnico de Arnold Lazarus, dirigido fundamentalmente a la modificación de patrones de conducta desadaptados en sus áreas “básicas”.

No todo lo que se presentó interesante. El grupo de Safran, de la Universidad de Adelphi, presentaron un trabajo que no había por donde cogerlo (algo que me extrañó, estando Safran por medio). Presentaron un trabajo en el que planteaban las dificultades de entrenar a candidatos en dos sistemas de psicoterapia de manera simultánea y las experiencias de los terapeutas y supervisores, tras tratar a los pacientes del proyecto. Primero trataron a los pacientes con 6 sesiones de un modelo de psicoterapia y a continuación, sin comentarle el cambio al paciente, con otras 6 sesiones de otro modelo de psicoterapia diferente. Para ello nos presentaron unos videos de diferentes terapeutas del proyecto, utilizando los dos modelos de psicoterapia mencionados. En fin un desastre, me pareció una falta de respeto a los pacientes, y resultó expresivo de cómo las necesidades metodológicas en la investigación psicoterapéutica, pueden llevar a cometer planteamientos de dudosa ética. Dejo mis críticas aquí, porque cosas quedarían por decir resultarían demasiado ácidas.

Un trabajo que me pareció especialmente brillante, fue el presentado por Bernie Beitman y Jim Prochaska. Titulaban su symposium: “Los estadios de cambio como predictor de pronóstico, en psicofarmacoterapia, psicoterapia y terapia conductual”. Planteaban como el cuestionario desarrollado por Prochaska, de los estadios de cambio (siguiendo sus planteamientos de psicoterapia transteorética), detectaba adecuadamente la fase de cambio en la que se encontraba

el paciente. Según los autores, esta era la única medida que predecía los drop-outs y que permitía planificar la psicoterapia, teniendo en cuenta estos estadios.

Otros hispano-hablantes que estaban en la conferencia, eran los del grupo de Héctor Fernández Alvarez, del Centro de Aigle de Buenos Aires. Presentaron varios trabajos en los que daban cuenta de la potencia del grupo Argentino, por la calidad de los mismos. Resulta llamativo que un país tomado por el Psicoanálisis, éste desarrollándose con tanta fuerza una línea integradora (esperemos que no tarde mucho en suceder esto en nuestro país). Tan es así, que la próxima conferencia, la décima, tendrá lugar el próximo año en Buenos Aires (los interesados contactar con Guillem Feixas, coordinador de la zona Europea).

Terminada la conferencia con una mesa redonda sobre “Cómo la integración en psicoterapia, puede mejorar los tratamientos”. Participaron en ella terapeutas muy significados en esta línea psicoterapéutica, entre ellos: Beitman, Beutler, Goldfried, Norcross, Glass, y Arnkoff entre otros. Plantearon la necesidad de salir de los planteamientos generales y de las declaraciones de principios, y desarrollar estrategias integradoras que resulten más efectivas.

En definitiva una conferencia sumamente interesante además de por los contenidos, por la posibilidad de compartir los ratos libres entre las ponencias, con autores de renombre internacional -alguno de ellos pasarán a la historia de la psicoterapia- con los que se mantenía una relación inusualmente cercana y cordial.

INDICE GENERAL AÑO 1993

Nº 13 DEPRESIÓN

ESTADOS DE ANIMO:

POLARIDADES BASICAS Y RELACIONES CON EL TRASTORNO DEPRESIVO

Ignacio Preciado

PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA DEL REALISMO DEPRESIVO:

IMPLICACIONES PARA LA TEORIA Y TERAPIA COGNITIVAS.

David A. H. Haaga y Aaron T. Beck

EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION Y EL PROCESO DEL CAMBIO AFECTIVO

Jeremy D. Safran, Leslie S. Greenberg

COMPRESION Y TRATAMIENTO DEL SINDROME DEPRESIVO

DESDE LA PERSPECTIVA SISTEMICA

Gaspere Vella, Camillo Lorio

SOBRE LA ELABORACION DEL DUELO EN TERAPIA FAMILIAR

Alberto Espina, Josu Gago, Mª Mar Perez.

RESULTADOS DE UNA PSICOTERAPIA EXISTENCIAL-HUMANISTA:

UN TRIBUTO A ROLLO MAY

James F. T. Bugental

Nº 14/15 TERAPIA EVOLUTIVA

COUNSELING Y PSICOTERAPIA DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVA

James E. Marcia

UN ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA-EVOLUTIVO DE LA TERAPIA COGNITIVA

Hugh Rosen

LA ENTREVISTA EVOLUTIVA

Manuel Villegas Besora

LA TERAPIA COGNITIVA

DESDE UNA PERSPECTIVA EVOLUTIVO-CONSTRUCTIVISTA

Vittorio F. Guidano

PSICOPATOLOGIA EVOLUTIVA DE LAS SIGNIFICACIONES INDIVIDUALES

Luis Joyce-Moniz

INTERVENCION EN REDES SOCIALES DE ADICTOS

José Navarro Góngora

LOS MODELOS TEÓRICOS, LOS TRATAMIENTOS Y LAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN EN LA ASISTENCIA PÚBLICA EN SALUD MENTAL:

INFORME SOBRE UNA ENCUESTA REALIZADA A LOS C.A.P. Y C.A.P.I.P. DE CATALUNYA

Mercè Mitjavila, Mª Teresa Miró y Jordi Bachs.

Nº 16 EMOCIONES EN PSICOTERAPIA

LA INTEGRACION DE LA EMOCION EN PSICOTERAPIA

Leslie S. Greenberg y Lorne Korman

NIVELES DE CONCIENCIA EMOCIONAL:

IMPLICACIONES PARA LA INTEGRACION EN PSICOTERAPIA

Richard D. Lane y Gary E. Schwartz

EMOCIONES Y CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO:

IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA CONCEPCIÓN CONSTRUCTIVISTA DE LOS PROCESOS EMOCIONALES

Luis Botella

EMOCIONES, MOTIVACIONES Y COGNICIONES EN EL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA COGNITIVA:

INTERSECCION ENTRE COGNITIVISMO Y EPISTEMOLOGIA EVOLUCIONISTA

Giovanni Liotti

LAS EMOCIONES DEL TERAPEUTA

Laura Fruggeri

LAS MARCAS DE LA EMOCION EN EL DISCURSO

Joan Obiols, Encarna Laguna, Agnès Vayreda, Ana M^a Fernández, Valeria Salcioli.

RECONOCIMIENTO EMOCIONAL EN PSICOTERAPIA

Paulo P.P. Machado

IX CONFERENCIA ANUAL DE LA SEPI. NUEVA YORK, 23-25 ABRIL 1993

Carlos Mirapeix

REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097
08080 BARCELONA
Tel.: (93) 321 7532**

Gestión y Administración:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.
c./ de l'Art, 81
08026 BARCELONA
Tel.: (93) 435 2311**