

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

TRABAJO CON IMÁGENES Y FANTASÍA EN
PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen 26 - julio 2015



101



Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 26, Número 101, Julio, 2015 – Print ISSN: 1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

<http://revistadepsicoterapia.com>

Precio de este ejemplar: 25 euros

Esta revista nació con el nombre de *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* en 1981 (Época I). A partir de 1990, pasó a llamarse *Revista de Psicoterapia (Época II)*. Actualmente es una revista cuatrimestral. Publica desde un enfoque predominantemente integrador, artículos originales e inéditos de investigación, de revisión, contribuciones teóricas o metodológicas de los ámbitos clínicos y psicoterapéuticos.

Directores anteriores:
Andrés Senlle Szodo (1981-1984),
Lluís Casado Esquius (1984-1987),
Ramón Rosal Cortés (1987-1989),
Manuel Villegas Besora (1990-2013).

DIRECTOR / EDITOR IN CHIEF

Luis Ángel Saúl

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico. Psicoterapeuta. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), España

COORDINACIÓN EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATION

Lluís Botella García del Cid

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Adrián Montesano

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, Psicoterapeuta. Universidad de Barcelona, Barcelona, España

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Lluís Casado Esquius

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta, Co-directora del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Mar Gómez Masana

Psicóloga Clínica. Psicoterapeuta, Barcelona, España

José Luis Martorell Ypiéns

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico, psicoterapeuta, UNED, Madrid, España

Úrsula Oberst

Doctora en Psicología. Psicoterapeuta. FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Leonor Pantinat Giné

Médico Psiquiatría, Psicóloga, Psicoterapeuta, Barcelona, España

Ramón Rosal Cortés

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Co-director del Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista de Barcelona, España

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología. Psicoterapeuta, Universidad de Barcelona, España

CONSEJO EDITORIAL / EDITORIAL ADVISORY BOARD

Pedro Javier Amor, UNED, Madrid, España

Alejandro Ávila Espada, Universidad Complutense de Madrid, España

Rosa María Baños Rivera, Universidad de Valencia, Valencia, España

Cristina Botella Arbona, Universidad Jaume I de Castellón, España

Isabel Caro Gabalda, Universidad de Valencia, España

Ciro Caro García, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Miguel Ángel Carrasco Ortiz, UNED, Madrid, España

Paula Contreras Garay, Universidad Católica del Norte, Chile

Sergi Corbella Santoma, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Guillem Feixas I Viaplana, Universidad de Barcelona, España

Héctor Fernández Álvarez, Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Jesús García Martínez, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Elena Gismero González, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Gloria Margarita Gurrota Peña, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México

Olga Herrero Esquerdo, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Rafael Jodar Anchia, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Esteban Laso Ortíz, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, Jalisco, México

Juan Luis Linares, Escuela de Terapia Familiar Sistémica, Barcelona, España

Giovanni Liotti, ARPAS, Roma, Italia

Maria de los Angeles López González, IUED, UNED, Madrid, España

Francesco Mancini, Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, Italia

Carlos Mirapeix Costas, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, Santander, España

Maria Teresa Miró Barrachina, Universidad de la Laguna, España

Manuel Guadalupe Muñoz García, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México

Joseph Knobel Freud, Delegado de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas en la EAP, España

Guillermo Larraz Geijo, Institut Balear de Salut Mental de la Infancia i l'Adolescència, Palma de Mallorca, España

José Luis Lledó Sandoval, Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, Madrid, España

José Navarro Góngora, Universidad de Salamanca, España

Robert Neimeyer, University of Memphis, Estados Unidos de América

Antonio Nuñez Partido, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España

Iñigo Ochoa de Alda, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España

Antón Del Olmo Gamero, Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), España

Luigi Onnis, Università La Sapienza, Roma, Italia

Meritxell Pacheco Pérez, FPCEE Blanquerna, Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Laura Quintanilla Cobian, UNED, Madrid, España

Álvaro Quiñones, Grupo de Investigación en Psicoterapia, Chile

Eugénia Ribeiro, Universidade do Minho, Braga, Portugal

Beatriz Rodríguez Vega, Hospital la Paz, Madrid, España

Begoña Rojí Menchaca, UNED, Madrid, España

M^a Angeles Ruiz Fernández, UNED, Madrid, España

João Salgado, Instituto Universitário da Maia, Maia, Portugal

Ángeles Sánchez Elvira, UNED, Madrid, España

Sandra Sassaroli, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Milán, Italia

Antonio Semerari, III Centro Terapia Cognitiva, Roma, Italia

Valeria Ugazio, Universidad de Bergamo, Italia

David Winter, University of Hertfordshire, Reino Unido

INDEXACIÓN DE LA REVISTA DE PSICOTERAPIA

Bibliográficas: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.

De evaluación de la calidad de revistas: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.

Para la identificación de revistas: ISSN, Ulrich's.

Catálogos de bibliotecas: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCPP (MECyD), WORLDCAT (USA).

Repositorios: Recolecta.

© Edita:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, S.L.

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Impresión: OFFSET INFANTA, Barcelona, Tlf: 93 337 1584

Deposito Legal: B. 26.892/1981

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

La *Revista de Psicoterapia* publica artículos originales e inéditos de carácter científico que engloban una amplia variedad de trabajos relevantes de investigación, de revisión, contribuciones teóricas/metodológicas o estudios de casos del campo clínico y psicoterapéutico.

Los manuscritos se enviarán en un único documento, en formatos ".doc" o ".docx" a través de la aplicación OJS (Open Journal System) en la web de la revista: <http://revistadepsicoterapia.com>. Podrán enviarse manuscritos escritos en español o en inglés.

Los artículos estarán escritos a **doble espacio** en **Times New Roman, 12 puntos**. La extensión máxima de los artículos será de **7000 palabras** (incluyendo título, resumen, referencias y tablas, figuras y apéndices si los hubiera). La numeración de las páginas se ubicará en la parte superior derecha.

En la **primera página** debe incluirse el **título** (se aconseja no exceder de 12 palabras) que ha de estar centrado y escrito con *Letra Inicial Mayúscula de cada Palabra Importante*; **nombre y apellidos** de todos los autores e **institución a la que pertenecen**; además debe recogerse la **afiliación** de los mismos, incluyendo correo electrónico, teléfono y dirección para correspondencia.

En la **segunda página** se escribirá el **título**, el **resumen** y las **palabras clave** tanto en inglés como en español. El **resumen** (entre 150-250 palabras) debe reflejar el objetivo y contenido del manuscrito y se presentará sin sangrado y alineado a la izquierda. Las **palabras clave** (entre 4 y 6) se escribirán separadas por comas.

La **tercera página** comenzará de nuevo con el **título** del artículo y continuará con la **introducción** del manuscrito.

Para la redacción del manuscrito se seguirán las normas de publicación recogidas en sexta edición de la APA (2009) y que se resumen en las siguientes consignas:

CITAS: Las **citas textuales o directas** (incluyen exactamente lo dicho por el autor) siguen la siguiente fórmula: **Apellido** del autor, **Año**, **número de página** de la que se ha extraído la cita. Si la cita es *menor de 40 palabras*, se inserta el texto entre **comillas dobles**; si el número de palabras es de *40 palabras o más*, la cita comienza en **bloque**, en un **renglón separado**, con indizado de **5 espacios sin comillas**. Las **citas indirectas o no textuales** (paráfrasis) siguen la fórmula: **Apellido** del autor, **Año**. Cuando se quieren citar varios trabajos para reflejar una idea, se escribirán entre paréntesis y se presentarán por orden alfabético separados por punto y coma. Cuando se cita un trabajo en más de una ocasión, la redacción de la segunda y siguientes citas dependerá del número de autores firmantes: (a) uno o dos autores: se citarán siempre todos los autores; (b) entre tres y cinco autores: la primera vez se citarán todos y la segunda y siguientes se citará el primero seguido de et al. (c) Seis o más autores: en todos los casos, se citará al primer autor, seguido de et al.

REFERENCIAS: incluyen únicamente los trabajos citados en el texto. Se escriben en una **nueva página**, después del apartado de discusión, a **doble espacio** y en **sangría francesa**. La lista de referencias deben ordenarse alfabéticamente según el apellido del primer autor; las referencias de un mismo autor, se ordenan por año de publicación; si, además del autor coincide el año de publicación, hay que diferenciarlos añadiendo una letra (a, b, c...) después del año. Es recomendable que, al menos el **40%** de las fuentes documentales referenciadas correspondan a trabajos publicados en los **últimos cinco años**. Cada referencia debe ajustarse al formato de la sexta edición de la APA (2009).

TABLAS Y FIGURAS

Las Figuras y Tablas se ubicarán dentro del manuscrito, en el lugar que le corresponda. Éstas deben utilizar escalas de grises (no color). Las figuras no deben utilizar una resolución inferior a 240dpi y el ancho recomendable de las mismas será de entre 126 y 190 mm.

Las tablas se enumerarán por orden de aparición en el texto. Debajo del número de la tabla, se escribirá su título en cursiva y, a continuación la tabla. Las figuras también deben enumerarse por orden de aparición. Dentro del marco y debajo de la figura se sitúa el rótulo (título breve). Debajo del rótulo se sitúa, en caso necesario, la leyenda.

En todas las figuras y tablas, deben emplearse una misma terminología y formato; se utilizará una fuente *sin serif* (e.g., Arial). En la composición de la tabla, solo se utilizarán líneas de separación (filetes) horizontales, que mejoran la comprensión de la información. Las notas explicativas se colocarán al final de cada tabla. Las notas generales informarán sobre las abreviaturas o cualquier símbolo incluido en la tabla; se designan con la palabra *Nota* (en cursiva) seguida de un punto. Las notas específicas se escribirán debajo de las generales, si las hubiera, y se refieren a la información de una columna, fila o celda en particular. En último lugar, aparecerán las notas de probabilidad que indican los valores de *p* mediante un asterisco (*) u otro símbolo (e.g., **p* < .05, ***p* < .001). Las notas van alineadas a la izquierda (sin sangría) y las notas específicas y de probabilidad se sitúan en el mismo párrafo.

NOTACIÓN NUMÉRICA

Los decimales se escriben con punto (e.g., 3.45), siendo suficientes dos decimales. No se usará el cero antes de un decimal cuando el número es inferior a uno; es aplicable tanto para ofrecer datos de correlaciones, probabilidades, niveles de significación (e.g., *p* < .001), etc. En unidades de millar no se escribe punto ni coma (e.g., 2500 participantes). Se escriben con palabras y no con números cualquier cifra inferior a 10 y cualquier número al comienzo de una frase.

Proceso de evaluación y selección de originales:

La dirección de la *Revista de Psicoterapia* acusará recibo de los originales. En una primera evaluación el equipo de redacción valorará la adecuación de los contenidos a la línea editorial y de ser positiva pasará el original a una valoración del cumplimiento de las normas APA. El autor será informado de esta fase y de ser preciso se le requerirá los cambios necesarios. Pasada esta fase, el manuscrito será enviado a dos revisores externos e independientes, quienes juzgaran la conveniencia de su publicación. El método de revisión por pares (peer review) empleado es de doble ciego (double-masked), que garantiza el anonimato de autores y revisores. Los autores recibirán los comentarios de los revisores y del editor, que le informará de la decisión adoptada sobre su manuscrito en un plazo máximo de 40 días a partir de la recepción.

Copyright:

El envío de artículos con su aceptación de publicación implica la cesión de derechos por parte de los autores a la Revista de Psicoterapia.

Las opiniones y contenidos de los artículos publicados en la Revista de Psicoterapia son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la revista.

CONTENIDO

Monográfico: Trabajo con Imágenes y fantasía en Psicoterapia Ramón Rosal Cortés y Ana Gimeno-Bayón Cobos

Editorial	VII
La Integración Metodológica en los Trabajos con Fantasía Ana Gimeno-Bayón Cobos	1
Revalorización de los Potenciales del Hemisferio Cerebral Derecho. Las Imágenes en Psicoterapia Ramón Rosal Cortés	39
La Burbuja Protectora de Eva. Un trabajo con actividad imaginaria en una sesión terapéutica con Psicoterapia Integradora Humanista Ana Padilla Mosteirín	73
De Fuera Hacia Dentro: La Conquista de la Niña Interior Maria Beltrán Ortega	91
Como ves, los fines no justifican los medios: Imagen visual y juicio moral Elinor Amit y Joshua D. Greene	107

——Artículos de Libre Acceso——

(disponible en abierto sólo a través de <http://revistadepsicoterapia.com>)

Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: Su relación con Calidad de Vida y Depresión	123
Neli Escandón-Nagel, Bárbara Azócar, Cristhian Pérez y Viviana Matus	
Proceso Relacional de Grupo: Desarrollos en el Modelo de Análisis Transaccional de Psicoterapia de Grupo	139
Richard G. Erskine	
Aplicación de EMDR en el Tratamiento de Pacientes con Síntomatología Traumática: Replicación con dos Estudios de Caso	161
Idoia Zorrilla Larrainzar, Miguel A. Santed Germán y José M. Reales Avilés	
Relación entre la Empatía del Terapeuta y los Resultados del Tratamiento	179
Alberto Gimeno Peón, Rocío Coto Lesmes, Anxo Barrio Nespereira, Isabel Saavedra Rionda, Clara Vicente Palacios, Marina Lagarón Criado, Teresa Álvarez Casariego, Jorge Hernández González y Alicia González Fernández	
Violencia y ruptura de pareja: La perspectiva de los profesionales	191
David Jimeno De La Calle	
El caso de Olivia: Un ejemplo de aplicación de la Terapia Breve Estratégica	209
Sergio Pérez Ruiz e Isabel Caro Gabalda	

CONTENTS

Monographic: Working with Images and fantasy in Psychotherapy
Ramón Rosal Cortés y Ana Gimeno-Bayón Cobos

From the Editor	VII
Methodological integration in psychotherapy procedures with fantasy	1
Ana Gimeno-Bayón Cobos	
Appreciation of the potential of the right cerebral hemisphere. Imagery in psychotherapy	39
Ramón Rosal Cortés	
The protective bubble of Eve. An imaginary work activity in a therapy session with Humanistic Integrative Psychotherapy	73
Ana Padilla Mosteirín	
Fromm Outside to Inside: The Conquest of Inner Girl	91
Maria Beltrán Ortega	
You See, the Ends Don't Justify the Means: Visual Imagery and Moral Judgment	107
Elinor Amit y Joshua D. Greene	

——Open Access Articles——

(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Adherence to Treatment in Type 2 Diabetes and its association with Quality of Life and Depression.	123
Neli Escandón-Nagel, Bárbara Azócar, Cristhian Pérez y Viviana Matus	
Relational Group Process: Developments in a Transactional Analysis Model of Group Psychotherapy	139
Richard G. Erskine	
Application of EMDR in the Treatment of Patients with Traumatic Symptoms: Replication with two Case Studies	161
Idoia Zorrilla Larrainzar, Miguel A. Santed Germán y José M. Reales Avilés	
Relationship between Therapist's Empathy and Treatment Outcomes	179
Alberto Gimeno Peón, Rocío Coto Lesmes, Anxo Barrio Nespereira, Isabel Saavedra Rionda, Clara Vicente Palacios, Marina Lagarón Criado, Teresa Álvarez Casariego, Jorge Hernández González y Alicia González Fernández	
Violence and partner breaking up: a professionals' perspective	191
David Jimeno De La Calle	
Olivia's case: an example of application of the Brief Strategic Therapy	209
Sergio Pérez Ruiz e Isabel Caro Gabalda	

EDITORIAL / FROM DE EDITOR

El tema del poder psicoterapéutico de las técnicas con imágenes ha sido poco abordado hasta el momento en la Revista de Psicoterapia (como en casi todas las revistas de nuestro país). Una excepción fue en el número 10&11, del año 1992, con el artículo *El poder terapéutico de las imágenes*, que puede considerarse como una introducción a lo que se ofrece en el presente número monográfico.

Hace veinte años, en 1994, el *Journal of Mental Imagery* publicó un número dedicado a bibliografía sobre *imagery*, editado por Ahsen –el creador de la Psicoterapia Eidética– (vol. 18, 1&2) que contenía alrededor de 7.000 referencias, a pesar de que sólo incluía los trabajos publicados entre 1977 y 1991. Sin embargo, en nuestro país ha predominado un silencio sobre este tema entre los investigadores científicos sobre psicoterapia.

Cuatro de los autores que publicamos en este número (Gimeno-Bayón, Rosal, Padilla y Beltrán) nos encontramos vinculados a la Psicoterapia Integradora Humanista, modelo terapéutico creado desde hace ya más de treinta años, en el Instituto Erich Fromm de Barcelona. Como es frecuente en mayoría de las psicoterapias existencial-humanistas, compartimos la convicción sobre la relevancia de la eficacia terapéutica de procedimientos de intervención con actividad imaginaria, como también psicocorporal, aparte de la verbal.

No voy aquí a exponer lo que ya dejan claro en sus resúmenes los autores de los artículos de este monográfico. Veo más procedente resumir lo que puedo considerar objetivos que compartimos al ofrecer estos trabajos:

- Deseamos llamar la atención sobre el hecho de que son más de veinte – desde mediados del siglo XX– los modelos terapéuticos que trabajamos con la convicción de que la aplicación de procedimientos de intervención con imágenes y fantasía –acompañada, cuando proceda, con técnicas psicocorporales– incrementa claramente el poder terapéutico respecto a un procedimiento en que sólo se utilice la vía verbal y de la escucha empática (por supuesto, muy relevante).

- Mostrar que esta convicción no sólo está acreditada, para nosotros, por la abundante experiencia clínica por parte de variados modelos psicoterapéuticos, sino también por las investigaciones científicas que se han ido acumulando, a pesar de que gran mayoría de los investigadores conductual-cognitivos que se han ocupado de las *imagery*, pocas veces se han referido a su implicación terapéutica. Mucho más explícitos sobre esta cuestión han sido, por ejemplo, los

investigadores vinculados o relacionados con la Psicoterapia Eidética de Akter Ahsen, y con el *Journal of Mental Imagery*.

- Mostrar que entre las causas del desinterés hacia las imágenes como recursos terapéuticos, desde el siglo XVII, y posteriormente, en el período 1920-1950, se destaca el predominio del presupuesto antropológico dualista, principalmente desde el filósofo Descartes; y del “ostracismo de las imágenes” provocado por Watson, respectivamente.

- Mostrar que la concesión del Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1981 a R.W. Sperry y colaboradores, tuvo como consecuencia la revalorización de los potenciales del hemisferio cerebral derecho, lo que supuso de hecho un espaldarazo a los modelos terapéuticos que recurrimos con frecuencia a la actividad imaginaria.

Ana Gimeno-Bayón resume los resultados de tres experimentos que confirman la importancia de aspectos a tener en cuenta respecto a los tres componentes –imagen, cuerpo y significado– en la imagen eidética, según Ahsen. Presenta también un informe de terapia en el que se comprueban las ventajas de combinar diferentes procedimientos con imágenes.

Refiriéndonos a estos contenidos prácticos, Ramón Rosal ofrece un resumen de informe de investigación experimental sobre el poder terapéutico de la fantasía denominada “Proyecto”, procedente de la Psicósíntesis.

Ana Padilla presenta un informe sobre sesiones terapéuticas con imágenes y fantasía para el tratamiento de una paciente con trastorno de ansiedad generalizada y rasgos de personalidad obsesiva-dependiente y María Beltrán informa sobre la terapia de un paciente con trastorno de la personalidad, en la que, junto con procedimientos con imágenes, se aplicaron técnicas psicocorporales combinados con ellos.

Por último, el Elinor Amit y Joshua D. Greene aportan sus investigaciones sobre el distinto papel que juegan la palabra y la imagen en los dilemas morales, que llevan a las personas que basan las decisiones en las palabras a un juicio más utilitarista y a las personas que las basan en imágenes a unas decisiones más deontológicas, aspectos relevantes a tener en cuenta en la psicoterapia cuando se trata de llevar a cabo una toma de decisión que implica valores morales.

Ramón Rosal Cortés

LA INTEGRACIÓN METODOLÓGICA EN LOS TRABAJOS CON FANTASÍA

METHODOLOGICAL INTEGRATION IN PSYCHOTHERAPY PROCEDURES WITH FANTASY

Ana Gimeno-Bayón Cobos

Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gimeno-Bayón Cobos, A. (2015). La Integración Metodológica en los Trabajos con Fantasía. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 1-38.

Resumen:

El presente trabajo, después de un primer apartado de introducción general, ofrece un segundo apartado, centrado en la descripción de los elementos estructurales de los trabajos con fantasía en psicoterapia, y un tercer apartado en que se narra una sesión con Fantasía Guiada. La primera parte, tras la introducción, se estructura a partir de la propuesta del Akter Ahsen, creador del Psicoterapia Eidética (Ahsen, 1965) que identifica tres elementos en la terapia con imágenes: imagen, cuerpo y significado. Se señalan diferentes aspectos de cada uno de ellos que conviene ser tenidos en cuenta en la sesión terapéutica y se narran tres experimentos realizados en torno a ellos. En la segunda parte se pasa a ejemplificar un caso clínico de trastorno por ansiedad generalizada, y trastorno de personalidad no especificado, describiendo una sesión-clave del proceso en la que concurren elementos del Focusing de Gendlin, del Ensueño Dirigido de Desoille, y de la Programación Neurolingüística y se señala la posibilidad y ventajas de integrar los hallazgos de diferentes modelos, y metodologías dentro del marco de las principales oniroterapias –siempre que sean compatibles– que se complementan entre sí y aumentan la eficacia del cambio terapéutico intrasesión.

Palabras clave: Imagen, cuerpo, significado, oniroterapia, integración, cambio terapéutico.



Abstract:

After a general introduction, the present work offers a first section focusing on the description of the structural elements in fantasy procedures in psychotherapy, and a second section which describes a session with a Guided Fantasy. The first part is structured following Akter Asher's work in Eidetic Psychotherapy (Ahsen, 1965) which identifies three elements in therapy using images: images, body, and meaning. Some features of each of these three elements need to be taken into account in a therapy session, and thus there is a description of three experiments which were performed around them. The second part is an example of methodological integration with a clinical case of generalized anxiety disorder and non specified personality disorder, describing a key session in the process which presents elements from Gedling's Focusing, Desoille's Guided Fantasy, and Neuro-linguistic programming. It finishes with a description about the possibilities and advantages of integrating the findings from different models and methodologies within the framework of the main onirotherapies –as long as they are compatible– since they complement each other and increase the efficacy of the intra-session therapeutic change.

Keywords: Image, body, meaning, onirotherapy, integration, therapeutic change.

1. Los trabajos con imágenes en psicoterapia

Como señala Rosal, “Las diversas variantes de imaginería ocupan un espacio mediador, en el proceso cognitivo humano, entre la experiencia sensorial inmediata por un lado, y la experiencia pensante abstracta por el otro” (Rosal, 2013, p. 35).

Son ya bastantes los autores y modelos que han realizado aportaciones relevantes en relación con la aplicación de procedimientos con fantasía guiada en psicoterapia. Baste ver la selección que cita Rosal en el artículo incluido en este mismo número de la revista.

En éste trabajo, quisiéramos destacar la relevancia de la integración entre los diferentes hallazgos fruto de todas esas aportaciones, cuando son compatibles entre sí. mostrando un ejemplo clínico en el que se dan cita elementos procedentes del Ensueño Dirigido de Desoille (1973), la Programación Neurolingüística de Grinder y Bandler (1982), y el Focusing de Gendlin (1988). Pensamos que la utilización conjunta de varios, cuando cada uno proporciona un matiz peculiar y valioso, puede multiplicar la eficacia del procedimiento. Previamente, queremos señalar diferentes aspectos de los trabajos con imágenes en psicoterapia que es preciso tener en cuenta a la hora de pergeñar las intervenciones.

Lo primero que toca aclarar, a la hora de referirnos a los trabajos con imágenes en psicoterapia, es qué entendemos por imagen. Como señala Rosal:

En la literatura científica anglosajona –que es donde se encuentra con notable diferencia un caudal más abundante de publicaciones sobre el tema de nuestro trabajo– el término constantemente utilizado es el de *imagery*. Para traducirlo usamos indistintamente los términos *imágenes*, *imaginería*, o *actividad imaginaria (o imaginativa)*. Los dos primeros, que suponen una traducción literal y tienen la ventaja de implicar una sola palabra, presentan, en cambio, el inconveniente de sugerir más bien imágenes de carácter estático, mientras que mayoría de los trabajos terapéuticos con imágenes se refieren a unos acontecimientos que el sujeto va experimentando a través de sus acciones imaginarias. En cambio el término actividad imaginaria destaca más esta dimensión dinámica. Por otra parte, los términos imágenes o imaginería los empleamos sobre todo cuando se trata de nombrar los productos del quehacer imaginario, mientras que el término actividad imaginaria (o imaginativa) lo relacionamos más con el proceso. Con menor frecuencia utilizamos los términos *imágenes mentales* y *visualizaciones*. El término imagen mental, empleado habitualmente por algunos autores, lo vemos apropiado en los casos en que convenga recalcar que no nos estamos refiriendo a las imágenes de la sensibilidad, las que normalmente se admiten como un producto del proceso de la percepción. Éstas constituyen, por lo tanto, un producto cognitivo en forma de imagen, hallándose el sujeto en presencia del objeto percibido, a diferencia de lo que se quiere recalcar con el término *imagen mental*, es decir, la ausencia del objeto.

El término visualización es utilizado habitualmente por algunos autores como equivalente del término *imagery*, y es el preferido entre el sector minoritario del mundo médico que lo ha introducido como recurso curativo. Lo prioritario –y en algunas formas de utilización, lo exclusivo– de los contenidos de los procedimientos terapéuticos con imágenes acostumbra a ser imágenes mentales de carácter visual, por lo que puede considerarse aceptable el término visualización. Sin embargo, dado que vemos convenientemente recalcar que la *imagery* puede implicar imágenes relacionadas con cualquiera de las modalidades sensoriales –y no sólo ni siempre principalmente con la visual– juzgamos insatisfactorio el uso excesivo del término visualización. (Rosal, 2013, pp. 33s.)

Si atendemos a lo que nos dice el diccionario, imagen es, en su primera acepción “figura, representación, semejanza y apariencia de algo” (Diccionario de la RAE, 2014) y en su tercera y cuarta acepción “reproducción de la figura de un objeto por la combinación de los rayos de luz que proceden de él” y “representación viva y eficaz de una intuición o visión poética, por medio del lenguaje”. Vemos pues, que con la palabra imagen se alude a la presentación o representación sensorial de algo. Y en concreto se hace referencia a la representación visual (tercera acepción) y lingüística (cuarta acepción). Quiere eso decir que al hablar de imagen, podemos incluir los trabajos con visualizaciones, o con palabras o narraciones. Pero igualmente se pueden incluir los trabajos de representación mediante otros canales sensoriales distintos a la vista o al oído, de forma que en el trabajo terapéutico con imágenes, se incluyen los que –a partir de la modalidad representativa a la que el sujeto es más sensible– se focalizan mediante representaciones olfativas, táctiles, gustativas, cenestésicas o kinestésicas. Porque la finalidad de la imagen, del tipo que sea, no es ella en sí misma, sino el contenido psicológico que evoca. Su tarea es equivalente a lo que Gendlin (1988) denomina “asidero”, en el sentido de símbolo o metáfora que sirve para “agarrar” el conjunto global y sintético de la experiencia concreta: algo así como lo que en castellano expresamos en términos de “tener la sartén por el mango” como equivalente a estar en posesión del poder del manejo de una situación.

Tomando ahora los distintos tipos de clasificaciones de imágenes que sintetiza Rosal (2013), vemos que Stern (1938) aportó una clasificación básica, basada en la cercanía o distancia respecto a la sensación y percepción, distinguiendo entre: sensaciones, postimágenes, imágenes eidéticas, imágenes concretas (mnémicas o de la fantasía), esquemáticas (símbolos y signos) y pensamientos. Posteriormente se han dado algunas variantes clasificatorias y así: mientras Denis (1984) las clasifica según su carácter alucinatorio, perceptivo o voluntario (evocación consciente), Horowitz (1983) las clasifica por su vivacidad, su contexto, la interacción con la percepción o el contenido; y por su parte Forisha (1978), atendiendo a la modalidad representacional, las diferencia en cuanto a su carácter activo o pasivo, su relación con el tiempo (reproducción o anticipación), y su relación con las

polaridades autonomía/control y rigidez/flexibilidad.

De todas ellas, y de cara a la psicoterapia, nos interesan aquí, ante todo, las distinciones que recoge Stern entre imágenes esquemáticas (símbolos y signos) e imágenes concretas, distinguiendo en éstas últimas las imágenes de la memoria (incluyendo aquí las eidéticas) y las imágenes de la imaginación (que también recogen Horowitz y Forisha), lo cual no quita que:

Esta diferenciación incluye cierta inevitable ambigüedad, ya que normalmente todas las imágenes de la memoria incluyen cierto grado de producción o creación subjetiva y toda imagen de la imaginación incluye elementos que tienen que ver con experiencias anteriores a la percepción (Rosal, 2013, p. 34).

Respecto a la subjetividad de los recuerdos, nos toca aquí mencionar las investigaciones de Otgaar (Otgaar, 2013; Otgaar, Alberts y Cuppens, 2012; Otgaar, Howe, Peters, Smeets, y Moritz, 2014; Otgaar, Howe, Smeets, Raymaekers, y van Beers, 2013; Otgaar, Scoboria, y Smeets, 2013) que muestran claramente los errores y falsedades de los recuerdos e incluso la posibilidad de inducción de recuerdos falsos)

Igualmente resulta relevante, a los fines de este artículo, la distinción de Forisha entre imágenes pasivas (espontáneas) y activas (provocadas voluntariamente).

Vemos así diferentes modalidades de trabajo terapéutico, según los distintos tipos de imágenes que se utilicen. Más allá de las que se ocupan de un aspecto muy concreto –como, por ejemplo, los métodos de inducción de un determinado estado corporal o psicológico a través de imágenes, como las representaciones cenestésicas en la relajación de Schultz (Schultz y Luthe, 1959), o los métodos conductistas o cognitivo-conductuales que trabajan con imágenes activas y controladas, propuestas desde el exterior– aquí nos ocuparemos sobre todo de los trabajos de corte experiencial-humanista, que trabajan preferentemente (no exclusivamente) con imágenes concretas y esquemáticas, tanto pasivas como activas, con un alto grado de autonomía y flexibilidad. Pero antes de ocuparnos de ellos, diremos que un apartado especial merecen los trabajos que se están realizando en psicoterapia a partir de imágenes procedentes de la realidad virtual y cuyo potencial está ahora empezando a manifestarse. Es un ingente y esperanzador ámbito para las psicoterapias (Harwood, *et al.* 2011; Maheu, Pulier, McMenamin y Posen, 2012; Wolf, 2011), que atiende temas tan dispares como el tratamiento por estrés post-traumático (Reger *et al.*, 2013) o la mejora de la movilidad para prevención de caídas (Nagamatsu *et al.*, 2011), del que sólo citaremos algunas de las investigaciones y aplicaciones en nuestro ámbito más cercano (casi siempre desde el abordaje desde la psicoterapia conductual), de Cangas, Gallego, Aguilar-Parra y Salinas (2013) refiriéndolo al consumo de sustancias e imagen corporal; Berenice (2012) en relación con la relajación; Ferrer-García y Gutiérrez-Maldonado (2012) y Ferrer-García, García-Rodríguez, Gutiérrez Maldonado, y Pericot-Valverde (2010), en

relación con la imagen corporal y trastornos alimentarios; Gutiérrez Maldonado, Loreto-Quijada, Kabas-Hoyos, Gutiérrez-Martínez, y Ferrer-García (2010) aplicándolo al tratamiento del dolor crónico; García, Botella, Herrero, Molinari, Castilla y Vizcaíno (2013) referido a la fibromialgia; Montaña, Shin, Calero, Montoro y Santacreu (2010), aplicándolo a la terapia conductual, en general; Opris, D, Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, S. y David, D. (2011) a los trastornos de ansiedad; Perpiñá, Ferrero, Carrió y Roncero (2012), respecto a la anorexia.

De entre los modelos y métodos propios de abordaje experiencial humanista, podemos señalar, que:

a) Algunos modelos y metodologías trabajan, en buena medida, con imágenes esquemáticas, proponiendo desde fuera un símbolo, como ocurre en el Ensueño Dirigido de Desoille (1973) o en la Psicosisíntesis de Assagioli (1973). Otras trabajan a partir de un símbolo surgido desde el interior del sujeto, como es el caso del *Focusing* de Gendlin (1988).

b) Otros modelos o métodos se focalizan, ante todo (o además), en la visualización de imágenes de la imaginación en movimiento, como ocurre con las denominadas Fantasías Guiadas, propuestas desde fuera, utilizadas en la Psicosisíntesis y en la Psicoterapia de la *Gestalt* (Stevens, 1977) o el trabajo con sueños, propio de tantos modelos, de entre los que destacamos la metodología de la Psicoterapia de la *Gestalt* (Perls, 1974) y la del *Focusing* (Gendlin, 2001) que, como sueños que, como señalan Nir y Tononi (2010), siguen guardando, a pesar de los avances en los conocimientos neurocientíficos, sus secretos en su relación con los ensueños, la percepción o la fantasía.

c) Otros modelos y metodologías acuden a las imágenes mnémicas, bien para dramatizarlas –como el Psicodrama de Moreno (Moreno, 1966) o, dentro del Análisis Transaccional, la Escuela de la Redecisión de los Goulding (Goulding y Goulding, 1985)–, bien para revisitarlas introduciendo algunos cambios, como el tratamiento de fobias en Programación Neurolingüística (Andreas y Andreas, 1991), mientras en otras ocasiones la propia Programación Neurolingüística trabaja con imágenes anticipatorias, como ocurre en el método para la curación natural (*Ibidem*).

d) Citaremos también, como ejemplos de trabajos con imágenes, las intervenciones, que trabajan con relatos suministrados por el paciente. Así lo hace el Análisis Transaccional de Berne, tanto con relatos del pasado –como cuentos o películas que le impresionaron a la persona en su infancia (Berne, 1974; Greve, 1976; Karpman, 1968)– como con la creación de relatos en el presente (O’Heerne, 1977), o combinando imágenes mnémicas y anticipatorias, como en la *Fantasia de la obra de teatro*, inspirada en Berne (1974), o con la estructura dramática que se va improvisando espontáneamente, en base a la fantasía y la interacción grupal, como la creación de lo que Zinker, desde la Psicoterapia de la *Gestalt*, denomina “analogías fantásticas” (Zinker, 1979). No está de más tener presente que hoy los

cuentos del ayer se pueden transformar en videojuegos con superhéroes, que generan un impacto similar a la realidad, tal como han comprobado algunos neurocientíficos, como Ganesh et al. (2012) y Rosenberg, Baughman y Bailenson (2013).

Aquí nos referiremos a algunos aspectos de este tipo de trabajo y la posibilidad de integrar elementos procedentes de distintas metodologías, para conseguir una mayor eficacia en la intervención.

Terminamos este apartado introductorio señalando algunas ventajas del trabajo terapéutico con imágenes, ya que éstas hacen referencia a contenidos internos del paciente susceptibles de abrirse a una multiplicidad de significados no conscientes, aprovechando la capacidad creativa del paciente, y reestructurando en forma sintética y novedosa el problema, la solución o ambos.

Otra ventaja es que el mantenimiento del discurso terapéutico en el plano abstracto no es posible con un buen número de pacientes a quienes, por su nivel de manejo del pensamiento o su deseo de practicidad inmediata, les resulta difícil y cansado permanecer en él, o empiezan a confundirse y dejan de saber de qué estamos hablando (y por lo tanto de mantener su interés en la sesión). Se podrá objetar que para algunas personas les resultarán difíciles los métodos imaginarios, por sus dificultades con la fantasía. Esto suele ocurrir, por ejemplo, con las personalidades obsesivas, y también, como señala Forisha (1978; 1981), existe una diferencia en la relación de imágenes y creatividad según sexo, disciplina profesional y nivel de educación (a favor del sexo masculino, licenciados, pedagogos, psicólogos y empresarios, frente al femenino, no licenciados e ingenieros). Pero más que dificultades con la elaboración de fantasías (por las que todos los niños pasan, también los que luego tendrán ese trastorno de personalidad) se trata de menosprecio hacia las mismas. Acaso, en estas situaciones, se tarde un tiempo en que acepten como válidos y valiosos estos recursos, o hay que ayudar al paciente a reaprender el manejo de imágenes, o a permitirse permanecer unos momentos en la ambigüedad. Pensemos, por ejemplo, que “la metáfora opera con relaciones de semejanza: descubierto por la imaginación un parecido entre dos entes o fenómenos, el término exigible en sentido directo es reemplazado por el otro” (Lapesa, 1974, p. 43), y por ello la imagen metafórica puede suscitar reticencias en personas adictas a la precisión y alérgicas a la dimensión lúdica y artística del pensamiento que implica el trabajo imaginario. Se podría decir que hay un grupo de personas que de los dos tipos de pensamiento referidos por Bruner (2004), se manejan muy bien en el plano del pensamiento paradigmático y mal en el del pensamiento narrativo. Precisamente ello influye en las dificultades de autocomprensión, ya que, mientras el primer tipo de pensamiento sirve para comprobar verdades lógico-científicas y se rige por principios como la coherencia y la no-contradicción –y por ello es lógico que Pauwels (2013) advierta del riesgo de la utilización de las metáforas en el plano científico–, el segundo sirve para expresar las realidades humanas, incluyendo la intencionalidad, e incluso la contradicción e incoherencias que forman parte de

nuestro comportamiento. Por ello la narración metafórica en sí misma, o la que surge a partir de una imagen (de cualquier tipo) será la que permita la posesión de los propios contenidos experienciales.

Otra ventaja es que las imágenes tienen una mayor incidencia emocional que el pensamiento abstracto, en tanto en cuanto hacen referencia a procesos corporales y realidades primarias (Rojo Sierra, 1988) con las connotaciones de impacto afectivo y arraigo experiencial: ver (imágenes plásticas), oír (imágenes verbales), oler (imágenes olfativas), etc.. Si asumimos –como mayoría de modelos experienciales– que el cambio terapéutico viene dado en buena medida por el cambio emocional (Greenberg y Safran, 1987; Greenberg, Rice y Elliot, 1996), la búsqueda de métodos que potencien la dimensión afectiva de las intervenciones es una de las condiciones para una mayor eficacia terapéutica de las mismas. Las imágenes operan uniendo analógicamente contenidos y emociones, de forma que “la información sobre el valor afectivo está más estrechamente ligada a las formas imaginativas que a otras formas de representación mental” (Denis, 1984, p. 211).

También es ventajoso el trabajo en términos de metáforas y símbolos, porque las intervenciones a partir de las imágenes, se caracterizan por su inmediatez y cualidad sintética. Recordemos que “la metáfora posee rápida y vigorosa plasticidad; mientras la comparación mantiene frente a frente los dos términos relacionados, la metáfora los identifica, los funde en uno nuevo” (Lapesa, 1974, p. 47). El análisis detallado de todos los elementos presentes en un problema puede dejar escapar la significación global o haría profundamente trabajoso el sometimiento de los mismos a un trabajo analítico de tipo cognitivo, perdiendo la frescura experiencial.

Todavía señalaremos en el trabajo con fantasía la constatación del poder que tiene el paciente sobre sí mismo y sus contenidos. En general, le resulta más fácil cambiar sus imágenes provocadas deliberadamente que sus pensamientos repetitivos, machacones, introyecciones que le producen tensión o ansiedad, que le desasosiegan. No olvidemos que si la metáfora es un “tropo mediante el que se identifican dos objetos distintos” (Lázaro Carreter y Correa, 1974 p. 195), la posibilidad de cambiar el contenido a que hace referencia la imagen metafórica sugiere y facilita la posibilidad del cambio de la realidad que subyace a la misma.

2. Los elementos de la imagen

Abordaremos estos aspectos a partir de los tres elementos que Akter Ahsen, el creador de la Psicoterapia Eidética (Ahsen, 1965, 1968) atribuye a las imágenes eidéticas (imágenes mnémicas espontáneas y de gran vivacidad) en las que centra su trabajo, ya que la atención a los mismos facilitará las intervenciones imaginarias. Señala este autor que las imágenes eidéticas se estructuran en base a:

a) Un componente visual, aunque aquí entenderemos que este componente sería mejor llamarlo “representación imaginaria sensorial”, puesto que –como ya dijimos– la fantasía puede procesarse a través de diferentes modalidades, si bien aquí la llamaremos simplemente “imagen” en aras a la brevedad.

b) Un componente somático, es decir: la reacción corporal a la representación imaginaria en forma de tensión, relajación, temperatura, etc.

c) Un componente semántico, relativo al significado que adquiere la representación imaginaria.

Lo que Ahsen apunta para las imágenes eidéticas, lo podemos aplicar al resto de imágenes, ya que la diferencia con las demás que se utilizan en terapia tiene que ver más con los grados de vivacidad de la imagen y la espontaneidad o provocación de la misma que con componentes estructurales en sí mismos. Veamos ahora algunos elementos a tener en cuenta respecto a cada uno de ellos:

2.1. La imagen

El componente figurativo –extendiendo a todas las modalidades representacionales la ley de asociación visosomática enunciada por Ahsen (1968)– nos sirve para atraer a la experiencia imaginaria todo el conjunto de patrones almacenados junto con la imagen. Efectivamente, tal como concluyó este autor, con el paso del tiempo, del conjunto de la vivencia asociada a una imagen, la representación sensorial prevalece sobre los otros elementos y actúa de envolvente de los mismos, de tal modo que al evocarla se reproduce la experiencia global a la que alude. Es más: en virtud de la ley de la fijación visosomática, en el caso de una imagen mnémica, al pasar el tiempo es la figura la que prevalece sobre los otros dos componentes y será la puerta que nos permitirá acceder a los patrones cognitivos, emocionales y significativos asociados a determinados recuerdos.

La imagen eidética, a la que Ahsen se refiere a propósito de estos tres elementos, viene caracterizada por lo que él denomina *vividness*, es decir, su vivacidad, su intensidad sensorial. Aunque no todas las imágenes con las que se trabaja en terapia tienen esta cualidad, conviene tenerla en cuenta porque, como bien nos enseñan los hallazgos de la Programación Neurolingüística –Bandler (1988) cita hasta treinta y tres submodalidades visuales, diecinueve auditivas y diez kinestésicas, además de las olfativas y gustatorias– podemos modular esta característica para que la imagen tenga un mayor o menor impacto emotivo en el paciente. Así, en trabajos en los que la intensidad de la imagen negativa la convierte en disfuncional, e incluso en paralizante (como ocurre frecuentemente en el estrés postraumático, las fobias o en las crisis de angustia), convendrá, recurrir a las submodalidades representativas que aminoran la vivacidad (disminución de tamaño, de intensidad del color, aumento de la distancia, aminoración del volumen, etc.), para reducir ésta. Estudios sobre los efectos psicológicos del color rojo, por ejemplo (Guéguen, 2012; Martínez-Conde, di Stasi y Maknik, 2015), revelan la validez de este tipo de recursos a la hora de inducir determinados efectos psicológicos. Por el contrario, en otras situaciones en que resulta importante que el sujeto se sumerja en la atmósfera emocional de la imagen mnémica o anticipatoria –por ejemplo para cambiar una antigua “decisión de guión” ,utilizando los términos del Análisis Transaccional de Berne, o un “esquema”, si preferimos utilizar el vocabulario de

Leventhal y Everhart (1979)– y que el cambio no quede reducido al ámbito puramente cognitivo, convendrá incentivar el grado de viveza de la imagen ya que, como muestran D'Argembeau A. y Van der Linden, M. (2006), la vivacidad (*vividness*) de la imagen la hace más persuasiva y afectiva. Ciertamente, algunas veces puede ser difícil conocer, sin una exploración previa, el canal de procesamiento favorito del paciente que le conducirá a una mayor implicación emocional con la imagen, y por ello, tanto en esos casos como cuando se aplica una fantasía en forma grupal, convendrá acudir a varios de ellos para provocar la vivacidad necesaria, reforzando unas modalidades con otras. Veamos, por ejemplo, algunos fragmentos de la descripción que –desde la Psicósintesis– hace Ferrucci (1987) de la fantasía guiada denominada *Diálogo interior*. Entre corchetes se resalta la referencia que se hace a modalidades no visuales.

Imagina que amanece una mañana de verano. Estás en un valle. Te das cuenta poco a poco de lo que te rodea: el cielo está claro y es de un azul intenso; hay flores y hierbas a tu alrededor. La brisa de la mañana acaricia suavemente tus mejillas [*tacto*]. Sientes el contacto de tus pies con el suelo [*tacto y peso*] (...)

Empiezas a adentrarte en un bosque [*movimiento*]. Puedes percibir el aroma de los pinos [*olfato*] y la atmósfera fresca [*temperatura*], oscura. Cuando sales del bosque, sigues por una senda escarpada [*movimiento*]. Al andar cuesta arriba, sientes el esfuerzo muscular de tus piernas [*kinestesia*] y la energía que anima todo tu cuerpo [*cenestesia*]. (...)

Te encuentras arriba. El aire resulta más fresco [*temperatura*] y enrarecido [*interocepción*]; te envuelve el silencio [*oído*] (Ferrucci, 1987, p. 195s.).

La imagen puede ser simple y estática, como ocurre en el caso de trabajo con un símbolo. Como señala Durand, un símbolo es un elemento perceptible (o representable) sensorialmente “que remite a un significado inefable e invisible, y por eso debe encarnar concretamente esta adecuación que se le evade, y hacerlo mediante el juego de las redundancias míticas, rituales, iconográficas, que corrigen y completan inagotablemente la inadecuación” (Durand, 1971, p. 21). Esto vale tanto para cuando la imagen tiene una modalidad visual (“visualiza una copa”), lingüística, auditiva, etc. (la palabra “paz”, el sonido del gong, una metáfora...).

Pero las imágenes y las metáforas pueden volverse complejas, moverse y evolucionar. Cuando lo hacen se convierten en una narración. El carácter abierto y plurisemántico de todo símbolo, que permite atribuir múltiples significados y niveles de interpretación sugeridos por la figura, permanece cuando la imagen es más compleja, como una escena, o toda una historia narrada. Como señala Gonçalves, desde la terapia narrativa:

La forma en que damos sentido al mundo y a nuestros propósitos es a través de la construcción y deconstrucción de historias. Estas narrativas orientan los procesos cognitivos más complejos (por ejemplo: memoria, expectativas, autopercepción), los procesos emocionales (como emociones mani-

fiestas, temas emocionales predominantes), las relaciones interpersonales y la organización del futuro (proyectos).

La materia prima de la psicoterapia es, por tanto, la narrativa y la terapia opera deconstruyendo y re-construyendo historias, siendo el objetivo de la psicoterapia deconstruir estas historias y elaborar con los clientes otras, más adaptativas que le permitan el logro de sus objetivos (Gonçalves, 2000, p. 59).

Pero tal enfoque de la psicoterapia no es exclusivo de la terapia narrativa. Años antes de que se formulara, las psicoterapias de corte experiencial-humanista estaban trabajando bajo esos presupuestos. Dentro de ellas, uno de los modelos que más atención teórica ha prestado a las formas narrativas y operativizado terapéuticamente su aplicación ha sido el Análisis Transaccional de Berne, para incidir en los niveles más profundos e inconscientes del discurso nuclear del paciente, sobre el que se edificaron los discursos posteriores, más superficiales y secundarios. Cuando Leventhal y Everhart, (Leventhal y Everhart, 1979) elaboraron la teoría de la formación de patrones en torno al constructo “esquema”, Berne hacía ya algún tiempo que había formulado los pasos evolutivos en que se iba creando y estructurando en forma organizada el conjunto de tales esquemas (teoría del guión de la vida) y había creado fórmulas originales para el análisis, construcción y deconstrucción de tales patrones (“decisiones de guión”) a través técnicas narrativas como análisis del cuento favorito de la infancia (Berne, 1974), o de la simbolización dramática del conjunto de la vida a través de la *Fantasia de la obra de teatro (Ibidem)*, a las que se unieron—dentro del mismo modelo— otras aportaciones en la línea narrativa, tales como el análisis de los arquetipos que encarnan los personajes de los relatos (Karpman, 1968) o la creación de un cuento de animales (O’Heerne, 1977). Sostiene Berne que estas narraciones primarias en imágenes que el sujeto se hace a sí mismo, (a las que hay que sumar su correlato corporal, que proporciona el *feed back* correspondiente en forma crónica e inconsciente), condicionarán las imágenes mnémicas y los límites en la construcción de imágenes de la fantasía anticipatorias. Es por esa fuerza de las imágenes y narraciones infantiles por lo que el poeta Schiller afirma respecto a su vida que “El sentido más profundo reside en los cuentos de hadas que me contaron en mi infancia, más que en la realidad que la vida me ha enseñado” (cit. en Bettelheim, 1980, p. 12). No nos adentraremos en este tema que, desde el punto de vista terapéutico nos ofrece un panorama muy interesante y unos resultados brillantes, porque merecería un artículo aparte. Igualmente sostiene Berne—en concordancia con las investigaciones de Paivio ya citadas en el artículo de Rosal (Paivio, 1971, 1972, 1975) sobre el doble código de procesamiento— que durante los primeros años de vida (es decir, cuando se instalan los esquemas o “decisiones de guión” primordiales) el niño está codificando sus experiencias en términos imaginativos (al principio sólo no-verbales), por lo que si queremos acceder a ellas en terapia, será más adecuado recurrir a las fantasías formuladas y relatos acogidos por el niño, más que a la verbalización histórica de aquéllas. Este

extremo es muy relevante porque –como hemos comprobado repetitivamente en la práctica terapéutica– la identificación con el héroe de los relatos infantiles da lugar a unas conclusiones tácitas (las llamadas “decisiones de guión”, equivalentes a los “esquemas”) que, en base a la capacidad anticipatoria del niño, limitan el proyecto vital, al adaptarlo a las posibilidades del relato básico subyacente.

Por otra parte, nos toca cuestionarnos sobre los límites que algunas teorías han ido poniendo a la captación de esas primeras experiencias y revisar, a la luz de las neurociencias, el planteamiento evolutivo de la cognición según Piaget, que no encajan con los resultados de las investigaciones que se están realizando con bebés y niños muy pequeños. Ya no nos vale la afirmación de que:

Los diversos niveles de construcción de la experiencia no son, sin embargo, homogéneos ni equivalentes, sino que se hallan jerárquicamente subordinados a una organización cognitiva que va de menor a mayor complejidad. Las formas evolutivamente más elementales de construcción se reducen a impresiones sensoriales con sus correlatos emocionales y constituyen puntos discontinuos que pueden relacionarse o no entre sí de modo aleatorio o asociativo. Tales impresiones se hallan limitadas al *hic et nunc* y carecen de proyección temporal. Son antepredicativas por naturaleza y carecen de formulación proposicional (Villegas, 1995, pp. 5s.).

Por el contrario, la construcción de la experiencia, ya desde el inicio de la vida, aparece como compleja, rica, consistente, propositiva y predicativa (Wolf, 2012). Otra cosa es que, como ya indiqué en otro lugar (Gimeno-Bayón, 2014a), al no estar desarrollado el lenguaje verbal, los bebés y niños muy pequeños no sean capaces de verbalizar estas construcciones. Así, por ejemplo, las investigaciones realizadas por Baillargeon (Baillargeon, 1987; Baillargeon y Onishi, 2005; Baillargeon, Scott, y He, 2010; Gelman y Baillargeon, 1983; Baillargeon, Spelke, y Wasserman, 1985), de Spelke (entre ellas Spelke, Breinlinger, Macomber y Jacobson, 1992), Hamlin (Hamlin y Wynn, 2011; Mahajan, Hamlin, Wynn y Bloom, 2010) –por citar sólo algunos de los investigadores que se ocupan del tema– muestran la complejidad del pensamiento del bebé y, por ejemplo, cómo los bebés de tres meses y medio, tras mostrarles situaciones familiares, unas consistentes y otras inconsistentes, han captado pautas de lo que es real y lo diferencian de lo imposible o cómo los bebés de cinco meses pueden hacer pequeñas sumas y realizar predicciones en relación con los efectos matemáticos y físicos de una acción, o cómo bebés entre nueve y doce meses tienen ya inclinaciones e intenciones sociales, valorando más a quienes ayudan a los demás y bebés de ocho meses tienen sus preferencias por los personajes justos, en términos de justicia en la que se premia al bueno y se castiga al malo. Por su parte, Amit y Greene (2012) muestran, en sus investigaciones, cómo la codificación visual de la experiencia da lugar a unas decisiones más éticas que la codificación verbal, lo cual concuerda con hallazgos sobre la moral y la intencionalidad social de los bebés en los autores antes indicados.

2.2. El cuerpo

Así pues, los primeros niveles de construcción de la experiencia se despliegan y manifiestan como complejos y coherentes desde las primeras fases de la vida, y la narración que el bebé y el niño realiza de su experiencia, y que procesa y codifica en términos de imágenes, se va también procesando en un discurso tácito y paralelo en el cuerpo. Algunos acontecimientos traumáticos quedan impresos en él, de forma que puede convertirse en su discurso no verbal que relata las experiencias en forma sintética, incluyendo en un todo unificado la dimensión emocional de lo que vivió, la imagen asociada, la comprensión semántica y las decisiones primitivas tomadas al respecto. El esquema se plasma somáticamente. Al trabajo con este tipo de narrativa estaban enfocadas las investigaciones y aplicaciones de todas las terapias derivadas del enfoque reichiano, como los trabajos de Boadella (1993), Keleman (1997), y Lowen (1985), en relación con los discursos corporales. Los trabajos con las corazas musculares y los traumas que las originaron, ofreciendo una alternativa narrativa corporal nueva y dejando abierto el final para que vaya siendo construido por el paciente, propio de tantos modelos y métodos psicocorporales (vid. Gimeno-Bayón, 2012), han dado lugar a una amplia panoplia de recursos terapéuticos.

Pero no es a esos traumas infantiles reflejados somáticamente a lo que se refiere Ahsen cuando habla del cuerpo como uno de los elementos estructurales de la imagen. Si el trabajo imaginario lo entendemos como prioritariamente cognitivo –eso sí, dentro del lenguaje narrativo, muy lejos la modalidad del lenguaje paradigmático (Bruner, 2004)– nos estamos olvidando de que el relato verbal y las imágenes que por cualquier modalidad representativa (visuales, plásticas, auditivas...) se van generando, van en paralelo a un lenguaje corporal silencioso, que genera determinadas sensaciones sutiles. Por ejemplo, como comenta Rodríguez (2015) respecto a la adaptación de la pupila a la luz imaginada en la fantasía, por no citar las muchas investigaciones relacionadas con las neuronas espejo y su influencia en la imitación de movimientos (Wolf, 2014). El correlato corporal de las imágenes cuenta ya con un bagaje importante a partir de las aportaciones del *Focusing* de Eugène Gendlin. Si bien este autor trata directamente el tema de la eficacia de los métodos imaginarios si van acompañados de esta metodología cognitivo-corporal (Gendlin, 1997), la realidad es que ésta nos abre una perspectiva que desborda ese planteamiento: toda experiencia tiene un carácter inmediato y global, en el que los diferentes subsistemas no se hallan (aún) diferenciados, de modo que la dimensión somática del experimentar (la *felt-sense* o sensación-sentida) hace referencia a una semántica idiosincrásica. Esta sensación sentida es un mensaje dinámico, cambiante y de presente, que va evolucionando conforme varía el foco de atención de la experiencia y que nos guía inconscientemente –si sabemos escucharlo con respeto y apertura– hacia la dirección más correcta de nuestro proceso. Como ya señalé en otro lugar (Gimeno-Bayón, 2003) el cuerpo reconoce las relaciones entre diferentes conceptos y sabe reflejarlos desde el sistema nervioso autónomo. Lo que Wilhem Reich (1983) había comprobado para los grandes

movimientos emocionales, William James y Eugène Gendlin lo habían podido observar aplicándolo también al conjunto de la experiencia, no importa lo suave o sutil sea, en la que lo cognitivo, corporal y afectivo aparece fundido en un todo significativo. Muy expresivamente lo decía James:

Si existen cosas tales como las sensaciones, *entonces, con la misma seguridad con que existen relaciones entre objetos en rerum natura, con esa misma seguridad, o más, existen sensaciones que conocen esas relaciones. [...]* Debemos hablar de una sensación de *y*, y de una sensación de *si*, de una sensación de *pero*, y de una sensación de *por medio de*, casi con la misma presteza con que hablamos de una sensación de *azul* o de una sensación de *frío* (James, 1890, p. 197).

Es relevante, entonces, en la terapia, la atención a la dimensión corporal, porque del anclaje somático del trabajo con fantasía, de su implicación o no en el proceso imaginario dependerán tanto la cualidad de experiencia auténtica (y no una evasión cognitivo-defensiva) como la intensidad afectiva –y por lo tanto de la potencia del cambio– de la intervención. Es más: los desarrollos de métodos de intervención basados en los hallazgos de las neurociencias, tales como la EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) de Saphiro (Saphiro, 1997; Karatzias *et al.*, 2011) y el *Brainspotting* de Grand (Grand, 2013: CorriganGrand, 2013) amplían las posibilidades que ya habían iniciado los descubrimientos del procesamiento de la información de la Programación Neurolingüística, y permiten aplicaciones centradas en intervenciones corporales muy precisas, mientras el sujeto está en contacto con imágenes evocadas.

Hemos podido comprobar la correlación entre la implicación corporal y la dimensión emotiva del proceso imaginario en varios experimentos. Aquí nos referiremos a dos de ellos:

a) El primer experimento se realizó en forma encadenada con el experimento relatado por Rosal en el artículo que aparece en este mismo número de la revista. En él se tomó como grupo de control precisamente al que en su experimento era el grupo experimental, ya que se trataba de comparar la diferencia de implicación emotiva entre la misma fantasía que se utilizó en aquél, inducida sólo a partir de las sugerencias verbales del terapeuta, con la que surgiría si, además de escucharla, los sujetos la dramatizaban corporalmente.

Describiremos brevemente el experimento:

Introducción:

La abundancia de trabajos con la fantasía en el ámbito de las psicoterapias de corte experiencial-humanista que practicamos, nos pedía ocuparnos de comprobar si se daba una variabilidad en los resultados, según la modalidad en que se habían llevado a cabo. Contábamos con los resultados obtenidos en el la investigación citada de Rosal, en la que se cumplió la hipótesis, pero en la que hubo bastantes sujetos a los que resultaba difícil implicarse en la fantasía.

Objetivos:

La autora del experimento se planteó la hipótesis de que la aplicación de dicha fantasía, si se hacía incluyendo la dramatización corporal de la misma, daría lugar a una implicación emocional mayor por parte de los sujetos, y probablemente ello permitiría una mejor concentración y seguimiento de las consignas a un mayor número de individuos.

Sujetos:

Fueron treinta sujetos que estaban acudiendo habitualmente a terapia (individual o grupal) en el lugar en que habitualmente trabaja la experimentadora, divididos en dos grupos de quince. El grupo de control era el que en el experimento descrito por Rosal había sido grupo experimental. Se formó un nuevo grupo experimental para esta investigación, cuidando la homogeneidad de las variables del grupo.

Materiales:

Los materiales consistieron en los relatos que a modo de *postest* redactaron los sujetos, consignando previamente el logro que deseaban obtener y posteriormente la fantasía que acababan de visualizar. Es decir: se trabajó con un tipo de material documental de los que pueden denominarse “documentos personales” y, dentro de ellos clasificarse como “cuestionarios libres” (Allport, 1975).

Método

Se utilizó el método de replicar el experimento realizado por Rosal, con la variante de dramatizar corporalmente, en la misma sala, la misma secuencia imaginaria mientras se iba narrando. Para comprobar las diferencias de implicación emocional se utilizaría como documento básico el análisis de las marcas emocionales en el discurso que relatara la fantasía, a partir del estudio de Obiols, Laguna, Vayreda, Fernández y Salcioli (1993), completada por las aportaciones de Alarcos Llorach (1994) y Navarro, (1996).

Tratamiento del material

Una vez obtenido, se procedió a realizar un Análisis de Contenido cuantitativo del material descriptivo de las fantasías, sistematizándolo mediante la delimitación de unidades definidas, a partir de un criterio gramatical lo más sistemático y objetivo posible, centrado en la sintaxis, sin tener en cuenta el estilo literario. Cada uno de los segmentos poseía un código numérico referente al sujeto y al número de orden en la narración.

A continuación se procedió a crear unas claves para la puntuación en relación con el nivel molar de dos grandes categorías: subjetividad tipo uno, propio de un estado emocional de fuerte intensidad (discurso expresivo, opaco, centrado en el

sujeto, con poca distancia entre él y el discurso); y tipo dos, propio de un estado emocional neutro (discurso centrado sobre el objeto, lógico, transparente, con mucha distancia entre el sujeto y su discurso). La cuantificación vendría dada por la presencia o ausencia de determinados elementos (vertiente enunciativa o argumentativa, connotaciones afectivas, signos de puntuación) que hacían referencia a alguno de esos dos tipos de discurso.

En cuanto al grado de consecución del objetivo, se sometieron los registros narrativos de los sujetos al criterio de cuatro jueces, que ignoraban el grupo al que pertenecía el sujeto.

Resultados:

Antes de realizar el estudio de los resultados, utilizando como estadístico de contraste la comparación a través de la *T* de Student, se había procedido a realizar el análisis de la varianza para verificar la igualdad de poblaciones de los dos grupos (y aplicar la corrección correspondiente en la comparación de resultados en caso de que no lo fueran, mediante la aplicación de la prueba *F* de Snedecor).

Los resultados son los que pueden verse en las tablas 1 y 2 en la figura 1, en los que se puede constatar cómo el grupo Experimental tiene un grado significativamente mayor de Marcadores Emocionales de Subjetividad tipo 1 (confiabilidad del 85%) y un grado significativamente menor de Marcadores Emocionales de Subjetividad tipo 2 (confiabilidad del 95%).

Tabla 1

ESPECIFICACIÓN DE MARCADORES DE SUBJETIVIDAD TIPO 1

GRUPO	vertiente enunciativa	vertiente argumentativa	connotación afectiva	puntuación opaca
experimental	147	379	14	32
control	143	236	10	14

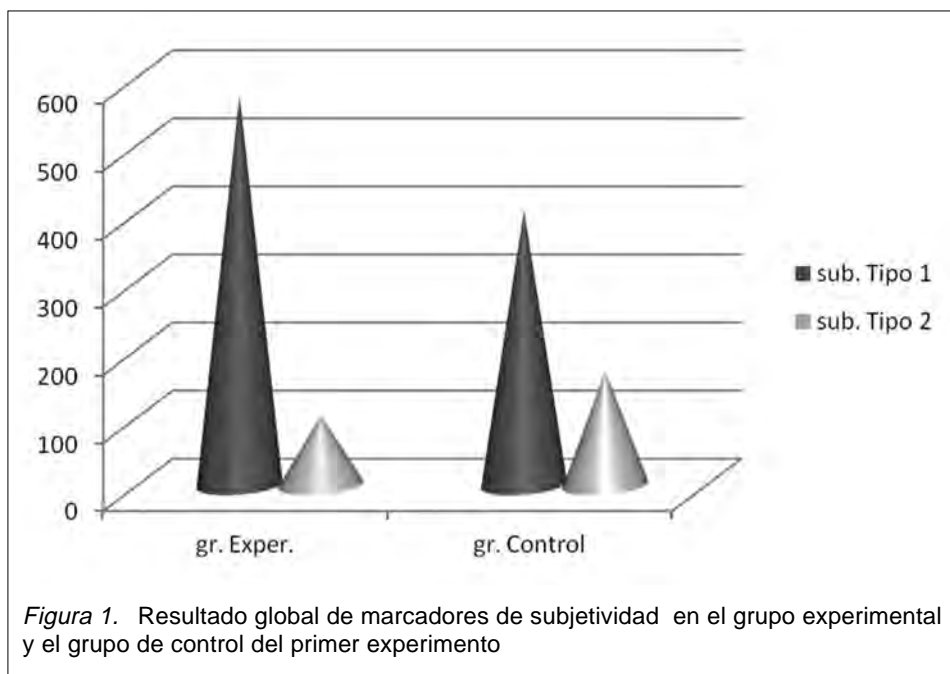
Nota: el análisis estadístico mostró la igualdad de varianzas (*F* de Snedecor 1,60978608; Probabilidad asociada 0,19189145. *T* de Student 1,53549308; Probabilidad asociada 0,13588659; Ind. homocedástica 1 cola).

Tabla 2

ESPECIFICACIÓN DE MARCADORES DE SUBJETIVIDAD TIPO 2

GRUPO	vertiente enunciativa	vertiente argumentativa	puntuación transparente
experimental	68	22	12
control	71	52	44

Nota: el análisis estadístico dio como resultado varianzas distintas (*F* de Snedecor 3,32644845; Probabilidad asociada 0,01584266. *T* de Student 2,09652626; Probabilidad asociada 0,04519385; Ind. heterocedástica 1 cola). Discusión:



A la vista de los resultados obtenidos, podemos concluir que se ha probado la hipótesis de una presencia de implicación emocional significativamente mayor en los relatos del grupo que ha dramatizado corporalmente la fantasía guiada, sobre el grupo que la había realizado en un plano cognitivo, sin inducción ni comprobación de su implicación corporal.

Especialmente interesante resulta observar que las diferencias entre ambos grupos no se encuentran por un igual en las diferentes categorías analizadas: no hay diferencia entre ambos grupos en la vertiente enunciativa (por otra parte muy condicionada por las consignas), ni es relevante la diferencia en los marcadores de connotación afectiva, que son las dos categorías más evidentes y controlables por el sujeto. Es precisamente en las dos categorías más encubiertas –la vertiente argumentativa y la puntuación– donde aparecen grandes diferencias. Y hay que remarcar este hecho porque, como señala Grawitz (1975, p. 150s.) “las características formales menos conscientemente controladas son muy reveladoras”. Aplicándolo al experimento podríamos decir que, aún cuando ambos grupos presenten igual grado de emocionalidad aparente (el tipo de expresiones que utilizan), la estructura profunda del relato muestra una clara diferencia de implicación afectiva entre uno y otro grupo, y, por lo tanto, hace recomendable la utilización de la dramatización corporal cuando se busque potenciar la eficacia terapéutica mediante el acrecentamiento de ese aspecto –con personas excesivamente cerebrales, por ejemplo– en la fantasía guiada.

Si centramos ahora nuestra atención en algunos aspectos que no han ocupado

el centro de la investigación, pero que tienen en ella un lugar nada despreciable, podemos observar:

Que en la investigación realizada por Rosal referida en esta misma revista, de la que arrancó el experimento, sea por la tensión de la situación experimental en sí, sea porque en la población inicial sólo parte de los sujetos tenían capacidad de visualización (bien por falta de habilidad personal para ello, bien por falta de educación específica para desarrollarla), hubo que eliminar a una gran cantidad de sujetos del experimento, por incapacidad de concentrarse y seguir las consignas. Efectivamente, la escala tipo Likert aplicada como postest para medir el grado de concentración e implicación en la fantasía, nos muestra que, aparte de un sujeto que no contestó, otro señaló como nulo su grado de concentración, otro como poca concentración y cinco como regular. En cambio, en el experimento realizado en este trabajo, aparte de cuatro que no contestan, sólo un individuo puntúa su concentración como 2 (poco). Las puntuaciones en la escala se reflejan en la figura 2.

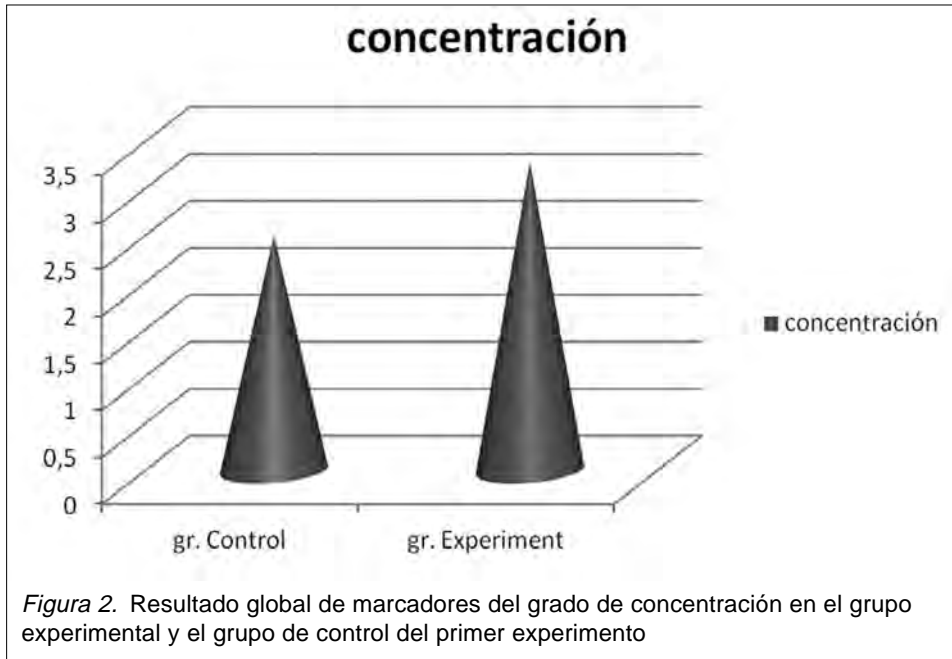
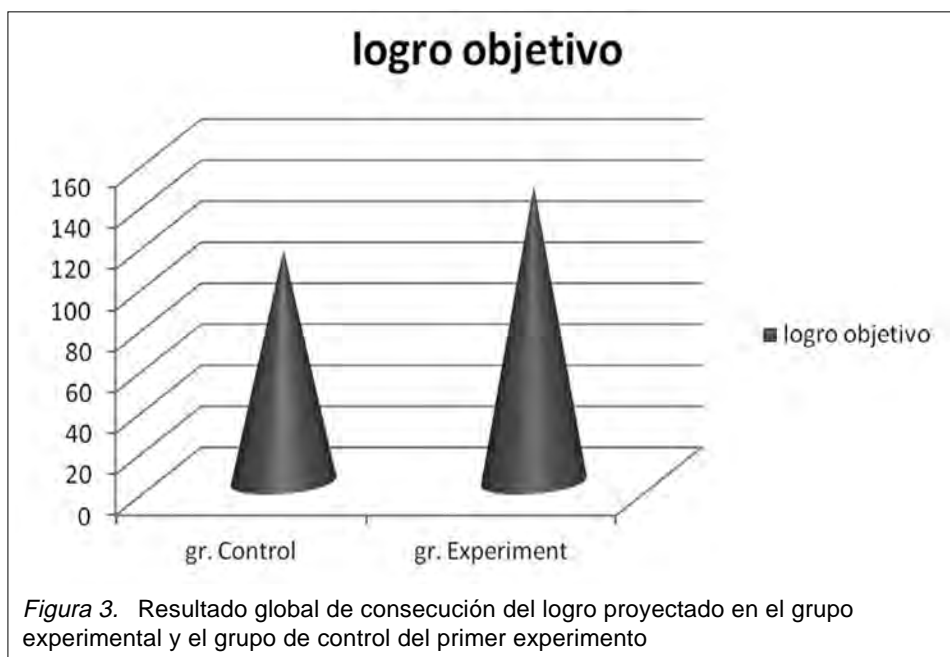


Figura 2. Resultado global de marcadores del grado de concentración en el grupo experimental y el grupo de control del primer experimento

En un principio estaba previsto utilizar la escala para su tratamiento estadístico y verificar la posibilidad de correlaciones, pero el hecho de que cinco de los sujetos omitiesen contestarla nos llevó a eliminar dicha posibilidad, dejando aquí constancia de los resultados obtenidos, y la posibilidad de investigar específicamente este aspecto en el futuro. Pero de los resultados obtenidos podemos deducir, provisionalmente, que la utilización de la expresión dramatizada de las fantasías guiadas puede hacerlas más asequibles indiscriminadamente a un conjunto de personas, lo cual vale la pena tener en cuenta cuando se trabaja con grupos no especializados en

visualización.

Que en el grupo que dramatizó la fantasía corporalmente, parece haber un mayor grado de consecución imaginaria del logro propuesto y disfrute del mismo. Sometidos los registros narrativos de los sujetos del experimento al criterio de 4 jueces, que ignoraban el grupo a que pertenecía cada sujeto, se obtuvo el resultado que se refleja en la figura 3.



En los resultados reseñados puede advertirse cómo en el grupo que dramatizó la fantasía se da una mayor capacidad de seguimiento de las consignas y, por ende, que el aunamiento de intervenciones corporales puede hacer más efectiva la aplicación de la fantasía guiada, en la línea que Gendlin apunta, cuando señala que “la imaginación con focusing es más poderosa” (Gendlin, 1997, p. 213).

b) Describiremos ahora un segundo experimento en la misma línea de hipotetizar el recurso a la implicación corporal para aumentar la implicación emocional en las imágenes.

Introducción:

Dada la convicción de la investigadora, a través de experimentos anteriores, de la posibilidad de recurrir a la vinculación de la imagen con el cuerpo como medio de aumentar la implicación emocional, aquí se experimentó con la posibilidad de sugerir –como variable independiente– la realización (mientras se contempla una imagen) de un tipo de respiración simple, asequible a ser utilizada en el marco de la sesión terapéutica, para lograr este efecto en los trabajos con visualización.

Objetivos:

Se plantearon dos hipótesis. La primera suponía que entre dos grupos, en uno de los cuales se daba la contemplación de una imagen, sin ningún tipo de consigna, y en otro la contemplación de la misma mientras se realizaba una respiración consciente (mientras las persona permanecían concentradas en la visualización de aquella), daría como resultado en el segundo grupo un aumento significativo del impacto emocional que la imagen producía respecto al primero.

Una segunda hipótesis consistía en suponer que el grupo que visualizaba la imagen, realizando ese tipo de respiración, la evaluarían más positivamente.

Si bien el experimento era en sí más amplio y cubría también otros objetivos (vid. Gimeno-Bayón, 2014b), aquí nos ceñiremos exclusivamente a los que hacen referencia a estas hipótesis.

Sujetos:

Se formaron dos pequeños grupos, de doce personas cada uno, en el caso de la primera hipótesis y de once en la segunda, homogéneos en cuanto a profesión, edad, procedencia y género. De todos estos extremos, ya se vieron en Forisha, que influían la profesión y el género en las técnicas con fantasía. En varias otras investigaciones, como las de Munar, Nadal, Cela y Maestú (2010) queda clara la diferencia de apreciación estética entre hombres y mujeres, y entre distintas culturas. Respecto a la edad, no hemos encontrado diferencias en las investigaciones realizadas por nosotros.

Materiales:

En relación con la primera hipótesis, se utilizaron las respuestas a un cuestionario creado *ad hoc* en el que, entre otros extremos que no son aquí pertinentes, debían contestar, tras el visionado de la imagen, puntuando de 1 a 10 la intensidad del impacto emocional que les producía.

En relación con la segunda hipótesis, se utilizaron las respuestas a un cuestionario elaborado conforme al Diferencial Semántico de Osgood (Osgood, Succi y Tannenbaum, 1976), en el que debían responder a la valoración de cada una de las pinturas visionadas en relación con las polaridades natural/artificial; fea/bella; profunda/superficial; original/convencional; insignificante/grandiosa; desagradable/agradable; y maravillosa/espantosa.

Método:

Se seleccionaron las imágenes de veintiuna pinturas, de diferentes épocas, contenidos y estilos pictóricos, y se les presentaban a los sujetos. Inmediatamente después del visionado de cada una se les pedía que anotasen en la casilla correspondiente del cuestionario la puntuación de cada una de ellas, en relación a la intensidad emocional que como reacción la visualización les provocaba.

Al grupo de control no se le daba ninguna consigna especial. Al grupo

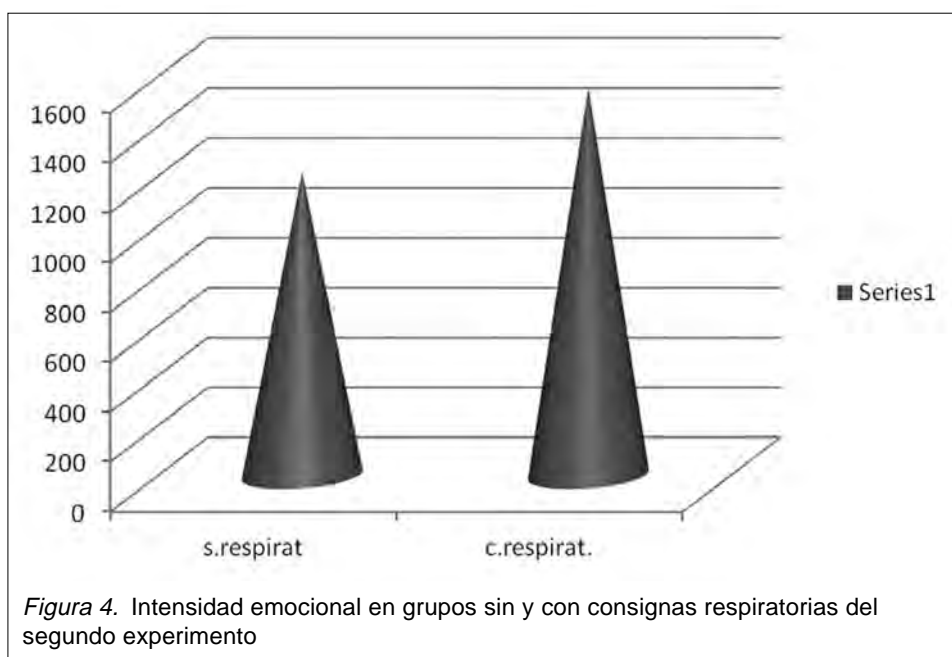
experimental se le proponía que, antes de responder, contemplaran la pintura “respirándola” lentamente cinco veces, poniendo atención en lo que ocurría en su cuerpo mientras contemplaban la pintura.

Tratamiento del material:

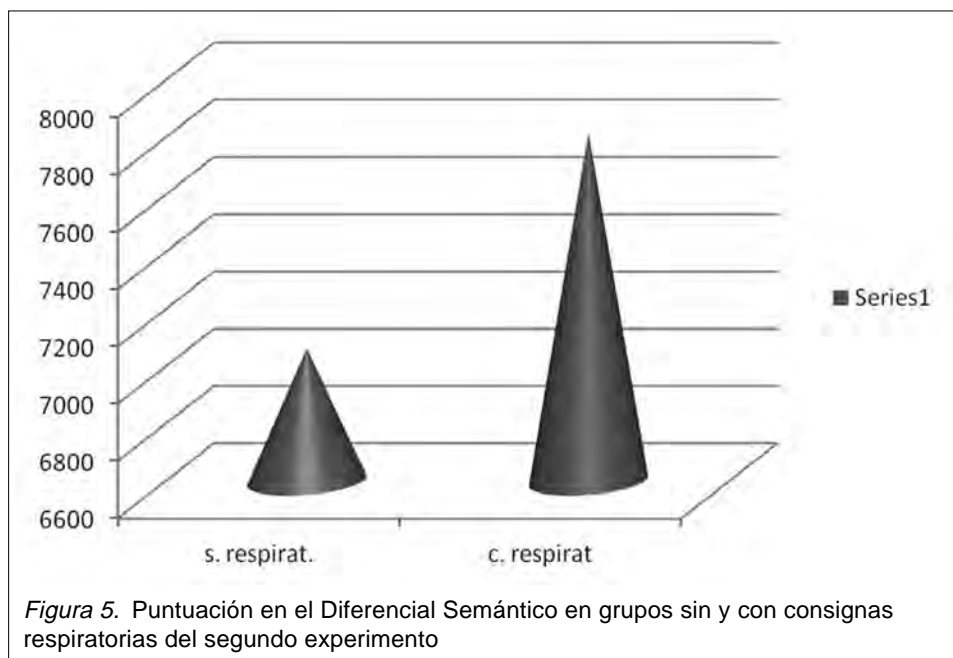
Se procedió, tras comprobar que las varianzas eran iguales, a comparar la puntuación obtenida en los dos grupos, utilizando como estadístico de contraste la *T* de Wilcoxon, por ser adecuada para el tratamiento de pequeños grupos, como era el caso.

Resultados:

Respecto a la primera hipótesis, como puede verse en la Figura 4, el grupo que utilizó una respiración consciente mientras contemplaba la pintura obtuvo una puntuación en intensidad emocional significativamente superior al grupo que no la utilizó.



También se cumplió la segunda hipótesis, pues como se observa en la figura 5, el grupo experimental obtuvo una puntuación significativamente superior al grupo de control en la evaluación del Diferencial Semántico, con un riesgo de $\alpha=0.01$.



Discusión:

Los resultados nos hablan de cómo, ante un mismo estímulo visual –un imagen, sin más información– el grupo que incluyó la respiración consciente ante la misma tuvo una mayor implicación emocional. De ello podemos concluir que a la hora de utilizar las visualizaciones, la remisión a la dimensión corporal en esta forma cumple un papel relevante.

Igualmente nos hablan de esa misma relevancia a la hora de la evaluación de una imagen contemplada, siendo esta evaluación más positiva (independientemente del contenido o la emoción que suscite) cuando se realiza con implicación explícita de la dimensión corporal en la modalidad relatada.

2.3. El significado

Lo propio de la imagen es ser multisemántica. Si, en general, el código comunicativo es siempre ambiguo y su sentido viene perfilado por el contexto en que se encuentra, el de la imagen utilizada en psicoterapia verá acotado su significado por el contexto subjetivo y temporal del individuo en que surge la imagen espontánea o en el que repercute la imagen sugerida por el terapeuta. Aquí, el contexto no es sólo el de los parámetros culturales y vitales en general, sino el clima interior peculiar del individuo concreto. Por supuesto que los símbolos, por ser eso, símbolos, llevan en sí una carga natural que los emparenta con determinados significados. Pero éstos son siempre abiertos y ambiguos, e incluso opuestos en ocasiones (el agua puede ser símbolo tanto de vida como de muerte, por ejemplo).

Es por eso por lo que repetitivamente se ha ido insistiendo en distintos ámbitos clínicos sobre la necesidad de interpretar o comprender el símbolo o la metáfora visual, lingüística, auditiva, etc. en términos flexibles. Así lo hacía Jung (1979) cuando, a propósito de los sueños, señalaba que unos mismos símbolo puede tener un significado distinto cuando se trata del sueño de un joven o de un anciano. Fromm (1980), afinaba más a la hora de referirse a ellos cuando, en el prólogo de su obra *El lenguaje olvidado. Comprensión de los sueños, mitos y cuentos de hadas*, la presenta como una propuesta de comprensión de los sueños, y no de interpretación de los mismos. Y justifica tal propuesta porque el lenguaje simbólico es eso: un lenguaje. Y a un lenguaje no se le interpreta, sino que se le comprende (o, al menos, eso se pretende).

El símbolo puede tener un significado exotérico, pero siempre conserva un significado esotérico que sólo pertenece al sujeto que se pone en contacto con él. Pongamos un ejemplo: el significado de la imagen de un personaje con los ojos desorbitados y tapándose los oídos que aparece en el cuadro de Munch *El grito* (del que pintó cuatro versiones desde 1893 a 1910), titulado inicialmente *Desesperación*, puede ser captado intuitivamente sólo con ver el cuadro. Pero adquiere una mayor riqueza si se escucha lo que el autor narra a propósito de esa obra:

Una noche, estaba yo paseando por un camino montañoso, cerca de Kristiania, con dos compañeros. Fue un momento en que la vida abrió mi alma en canal. El sol se estaba poniendo por debajo del horizonte, sumergiéndolo en llamas. Parecía una espada de fuego cortando y ensangrentando la bóveda del cielo. El cielo parecía de sangre, cortada por lenguas de fuego. Las colinas se volvieron de un azul profundo, el fiordo estaba cortado por un azul frío y colores anaranjados. Me apoyé en la barandilla del camino, y con la explosión roja y sangrienta mis amigos se volvieron de un deslumbrante blanco amarillento, y oí un gran grito. Sí, oí un grito que atravesaba la naturaleza, mientras los colores y las líneas oscilaban con él, de modo que sus vibraciones no afectaban sólo a mis ojos, sino también a mis oídos. Así que en realidad percibí un grito. Entonces pinté *El grito*. (Munch, 1930, p. 64).

Y más profundidad adquiere cuando conocemos la angustia ante la muerte que le acompañó toda su vida (Díaz Curiel, 2015), que perdió a su madre con cinco años, a una hermana siendo adolescente y otra serie de desgracias que le llevaron a decir en su diario que la enfermedad, la locura y la muerte le rodearon desde su nacimiento. Si, además, contemplamos otro cuadro suyo, *Madre muerta con niña* (1897-1899), en el que aparece en primer plano una niña de unos cuatro o cinco años, con los ojos desorbitados y tapándose los oídos, mientras tras ella se ve un lecho con una mujer muerta, el sentido del cuadro va cuajando aún más.

Con esto queremos significar que el sentido de la imagen de la fantasía, incluso aunque sea propuesto por el terapeuta, depende del lugar que ocupa en la historia vital del sujeto concreto y, en último término, es idiosincrásico. Todo ello sin

perjuicio de que a una mayoría de personas un mismo símbolo suele llevarlas en una dirección emocional y semántica determinadas. Pero siempre puede haber excepciones. En los experimentos con pinturas referidos, mientras a la mayoría de los 52 sujetos consultados la contemplación del cuadro de Seurat *Sábado por la tarde en la isla de la Grand Jatte*, les incitaba a la calma, relajación y bienestar, a tres de ellos les producía tensión, rigidez o angustia. Y respecto al cuadro de van der Weyden *Descendimiento*, aunque a la mayoría les provocaba tristeza, a un sujeto le provocaba incredulidad y humor y a otro relajación.

El terapeuta puede suponer que la imagen que el paciente suministra o la que él propone expresa un determinado aspecto, pero como eso no es siempre así, tendrá que ir acercándose con cuidado y respeto en una exploración conjunta para comprender todo lo que la imagen evoca. A esta exploración se le puede aplicar lo que señala Mook (2000) a propósito de la interpretación de un texto:

La interpretación se aplica al proceso dialéctico completo que engloba tanto la comprensión como la explicación como dos fases diferentes del ciclo hermenéutico. La primera fase de la comprensión incluye la dialéctica del acontecimiento y del significado. Esto implica una comprensión ingenua de la totalidad del texto que tiene en cuenta la multiplicidad de significados y los horizontes potenciales que se pueden actualizar de diferentes maneras. La segunda fase, donde los procedimientos explicativos apoyan un modo de comprensión más sofisticado, incluye la dialéctica del sentido y la referencia. Aquí la función referencial de la realidad se suspende para explorar la referencia potencial del texto (Mook, 2000, pp. 87s.).

La psicoterapia experiencial-humanista, dentro de la que encuadramos nuestros trabajos—lejos de algunas afirmaciones que corren respecto a ella atribuyéndole basarse en principios trascendentes objetivos y externos al sujeto—ha mantenido un enfoque constructivista (en el que prima el subjetivismo cognitivo, como por ejemplo en los trabajos del autopsicodrama imaginario de la *Gestalt*) o construccionista (como, por ejemplo, en la teoría del guión del Análisis Transaccional o en la teoría del cuerpo como relato somático construido a partir de la interacción, en las terapias postreichianas) y ha sido sumamente cuidadosa y “pirandelliana” en la atribución de significados, eliminando la interpretación de las imágenes por parte del terapeuta. Por ello algunas oniroterapias casan mal con ella si se utilizan en forma rígida, como ocurre en algunos casos con el Ensueño Dirigido de Desoille (1973)—con fuerte carga psicoanalítica—, en que los significados de los símbolos propuestos están previamente acotados.

En el tratamiento de la intervención con imágenes, como hemos visto, la implicación corporal puede dar lugar a una intensificación del significado emocional. Igual ocurre con la implicación cognitiva, como se verá, de modo que tanto una como otra contribuyen en igual medida tanto incrementar aquélla como a aumentar la dimensión evaluativa positiva de la imagen. Para ejemplificar este aspecto,

pasaremos a describir un experimento, encadenado al que se describió bajo la letra b) del apartado 2.2.

Introducción:

La investigadora partió de la convicción de la complementariedad de los diferentes subsistemas, y en concreto de las dimensiones corporal y cognitiva, a la hora de aumentar la intensidad emocional y valorativa de una imagen. Como había realizado ya el experimento relacionado con el primero de estos subsistemas referido en 2.2.b), procedió a realizar un experimento similar, pero ahora relacionado con el suministro de alguna información con la presentación de cada imagen.

Objetivos:

Una primera hipótesis era la de suponer que la contemplación de la imagen de una pintura, sin contextualizarla ni hacer ningún tipo de referencia a elementos que pudieran ubicarla cognitivamente (título, autor, fecha, técnica y dimensiones), daría como resultado un menor impacto emocional (variable dependiente) que cuando la imagen aparecía con esa información (variable independiente).

Una segunda hipótesis consistía en suponer que las personas que visualizaban la imagen con las referencias antes señaladas, la evaluarían más positivamente.

Sujetos:

Se formaron dos pequeños grupos, de dieciocho personas cada uno, homogéneos en cuanto a género, profesión, edad y procedencia.

Materiales:

Se utilizaron las respuestas a los mismos cuestionarios que los señalados en 2.2.b).

Método:

Se utilizó la misma selección de imágenes que en aquél experimento e, igualmente, después del visionado de cada una se les pedía que anotasen en la casilla correspondiente de los cuestionarios la puntuación de cada una de ellas.

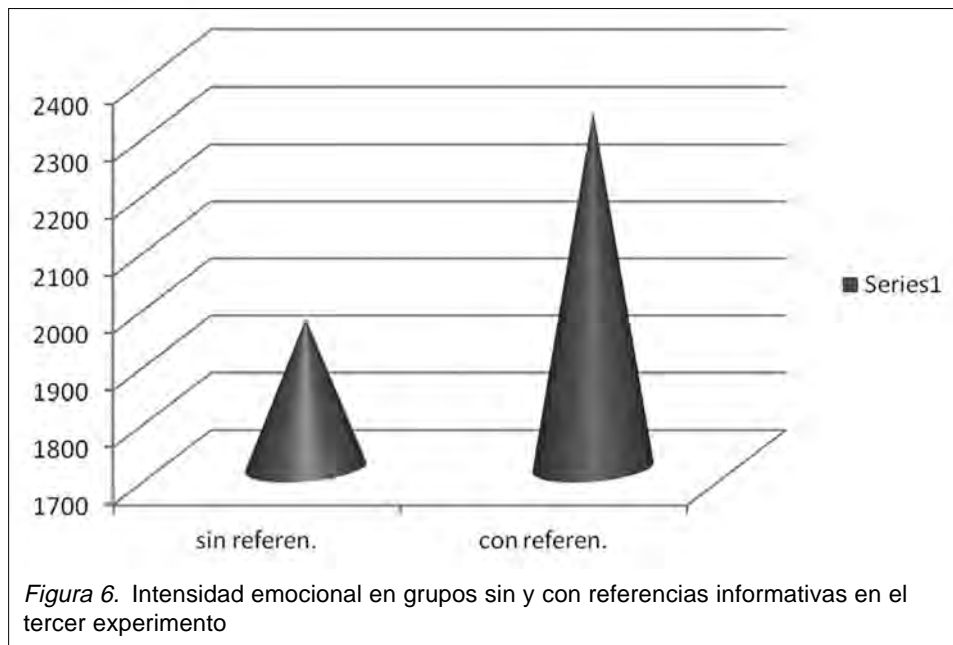
Al grupo de control no se le ofreció otra cosa que la imagen de la pintura. Al grupo experimental se le anotaba, bajo la pintura, el autor, título, fecha, dimensiones y técnica utilizada.

Tratamiento del material:

Se procedió, tras comprobar que las varianzas eran iguales, a comparar las puntuaciones obtenida en los dos grupos, utilizando como estadístico de contraste la *T* de Wilcoxon.

Resultados:

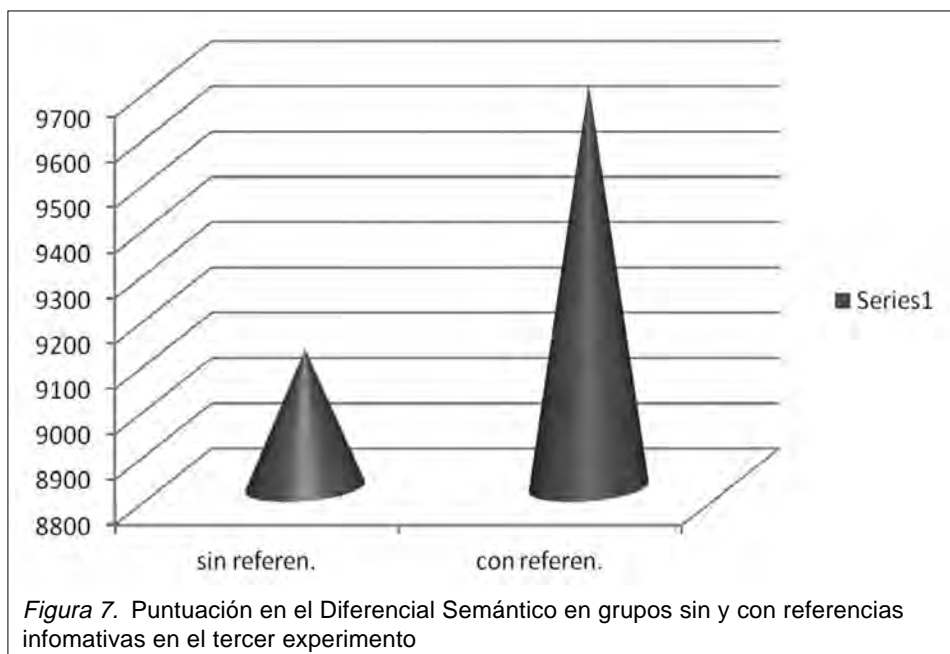
Como puede verse en la figura 6, el grupo que visualizó la pintura con las referencias correspondientes, obtuvo una puntuación en intensidad emocional significativamente superior al grupo que no la utilizó.



Igualmente, el grupo que visualizó las pinturas con referencias, obtuvo una puntuación en la evaluación del Diferencial Semántico significativamente superior al que las visualizó sin tener ninguna referencia, como se puede apreciar en la figura 7.

Discusión:

Los resultados nos hablan de cómo, ante un mismo estímulo visual –un imagen– la inclusión de una información que facilite la contextualización cognitiva (título de la misma, autor, fecha, medidas y técnica) intensifican la implicación emocional, así como una mejor valoración de la misma.



3. Presentación de una sesión con fantasía guiada

3.1. Contextualización de la intervención: presentación del caso

3.1.1. Datos generales

Montse es una mujer de 39 años. Trabaja como administrativa en una multinacional. Tiene una cara graciosamente aniñada, una mirada vivaracha y una sonrisa permanente –en principio– en la cara. Pero esa sonrisa se transforma en una especie de mueca de dolor cada vez que se refiere a su pasado. Es muy expresiva, tiene una gran fluidez verbal que le permite manifestar con claridad y precisión su confusión y ambigüedad.

A pesar de su encantadora sonrisa, Montse es una mujer que sufre mucho. Señala que sus problemas los tiene desde muy pequeña. Describe el ambiente familiar como “muy desestructurado”, para referirse a una madre autoritaria y distante y un padre ausente, porque estaba todo el día en el trabajo. La infancia estuvo marcada por la ansiedad, y la adolescencia, además, por episodios de sobrealimentación y autorrechazo por el sobrepeso. Tiene un hermano un año mayor que ella y una hermana dos años menor. Ella era “la invisible” de los hermanos y pensaba que sus padres no la querían porque no le mostraban ningún afecto. Ahora los problemas se hacen más evidentes cuando está cerca de la familia o empieza a sentir algo por una posible pareja.

En las primeras sesiones se desvía de los temas y habla frecuentemente del

daño que ha recibido de sus padres, que siempre la han criticado. Especialmente su madre, que ya desde niña no permitía que hiciera otra cosa que trabajar. No podía resistir que la niña Montse descansara, o jugara, sino que en cuanto llegaba a casa le encargaba tareas de limpieza. La madre era una limpiadora compulsiva... y Montse lo es. Cuando llega a su casa, después del trabajo, limpia y limpia. Quiere leer, pero le es absolutamente imposible concentrarse porque le viene una sensación desagradable y la crítica de que está perdiendo el tiempo. Por supuesto tampoco ve la tele ni se relaja... limpia sobre limpio hasta que le aparece otra tarea. Dice de su madre: “Es todo el rato ‘haz esto’, ‘haz lo otro’, ‘no hagas un viaje’, ‘no cojas el coche’... y yo soy igual”.

Su cabeza, según ella, es una “olla de grillos” donde se agitan una multitud de pensamientos y donde continuamente aparecen los sufrimientos del pasado –hasta que se independizó de sus padres– y esos recuerdos la hieren continuamente y no puede apartarlos de su mente. Vive en forma exagerada y compulsiva todos los que el Análisis Transaccional denomina “mensajes impulsores”, es decir: los intentos de ser perfecta, esforzarse al máximo, complacer a todos, reprimir los sentimientos tiernos e ir deprisa.

Sus amigas la tachan de obsesiva, de que no sabe dejar de preocuparse y de que es muy dramática y “excesivamente intensa” en todo. Se confunde continuamente acerca de sus sentimientos. Sabe que las amistades hay que cultivarlas y lleva una lista de ellas y de cuándo le toca llamar a alguna para salir con ella en un turno rotatorio. Cuando toma conciencia de que es ella la que siempre toma la iniciativa de verse, se enfada y se lo reprocha a sus amigas que le dicen que exagera y que no hay para tanto.

Ahora estrena relación sentimental y tiene miedo de estropear el proceso. Ha tenido algunas parejas importantes que la han engañado o maltratado. Montse considera que ya ha sufrido suficiente con sus padres y ahora no quiere sufrir más, por lo que a las últimas parejas que ha tenido, las ha dejado rápidamente en cuanto surgía la primera decepción.

Es una mujer autónoma e inteligente, que ha tomado muchas iniciativas –como independizarse pronto de sus padres e irse a diferentes sitios del extranjero a trabajar durante unos años– que implicaban un cierto riesgo, y ha salido bien de todo ello. Le ha ayudado mucho, en toda su trayectoria, su experiencia espiritual desde niña (sobre todo cuando disfruta contemplando la naturaleza), cosa que le da miedo confesar por miedo a la ridiculización por parte de la terapeuta, habiendo vivido sus peculiares experiencias en este campo con una gran soledad.

En su demanda señala como principales problemas: “patrones repetitivos que me causan infelicidad: fobia a tener pareja, fobia a confiar, hipersensibilidad y preocupación, exceso de análisis en las cosas que suceden, falta de autoestima, traumas pasados que no me dejan avanzar... ganas de aprender y ser mejor persona, superando todos estos miedos y ansiedades”. En la primera entrevista añade: a) confusión interna y b) copia de actitudes de sus padres que le hacen daño.

3.1.2. Hipótesis diagnósticas, según el DSM-IV-TR

En el momento en que acudió a solicitar terapia, el diagnóstico según el DSM-IV-TR era el siguiente:

Eje I: F41.1 Trastorno por ansiedad generalizada [300.02]

Eje II: F60.9 Trastorno de la personalidad no especificado [301.9], con fuertes rasgos de personalidad obsesiva (detallismo, perfeccionismo, dedicación al trabajo) y de la personalidad histriónica por su emotividad (estado emocional cambiante, hablar dramático, sugestionabilidad y probablemente consideración de las amistades más íntimas de lo que son).

Eje III: Ninguno.

Eje IV: en el momento de iniciar la terapia no hay estrés psicosocial (más tarde, en el transcurso de la misma, tendrá que afrontar un despido laboral, consecuencia de la crisis económica que afecta a la empresa)

EEAG 55: síntomas moderados

3.1.3. Una sesión clave, dentro de la dinámica general del proceso

Las primeras sesiones están dominadas por su agitación y confusión, junto con un pensamiento obsesivoide. La terapeuta observa cómo la paciente va y viene de sus sufrimientos del pasado a los del presente, que se confunden, solapan y mezclan, por lo que va percibiendo la necesidad de que Montse pueda desprenderse del pasado y crear un espacio libre para pensar. Por ello va reuniendo información para ver cómo hacerlo, programando un ejercicio de fantasía, bastante al principio del proceso. A continuación se pasa a describirla, utilizando el esquema de Greenberg (1990) para los cambios intra-sesión:

a) Señal de la clienta:

En el relato de Montse, continuamente interfiere el dolor por el pasado, tiñendo de luto el presente, que no puede percibir con nitidez emocional. Las sesiones iniciales son narraciones que se llenan de fragmentaciones temporales con referencias, comparaciones y atribuciones de sus dificultades a las vivencias de la infancia.

b) Actuación de la terapeuta:

Procedió a elaborar una fantasía, integrando elementos procedentes de distintas metodologías de trabajo con imágenes, que propuso a la paciente. La fantasía consistió en sugerir a Montse (en un estado de relajación, tumbada y con la habitación en penumbra) que se imaginara yendo por una montaña, con una mochila donde lleva todo el peso del pasado. El camino que ha recorrido en el momento en que se inicia la fantasía, queda abajo a la izquierda y se dirige hacia la derecha y hacia arriba. Se encuentra en un claro de la montaña donde se para un momento a descansar y aprovecha para dejar en el suelo la mochila y sacar de ella todos los objetos que contiene, que simbolizan esos elementos dolorosos con los que carga desde hace tiempo.

c) Actuación de la paciente:

Montse va siguiendo las consignas y, a ritmo lento, en actitud de escucha

interior, relata el inventario de los objetos simbólicos que se encuentra en la mochila, atribuyéndoles espontáneamente un significado. La lista que fue elaborando paulatinamente, fue la siguiente:

1. una pequeña pecera redonda, con un pececito dentro, que significa su soledad
2. una llave inglesa muy pesada, como símbolo de su tristeza
3. un pito de árbitro de fútbol, símbolo de la exigencia de obediencia total y “al instante” por parte de sus autoritarios progenitores
4. un cuerno, símbolo del aislamiento comunicativo
5. unas gafas de sol, que simbolizan su inocencia y falta de visión para ver quién la está engañando
6. una cuerda de escalador, para expresar su atadura al pasado
7. una diadema con mariposas que le gustaba de niña
8. pañuelos para secar sus lágrimas
9. una raqueta de tenis, que le compró a su hermano en lugar de comprarse una cosa que le gustaba a ella, como símbolo de deseos sin resolver
10. un pájaro dorado, símbolo de lo bueno que hay en ella que quiere volar
11. su hermana, con la que siempre se pegaba de pequeña y con la que ahora tiene una buena relación
12. el cinturón con que la pegaban, y que alude a la sumisión, represión y la rabia
13. un plato de cordero guisado, para simbolizar “el momento chulo” de los viernes
14. su abuelo (que abusó de ella de niña)
15. unas chanclas, que le recuerdan los momentos buenos del verano en su infancia
16. una medalla de honor, símbolo de la injusticia de otorgársela a otra en una carrera que había ganado ella
17. un nazareno que significa la tradición y la rectitud
18. un árbol grande y milenario, con recuerdos de Robin Hood, protector y sabio, y que simboliza su búsqueda espiritual
19. una vela encendida, que simboliza la introspección y la calma
20. una manzana, que alude a lo que hay que hacer por obligación.

La terapeuta, al inicio de la fantasía, invita a Montse a que cada uno de los objetos que van saliendo y evocan sufrimiento los abandone en el camino del pasado, en el lugar que les corresponde. Pero como, paulatinamente, los objetos negativos van alternándose con elementos positivos, le propone cuando sale el primero de estos objetos (la diadema con mariposas) que elija cuáles desea quedarse y conservar para que le acompañen en el resto de su trayectoria. Montse lanza la mayoría hacia el pasado y visualiza cómo quedan en el camino recorrido, moviendo algunos para variar la distancia a la que los quiere dejar, hasta sentirse a gusto. Algunos, como el cinturón, los tira con toda la fuerza posible, para que vayan bien

lejos. Otros los deja junto a ella, pues no quiere desecharlos. La terapeuta le invita a descansar un poco y a ponerse luego en marcha hacia el futuro. Una vez desechados y situados en el camino recorrido la mayor parte de ellos, Montse toma la mochila, se pone las sandalias y la diadema, se sienta un rato bajo el árbol coge la vela y el pájaro y sigue con su hermana hacia arriba. Llega a un alto desde el que ambas ven ponerse el sol y se siente liberada y en paz, sostenida por una Realidad Misteriosa e infinita que la cuida. Se queda allí un rato con su verborreica hermana –sorprendentemente y por una vez– callada ante la belleza del atardecer.

d) Cambio intrasesión

Montse está calmada y esperanzada. A partir de ahí nunca más volvió a mezclar el sentimiento afectivo del pasado con el presente o el futuro y sus apreciaciones se hicieron más diáfnas, al no estar condicionadas por los recuerdos. Volvía de cuando en cuando la preocupación por la próxima visita a sus padres, pero referida a las dificultades de afrontarla en el presente, no a sus recuerdos con ellos.

Una vez que tuvo lugar la sesión descrita, que marcó un antes y un después en el proceso, el trabajo fue fácil, y estuvo dominado por tener que recurrir constantemente a la desconfusión emocional y cognitiva, fruto de un mal aprendizaje psicológico, como telón de fondo de toda la terapia. Cuando acabó la terapia, en el cuestionario evaluativo del proceso, Montse dijo, a propósito de esta sesión:

La fantasía fue crucial. Decidí dirigir mi vida a un camino que me llenara, a dirigirla yo misma, a sentir fuerza interna para seguir mi instinto y sueños. Ahora me quiero mucho más y me siento con fuerza interna para seguir adelante.

De hecho, acabó la terapia un poco antes de la cuenta, aunque los cambios básicos estaban hechos, porque había encarrilado su vida hacia una nueva profesión, y los horarios eran incompatibles. En conjunto, terapeuta y paciente vieron que era más terapéutico cortar la terapia sabiendo que ante cualquier apuro se podría concertar una sesión extra, que no ha sido necesaria.

Esta sesión, no fue la única intervención con fantasía que se realizó. Otros trabajos relevantes con imágenes fueron, a lo largo del proceso: el análisis del guión de la vida (Berne, 1974), a través de la *Fantasía de la obra de teatro* y la creación de un cuento de animales (O’Hearne, 1977). Del desarrollo de estas intervenciones quedaron claras la relevancia de sus experiencias espirituales desde niña, y del amor como elemento para dar sentido a la vida y, a la vez, objeto de aprendizaje. También se practicó un diálogo con el miedo –adaptando la técnica del diálogo con la silla vacía de Levisky y Perls (1973)– y un trabajo con las fantasías catastróficas.

3.2. Integración de aportaciones en el terreno de las técnicas imaginarias

Podemos ver que en el procedimiento imaginario que se dio se incluyeron tanto imágenes concretas mnémicas (por ejemplo, la diadema de mariposas o el plato de cordero guisado), junto con imágenes de la fantasía (el paseo por la montaña, la mochila, etc.) y esquemáticas (como la vela, el árbol o el pájaro). La

fantasía es parcialmente pasiva (siguiendo las consignas de la terapeuta) y parcialmente activa (dejando a la espontaneidad el surgimiento de los diferentes objetos de la mochila), con un alto grado de flexibilidad, ya que la terapeuta va co-creando con la paciente la fantasía, a la vista de la narración que ésta va haciendo. Mientras a Montse se le da un armazón en el que colocar sus contenidos, éstos se dejan que vayan surgiendo de ella. Durante todo el transcurso de la intervención se tuvo buen cuidado de ir chequeando la reverberación corporal de todo el proceso, para garantizar el anclaje experiencial.

Para la elaboración de la fantasía propuesta, se tomaron elementos de los siguientes modelos y metodologías:

a) Del *Focusing* de Gendlin (1988) se utilizó el llamado “despejar un espacio” que constituye el primer paso del método completo. Esta intervención que tiene un carácter preliminar de preparación exploratoria de los problemas, va dirigida a crear un espacio interior libre de interferencias que contaminen el trabajo que se pretende realizar, pero también puede ser utilizada como intervención independiente, para lograr la desidentificación de la persona respecto a sus problemas, preocupaciones o cualquier otro elemento que impida la relajación, o como señala Alemany “que pueda experimentar el alivio de la distinción entre el ‘sí mismo’ y las circunstancias o situaciones de la vida que actualmente vive” (Alemany, 1988, p. 71). En este caso se trataba de desidentificar no sólo el sí mismo de las circunstancias, sino el presente respecto al pasado, para poder afrontar los problemas de la actualidad sin mezclarlos con otros anteriores. Por otra parte, la metáfora de la mochila es una de las muchas que se utilizan para el trabajo de despeje, y la terapeuta eligió ésta porque encajaba bien con la experiencia excursionista de la paciente y porque ésta había manifestado en alguna ocasión que “el pasado le pesaba mucho” y por lo tanto encajaba también con la metáfora que espontáneamente había aportado ella. A lo largo de toda la fantasía, se fue chequeando que la narración de Montse tuviera un correlato corporal, es decir, que tuviera una reverberación de “sensación-sentida” (*felt-sense*), para no caer en un discurso meramente imaginativo, sin repercusión experiencial, como pide Gendlin en sus referencias a los trabajos con fantasía (Gendlin, 1997). Por ello, también se recurría a comprobar, a través de las sensaciones corporales, el lugar en que dejaba cada uno de los elementos del pasado que Montse quería abandonar, de forma que hubiera, en relación con cada uno de ellos, la distancia que daba lugar a comodidad y relajación.

Este enfoque desidentificativo respecto al problema, coincide plenamente con el enfoque de la terapia narrativa.

Al contrario que las perspectivas tradicionales de psicoterapia, que ven el problema como si estuviera “dentro” del cliente, internalizando y fundiendo el problema con éste, el enfoque de re-autoría intenta situar el problema fuera de las personas. Por ejemplo, en lugar de intentar determinar cuáles son las características del cliente (cognitivas, emocionales) que agravan o mantienen la depresión, la terapia narrativa procura disociar el problema

(por ejemplo, pesimismo, depresión, perfeccionismo) de la persona. Este proceso de externalización del problema se obtiene mediante el uso de un lenguaje externalizador. El terapeuta formula sistemáticamente cuestiones de forma que lleven a separar el problema de la persona (por ejemplo “¿qué hace el pesimismo para convencerle?”, “cuando el pesimismo consigue que haga lo que él quiere, ¿cómo se siente?”, ¿cuál es el proyecto del pesimismo en su vida? (Gonçalves, 2000, p. 60).

Pero, a diferencia de las propuestas de White (2007) y White y Epston (1990) respecto al lenguaje externalizador, ya desde 1970 se venían utilizando en las psicoterapias humanistas estas técnicas externalizadoras uniendo el lenguaje a la imagen –como el llamado “diálogo con el síntoma” de la Psicoterapia de la *Gestalt* (Levitsky y Perls, 1973)–, y frecuentemente a algún tipo de implicación corporal, como el “diálogo con la silla vacía” (*Ibidem*) que tan eficaz se ha mostrado, frente a las intervenciones exclusivamente verbales (GreenbergClarke, 1979; GreenbergDompierre, 1981) ya que éstas suelen necesitar un desplazamiento de la atención hacia niveles abstractos (“¿cuál es el proyecto del pesimismo en su vida?”). Estos planos de una mayor abstracción conceptual son bastante más difíciles de impregnar de experiencia que el recurso intuitivo a imaginar el pesimismo (una persona con los hombros caídos y aire triston, o un sauce llorón, etc.), dibujarlo, colocarlo en la silla de enfrente y hablar con él, por poner un ejemplo típico del modelo de Perls. Especialmente cuando la experiencia a rehacer tiene que ver con una infancia temprana en la que, como ya dijimos a propósito de los hallazgos de Paivio (1971, 1972), se codifica en lenguaje no verbal.

b) Del *Ensueño Dirigido* de Desoille (1973) se tuvieron en cuenta los descubrimientos que éste hizo acerca de los estados afectivos provocados por los movimientos verticales en las fantasías. Desoille había comprobado cómo, cuando en la fantasía se produce un movimiento de ascenso, el estado afectivo varía hacia un mayor dinamismo y optimismo; y cómo, por el contrario, los movimientos de descenso llevaban a la persona a conectar con estados afectivos depresivos y ansiosos. Montse arrastraba un fondo de tristeza permanente, una sensación de impotencia e injusticia ligada a una infancia de sufrimiento oprimida por el clima familiar, frente al que no podía actuar. Por otro lado, el relato de su vida mostraba como contraste una gran fuerza interior y capacidad emprendedora. Por ello se optó por una fantasía que le ayudase a conectar con sus aspectos más luminosos y a abandonar unos estados afectivos que tenían sentido y se podían validar como funcionales en relación con el pasado, pero que en el presente significaban una rémora disfuncional y extemporánea. La fantasía, pues, se realizó de tal forma que Montse visualizaba haber ascendido desde abajo, lugar al que correspondían los sentimientos depresivos, y se prolongaba hacia el futuro en dirección ascendente. Se tuvieron en cuenta también las conclusiones de las investigaciones de Ahn y Bailenson (2011) sobre el carácter persuasivo de las imágenes que representan a uno mismo realizando determinada acción futura.

c) Se tuvo en cuenta, muy especialmente, el trabajo con las “líneas del tiempo” que propone la Programación Neurolingüística (Andreas y Andreas, 1991), en el que se explora el sentido espacial de las fantasías del sujeto para descubrir en qué lugar del espacio imaginario ubica el pasado, y en cuál el presente y el futuro. En este tipo de trabajo se ha llegado a la conclusión que mayoría de personas del mundo occidental (que han aprendido a escribir y leer de izquierda a derecha), ubican –como se suele interpretar en las pruebas proyectivas gráficas– el pasado a la izquierda y el futuro a la derecha, partiendo en diagonal desde el lugar físico que ocupa la persona. En esa misma dirección van los resultados de las investigaciones de Schlack y Albrigh (2007) y de Macknik, di Stasi y Martínez Conde (2014). Una segunda modalidad menos habitual, pero tampoco extraña, es la ubicación del pasado a la espalda y el futuro al frente. En ambos casos, la visualización de los recuerdos o fantasías de futuro están más cerca espacialmente cuando más cerca están temporalmente. La experiencia de la terapeuta es que en casos, como ocurría en el de Montse, en que el pasado o el futuro se confunden con el presente o entre sí, la persona “no tiene ordenadas las líneas del tiempo”, es decir: en la ubicación imaginaria de distintas escenas, no hay una secuencia clara espacial que se corresponda metafóricamente con la secuencia temporal, y la persona puede “topar” con el pasado, experimentando analepsis (*flashback*), con los sentimientos correspondientes a una escena retrospectiva, consciente o inconscientemente, al mirar el presente o planear el futuro. Por eso era importante proceder a ordenar esas líneas imaginarias de programación inconsciente de la fantasía. Para ello se recurrió –después de la exploración previa del desorden de Montse– a proponer en la fantasía una línea (el sendero de la montaña) que ordenaba la secuencia y colocaba el pasado a la izquierda y el futuro a la derecha.

Aparte de tener en cuenta estas aportaciones, algo imprescindible era adecuar la fantasía a la peculiar sensibilidad de la paciente. En este caso, nos encontramos con una mujer profundamente amante de los paisajes naturales, a la que gusta caminar y disfrutar del aire libre, y que es capaz de percibir la belleza trascendente que late en los elementos, y que el contacto con ellos constituye uno de sus valores centrales. Al respecto hay que decir que el final de la fantasía contribuyó a reafirmar esa dimensión espiritual que le había permitido orientarse y sobrevivir sin desesperarse, a pesar de todo el sufrimiento experimentado. Para Montse, la luna había sido un símbolo del acompañamiento de una presencia invisible del Misterio, en la que su soledad encontraba acogida y consuelo. De hecho, en la *Fantasía de la obra de teatro* que realizó en otra ocasión, puso como título de tal obra –que representaba la propia trayectoria– el de “La luna y yo” en el que la luna cumplía el papel de confidente y símbolo de ese apoyo inmanente y trascendente que había vivenciado desde niña. En la fantasía de la sesión descrita, acaba ésta viendo ponerse suavemente el sol, mientras va apareciendo su gran amiga, la luna...

4. Conclusiones

La aplicación de intervenciones psicoterapéuticas tiene una serie de ventajas, al situarse en un nivel intermedio de riesgo para el paciente y por las posibilidades de adaptación a las peculiaridades específicas del mismo. Las psicoterapias experiencial-humanistas han desarrollado múltiples metodologías y modalidades del manejo de los símbolos, trabajados en forma idiosincrásica, y teniendo en cuenta los muchos matices que los tres elementos (la imagen, el cuerpo y el significado) presentan, para llevar a una mayor eficacia la intervención. La posibilidad de combinar los hallazgos procedentes de distintos modelos, permite alcanzar unos mayores niveles de cambio terapéutico.

Referencias bibliográficas:

- Ahn, S.J. y Bailenson, J.N. (2011). Self-Endorsing Versus Other-Endorsing in Virtual Environments. *Journal of Advertising*, 40(2), 93-106.
- Ahsen, A. (1965). *Eidetic Psychotherapy: a short Introduction*. Lahore: Nai Matboat.
- (1968). *Basic concepts of eidetic psychotherapy*. Nueva York: Brandon House.
- Alarcos Llorach, E. (1994). *Gramática de la Lengua Española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Aleman, C. (1988). Despejar un espacio en Focusing. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, (23y24), 69-82.
- Allport, G. W. (1975). *La personalidad. Su configuración y desarrollo* (5ª ed.). Barcelona: Herder (Traducción del original en inglés de 1963)
- American Psychiatric Association (2003) (2ª reimpression). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Breviario*. Barcelona: Masson.
- Amit, E. y Greene, J. (2012). You See, the Ends Don't Justify the Means: Visual Imagery and Moral Judgment. *Psychological Science XX* (X) 1-8. doi: 10.1177/0956797611434965
- Andreas, C. y Andreas, S. (1991). *Corazón de la mente*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos (Traducción del original en inglés de 1989).
- Assagioli, R. (1973). *Principi e Metodi della Psicossintesi Terapeutica*. Roma: Astrolabio (Traducción del original en inglés de 1965).
- Baillargeon, R. (1987). Object permanence in 3½- and 4½-month-old infants. *Developmental psychology*, 23(5), 655. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.655.
- Baillargeon, R. y Onishi, K. H. (2005). Do 15-Month-Old Infants Understand False Beliefs? *Science*, 308(5719), 225-258. doi: 10.1126/science.1107621.
- Baillargeon, R., Scott, R. M., y He, Z. (2010). False-belief understanding in infants. *Trends in cognitive sciences*, 14(3), 110-118. doi:10.1016/j.tics.2009.12.006
- Baillargeon, R., Spelke, E. S., y Wasserman, S. (1985). *Cognition*, 20(3), 191-208. doi:10.1016/0010-0277(85)900083.
- Bandler, R. (1988). *Use su cabeza para variar. Submodalidades en PNL*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos (Traducción del original en inglés de 1985).
- Berne, E. (1974). *Qué dice usted después de decir "hola"?* Barcelona: Grijalbo (Traducción del original en inglés de 1973).
- Bettelheim, B. (1980). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. (4ª ed.). Barcelona: Grijalbo (Traducción del original en inglés de 1976).
- Boadella, D. (1993). *Corrientes de vida*. Paidós: Buenos Aires (Traducción del original en inglés de 1987).
- Bruner, J. (2004) *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa (Traducción del original en inglés de 1986).
- Cangas, A.J., Gallego, J., Aguilar-Parra, J.M. y Salinas, M. (2013) Propiedades psicométricas de *My-School4web*: programa informático de simulación 3D encaminado a la detección de consumo de sustancias, acoso escolar y alteraciones de la imagen corporal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. (3), 307-315

- Corrigan, F. y Grand, D. (2013). Brainspotting: Recruiting the midbrain for accessing and healing sensorimotor memories of traumatic activation. *Medical Hypotheses*, 80(6), 759-766.
- D'Argembeau A. y Van der Linden, M. (2006). Individual differences in the phenomenology of mental time travel: The effect of vivid visual imagery and emotion regulation strategies. *Consciousness and Cognition*, 15(2), 342-350.
- Denis, M. (1984). *Las imágenes mentales*. Madrid: Siglo XXI de España Editores (Traducción del original en francés de 1979).
- Desoille, R. (1973). *Entretiens sur le Rêve-Eveillé-Dirigée en psychoterapie*. Paris: Payot.
- Díaz Curiel, J. (enero-febrero 2015). *Creatividad artística y psicopatología*. Curso on-line, en www.psiquiatria.com.
- Durand, G. (1971). *La imaginación simbólica*. Buenos Aires: Amorrortu (Traducción del original en francés de 1971).
- Ferrer-García, M., García-Rodríguez, O., Gutiérrez Maldonado, J. y Pericot-Valverde, I. (abril, 2010). Tratamiento del tabaquismo mediante la exposición a entornos de realidad virtual. En Santolaya, F. (Presidencia). Comunicación llevada a cabo en el *Congreso Internacional sobre Avances en Tratamientos Psicológicos*, Granada.
- Ferrer-García, M. y Gutiérrez-Maldonado, J. (2012). The use of virtual reality in the study, assessment, and treatment of body image in eating disorders and nonclinical samples: A review of the literatura. *Body image* 9(1), 1-11.
- Ferrucci, P. (1987). *Psicosíntesis*. Málaga: Sirio (Traducción del original en inglés de 1982).
- Forisha, B.L. (1978). Mental Imagery and Creativity. Review and speculations. *Journal of Mental Imagery*, (2), 209-238.
- (1981). Patterns of mental imagery and creativity in men and women. *Journal of Mental Imagery*, (5), 85-96.
- Fromm, E. (1980). *El lenguaje olvidado. Comprensión de los sueños, mitos y cuentos de hadas* (8ª ed.). Buenos Aires: Hachette (Traducción del original en inglés de 1951).
- Ganesh, S., van Schie, H., Lange, F.P. Thjompson, E. y Wigboldus, D.H.J. (2012). How the Human Brain Goes Virtual: Distinct Cortical Regions of the Person-Processing Network Are Involved in Self-Identification with Virtual Agents. *Cerebral cortex*, 22(7), 1577-1585.
- García, A., Botella A, Herrero, R.; Molinari, G.; Castilla, D. V. y Vizcaíno, Y. (2013). Avances en el tratamiento psicológico de la fibromialgia: realidad virtual para la inducción de emociones positivas y la promoción de la activación comportamental. Un estudio piloto. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 22(2), 111-120
- Gelman, R. y Baillargeon, R. (1983). A review of some Piagetian concepts. *Handbook of child psychology*, (3), 167-230.
- Gendlin, E. (1988). *Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao: Mensajero.
- Gendlin, E. (1997). El uso de la imaginación en el focusing experiencial. En C. Alemany (Ed.), *Psicoterapia experiencial y Focusing. La aportación de E.T. Gendlin* (pp. 125-130). Bilbao: DDB (Traducción del original en inglés de Gendlin, E.T. y Olsen, L. de 1970).
- Gendlin, E. (2001). *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños*. Bilbao: DDB (Traducción del original en inglés de 1986).
- Gimeno-Bayón, A. (2003). William James, *Focusing y Gestalt*: tres formas coincidentes de plantear el experienciar. *Miscelánea Comillas*, 61(118), 107-133
- Gimeno-Bayón, A. (2012). *Un modelo de integración de la dimensión corporal en Psicoterapia*. Lleida: Milenio.
- Gimeno-Bayón, A. (2014a). Psicopatología y Psicoterapia de la fase de valoración ética. *Revista de Psicoterapia*, (97), 43-78.
- Gimeno-Bayón, A. (octubre 2014b). El papel del cuerpo en la Inteligencia Emocional. En N. Lizeretti (Presidencia). Ponencia llevada a cabo en el *II Congreso Nacional de Inteligencia Emocional*. Col·legi Oficial de Psicòlegs, Barcelona.
- Gonçalves, M. (2000). Terapia narrativa con niños y adolescentes: ¿De qué están hechos los problemas? *Revista de Psicoterapia* (44), 59-82.
- Goulding, M. y y Goulding, R. (1985). *Ajuda-te pela Análise Transaccional*. Sao Paulo: Ibrasa (Traducción del original en inglés de 1979).
- Grand, D. (2013). *Brainspotting: The Revolutionary New Therapy for Rapid and Effective Change*. Boulder (CO): Sounds True.
- Grawitz, M. (1975). *Métodos y técnicas de las ciencias sociales. Vol. II*. Barcelona: Editorial Hispano Europea (Traducción del original en francés de 1975).
- Greenberg, L. S. (1990). La investigación sobre el proceso de cambio. *Revista de Psicoterapia*, (4), 57-71.

- Greenberg, L.S. y Clarke, D. (1979). The differential effects of two-chair experiment and empathic reflections at a conflict marker. *Journal of Counseling Psychology*, (26), 1-8.
- Greenberg, L. S. y Dompierre, L. (1981). Differential effects of Gestalt two-chair dialogue at a split in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, (28), 288-294.
- Greenberg, L.S. , Rice, L.N. y Elliot, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Barcelona: Paidós (Traducción del original en inglés de 1993).
- Greenberg, L.S. y Safran, J.D. (1987). *Emotion in Psychotherapy*. Nueva York y Londres: The Guilford Press.
- Greve, B. (1976). Protocol Fantasy and Early Decision. *Transactional Analysis Journal*, 6(1), 57-60.
- Grinder, J. y Bandler, R. (1982). *De sapos a príncipes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos (Traducción del original en inglés de 1980).
- Guéguen, N. (2012). Does red lipstick really attract men? An evaluation in a bar. *International Journal of Psychological Studies*, 4(2), 206-209.
- Gutiérrez Maldonado, J., Loreto-Quijada, D. Kabas-Hoyos, K., Gutiérrez-Martínez, o y Ferrer-García, M. (abril, 2010). Aplicaciones de la realidad virtual en el tratamiento cognitivo-conductual del dolor crónico. En Santolaya, F. (Presidencia). Comunicación llevada a cabo en el *Congreso Internacional sobre Avances en Tratamientos Psicológicos*, Granada.
- Hamlin, J.K., Wynn, K., Bloom, P. y Mahajan, N. (2011). How infants and toddlers react to antisocial others. *Current Issue*, 108(50), 19931-19936. doi: 10.1073/pnas.1110306108
- Hamlin, J.K. y Wynn, A. (2011). Young infants prefer prosocial to antisocial others. *Cognitive Development*, 26(1), 30-39.
- Harwood, T. M., Pratt, D., Beutler, L., Bongar, B. M.; Lenore, S. y Forrester, B. T. (2011) Technology, telehealth, treatment enhancement, and selection. *Professional Psychology: Research and Practice*, 6(42), 448-454.
- Horowitz, M. (1983). *Image formation and psychotherapy*. Nueva York/Londres: Jason Aronson.
- James, W. (1989). *Principios de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica *The principles of Psychology*. Cambridge: Harvard University Press (Traducción del original en inglés de 1890).
- Jung, C.G. (1979). *El hombre y sus símbolos* (2ª ed.). Madrid: Aguilar (Traducción del original en inglés de 1964).
- Karatzias, T., Power, K., Brown, K., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J., Loughran, P., Chouliara, Z. y Adams, S. (2011). A Controlled Comparison of the Effectiveness and Efficiency of Two Psychological Therapies for Posttraumatic Stress Disorder: Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Emotional Freedom Techniques. *Journal of Nervous y Mental Disease*, 199(6), 372-378. doi: 10.1097/NMD.0b013e31821cd262
- Karpman, S. (1968). Fairy Tales and Script Drama Analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 7(26), 39-43.
- Keleman, S. (1997). *La experiencia somática. Formación de un yo personal*. Bilbao: DDB (Traducción del original en inglés de 1987).
- Lapesa, R. (1974). *Introducción a los estudios literarios*. Madrid: Cátedra.
- Lázaro Carreter, F. y Correa, E. (1974). *Cómo se comenta un texto literario* (11ª ed.). Madrid: Cátedra.
- Leventhal, H. y Everhart, D. (1979). Emotions, pain and physical illness. En C.E. (Ed.) *Emotions in personality and psychopathology* (pp. 261-299). Nueva York: Plenum Press.
- Levitsky, A. y Perls, F. (1973). Las reglas y juegos de la terapia gestáltica. En J. Fagan e I. Shepherd (Eds.): *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*, 144-152. Santiago de Chile: Amorrotu (Traducción del original en inglés de 1970).
- Lowen, A. (1985). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Herder (Traducción del original en inglés de 1958).
- Macknik, di Stasi y Martínez Conde (2014). A la hora justa. La mercadotecnia se vale de las estrategias visuales e ilusorias para vender el tiempo. *Mente y Cerebro*, (65), 86-88.
- Maheu, M.M.; Pulier, M. L.; McMenamin, J. P. y Posen, L. (2012). Future of telepsychology, telehealth, and various technologies in psychological research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 613-621.
- Martínez-Conde, S., di Stasi, L. y Macknik, S.L. (2015). Al rojo vivo. Verdades y falacias en torno a la percepción del color carmesí. *Mente y Cerebro*, (72), 83- 85.
- Montaño, M., Shin, P., Calero, A. Montoro, A. y Santacreu, J. (abril, 2010). Pacientes virtuales como recurso para tratamientos conductuales on-line. En Santolaya, F. (Presidencia). Comunicación llevada a cabo en el *Congreso Internacional sobre Avances en Tratamientos Psicológicos*, Granada.
- Mook, B. (2000). Interpretación del juego imaginativo en la psicoterapia infantil: hacia un enfoque hermenéutico fenomenológico. *Revista de Psicoterapia*, (44), 83-93.
- Moreno, J.L. (1966). *Psicoterapia de grupo y Psicodrama*. México: Fondo de Cultura Económica (Traducción del original en alemán de 1959).

- Munar, E., Nadal, M., Cela, C.J. y Maestú, F. (2010). La valoración estética, ¿una actividad ligada al sexo?. *Mente y Cerebro*, (43), 12-21.
- Munch, E. (1930). *The Private Journals of Edvard Munch. We are Flames which por out of the Earth*. Madison (WI): The University of Wisconsin Press.
- Nagamatsu, L. S., Voss, M., Neider, M.B., Gaspar, J. G., Handy, T. C., Kramer, A. F. y Liu-Ambrose, T. Y. L. (2011) Increased cognitive load leads to impaired mobility decisions in seniors at risk for falls. *Psychology and Aging*, 26(2), 253-259.
- Navarro, F. (Ed.) (1996). Los signos de puntuación/1. *Taller de escritura*, 48 (pp. 471-480). Barcelona: Salvat.
- Nir, Y. y Tononi, G. (2010). Dreaming and the brain: from phenomenology to neurophysiology. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(2), 88-100.
- Obiols, J., Laguna, E., Vayreda, A., Fernández, A. M., y Salcioli, V. (1993). Las marcas de la emoción en el discurso. *Revista de Psicoterapia* 4(16), 83-102.
- O’Hearne, L.P. (1977). Contes de fées et redécisions. *Actualités en Analyse Transactionelle*, 1(2), 78-81.
- Opris, D., Pinteá, S., García-Palacios, A., Botella, C., Szamosközi, S. y David, D. (2011). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29(2), 85-93.
- Osgood, C.E., Succi, G.J. y Tannenbaum, P.H. (1976). *La medida del significado*. Madrid: Gredos (Traducción del original en inglés de 1957).
- Otgaar. (2013). *What is adaptive about adaptive memory?* Oxford University Press.
- Otgaar, H., Alberts, H., y Cuppens, L. (2012). How cognitive resources alter our perception of the past: Ego depletion enhances the susceptibility to suggestion. *Applied Cognitive Psychology*, (26), 159-163.
- Otgaar, H., Howe, M.L. Peters, M., Smeets, T., y Moritz, S. (2014). The production of spontaneous false memories in childhood. *Journal of Experimental Child Psychology*, (121), 28-41.
- Otgaar, H., Howe, M.L., Smeets, T., Raymaekers, L., y van Beers, J. (2013). Memory errors in adaptive recollections. En B. Schwartz, M.L. Howe, M. Toglia, y H., *What is adaptive about adaptive memory?* (pp. 201-214). Nueva York: Oxford University Press.
- Otgaar, H., Scoboria, A., y Smeets, T. (2013). Experimentally evoking nonbelieved memories for childhood events. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory y Cognition*, (39), 717-730
- Paivio, A. (1971). *Imagery and verbal processes*. Nueva York: Holt.
- (1972). A theoretical analysis of the role of imagery in learning and memory. En P.W. Sheehan (Ed.), *The function and nature of imagery* (pp.253-281). Londres: Academic Press.
- (1975). Neomentalism. *Canadian Journal of Psychology*, (29), 263-291.
- Pauwels E. (2013). Mind The Metaphor. *Nature* (500), 523-524.
- Pérez-Fuentes, M.C., Álvarez-Bermejo, J.A., Molero, M.M., Gázquez, J.J., y López Vicente, M.A. (2011). Violencia Escolar y Rendimiento Académico (VERA): aplicación de realidad aumentada. *European Journal of Investigation of Health, Psychology and Education*, 1(2), 71-84.
- Perpiñá, C., Ferrero, A., Carrió, y Roncero, M. (2012). Normalización de la ingesta en una paciente con anorexia nerviosa purgativa con el apoyo de un entorno virtual. Un estudio de caso. *Annuary of Clinical and Health Psychology* (8) 23-30.
- Perls, F. (1974). *Sueños y existencia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos (Traducción del original en inglés de 1969).
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Madrid: Espasa.
- Reger, G. M., Durham, T.L., Tarantino, K., A., Luxton, D. D., Holloway, K. M. y Lee, J. A. (2013) Deployed soldiers’ reactions to exposure and medication treatments for PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 309-316.
- Reich, W. (1983). *La función del orgasmo*. Buenos Aires: Paidós (Traducción del original en inglés de 1942).
- Rodríguez, T. (2015). Por qué son eficaces las imágenes mentales. *Mente y Cerebro*, (70), 8-9.
- Rojo Sierra, M. (1988). *Psicología y psicopatología del bloque informativo*. Valencia: Promolibro.
- Rosal, R. (2013). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Lleida: Milenio (Edición revisada del original de 2002. Barcelona: Instituto Erich Fromm).
- Rosenberg, R.S., Baughman, S.L. y Bailenson, J.N. (2013). *PLoS One*. DOI: 10.1371/journal.pone.0055003.
- Saphiro, F. (1997). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. Nueva York: Basic Books.

REVALORIZACIÓN DE LOS POTENCIALES DEL HEMISFERIO CEREBRAL DERECHO. LAS IMÁGENES EN PSICOTERAPIA

APPRECIATION OF THE POTENTIAL OF THE RIGHT CEREBRAL HEMISPHERE. IMAGERY IN PSYCHOTHERAPY

Ramón Rosal Cortés

Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Rosal Cortés, R. (2015). Revalorización de los Potenciales del Hemisferio Cerebral Derecho. Las Imágenes en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 39-71.

Resumen

La constatación de dos hechos constituyen el punto de partida de este trabajo: a) el surgimiento durante la segunda mitad del siglo XX de modelos de psicoterapia que trabajan principal o exclusivamente con fantasías guiadas que estimulan la espontaneidad de las imágenes, además de otros que utilizan procedimientos con imágenes como un recurso relevante; y b) la constatación de que tras la etapa asociacionista (aproximadamente desde 1890 hasta 1920) –que prestó una atención científica prioritaria al tema de las imágenes–, seguida por la etapa conductista (especialmente entre 1920 y 1950) –en que las imágenes fueron desterradas de la investigación científica– surgen, desde la segunda mitad del siglo XX dos colectivos que contribuyen a un gradual y espectacular incremento de interés científico hacia la actividad imaginaria: el “paradigma cognitivo”, y el que cabe denominar “paradigma de las imágenes” del Nuevo Estructuralismo de Akhter Ashen. A partir de estos hechos se plantea –y responde– a tres preguntas: 1) ¿Qué papel ha jugado la actividad imaginaria a lo largo de la historia de la medicina?; 2) ¿Cómo puede explicarse el desinterés hacia las imágenes en la actividad terapéutica desde el siglo XVII?; 3) ¿Cuáles, entre las conclusiones de investigaciones básicas llevadas a cabo después de 1960 pueden significar un apoyo científico para los variados modelos que en la experiencia clínica vienen constatando el poder terapéutico de las imágenes? Finalmente se presenta el resumen de una investigación experimental sobre la eficacia terapéutica de una técnica con fantasía procedente de la Psicosisíntesis de Assagioli.

Palabras clave: Imágenes, actividad imaginaria, psicoterapia, fantasía del Proyecho, hemisferio cerebral derecho



Abstract

The starting point of this work is the verification of two facts: a) the emergence in the second half of the twentieth century of psychotherapy models that work mainly or exclusively with guided imagery which stimulate the spontaneity of images, plus other models which use procedures with images as a relevant resource; and b) the verification of the fact that after the associative phase which paid scientific priority to the topic of images (approximately from 1890 to 1920), followed by the behavioural phase in which images were practically banished from scientific research (especially between 1920 and 1950), after the second half of the XX century two collectives contribute to a spectacular and gradual increase in the scientific interest in image activity: the "cognitive paradigm" and the New Structuralism of Akhter Ashen which we could call "image paradigm". Based on these facts, three questions are posed and addressed: 1) What role has image activity played within the history of medicine? 2) How can we explain the lack of interest in images in therapeutic activities starting in the XVII century? 3) Which conclusions from basic research performed after 1960 can grant scientific support to the findings in terms of therapeutic power of images from the clinical experience of varied models? Finally, a summary of experimental research on the therapeutic efficacy of a psychotherapy technique with fantasy from Assaglioli's Psychosynthesis is presented.

Keywords: Imagery, psychotherapy, Project fantasy, right brain hemisphere.

0. Introducción

Durante unos diez años mi actividad investigadora se centró en dos temas principales, a saber:

1) la psicología de la creatividad, abordada desde los cuatro aspectos en que Mac Kinnon (1968) propuso diferenciar sus estudios, a saber: el producto creador, la personalidad creadora, el proceso creador y la situación creadora. Mi investigación se ocupó en aplicar estas aportaciones sobre la creatividad a la experiencia psicoterapéutica contemplada en sus *productos* o *metas*, en las actividades que se producen en su *proceso*, y en la *situación* facilitadora de los cambios psicoterapéuticos.

2) Un segundo tema que investigué, muy en relación con el primero, es el de la *psicología de las imágenes y la fantasía*, y en especial el poder de los procedimientos que las utilizan para producir cambios psicoterapéuticos creativos; es decir, no sólo cambios de los síntomas psicopatológicos, sino cambios sistémicos; cambios de la organización de la personalidad en la que se manifiesten tales síntomas.

El presente trabajo se refiere a algunos aspectos de estos dos temas. Cuando en el subtítulo del mismo digo “Las imágenes en psicoterapia”, me refiero a su poder para suscitar cambios terapéuticos creativos. Está hoy científicamente comprobado que los procesos imaginarios se relacionan principalmente con la activación del hemisferio cerebral derecho. Por otra parte, también se relacionan principalmente con este hemisferio dos tipos de procesos de especial relevancia en la experiencia psicoterapéutica, a saber: los procesos emocionales, y el pensamiento intuitivo. De ahí que haya titulado este estudio con la frase: “Revalorización de los potenciales del hemisferio cerebral derecho”.

La estructuración del presente trabajo consta de cinco apartados que he titulado:

1) Hechos; 2) Preguntas y descubrimientos; 3) Trabajos sobre las imágenes en psicoterapia desde 2005; 4) Hipótesis comprobadas en la experiencia clínica, y 5) Informe experimental.

1. Hechos

1.1. Un primer hecho es que, de forma independiente, con pocas excepciones en las que se haya producido alguna influencia inicial de un modelo sobre otros, surgiesen, en la segunda mitad del siglo XX, diferentes sistemas de psicoterapia – que denomino “oniroterapias” cuando trabajan principal o exclusivamente a partir de la espontaneidad imaginaria dirigida– y que atestiguan, con el apoyo de sus experiencias clínicas, la eficacia psicoterapéutica de los procedimientos con imágenes (véase tabla 1).

Tabla 1

Modelos que trabajan principal o exclusivamente con fantasías guiadas que estimulan la espontaneidad de las imágenes

Modelo	Fundador	1ª publicación
ENSUEÑO DIRIGIDO	Robert Desoille	1938
IMAGINERÍA AFECTIVA GUIADA	Hans Leuner	1955
PSICOTERAPIA EIDÉTICA	Akhter Ahsen	1965
PSICOSÍNTESIS	Roberto Assagioli	1965
PSICOTERAPIA DE LA IMAGINACIÓN	Joseph E. Shorr	1972
TERAPIA EMOTIVO RECONSTRUCTIVA	James K. Morrison	1979
IMAGINERÍA VISUALESPONTÁNEA	Joseph Reyher	1977
ANÁLISIS IMAGINATIVO	Gianmario Balzarini y Clorinda Salardi	1987

Pero la variedad de sistemas psicoterapéuticos que trabajan con imágenes es mucho mayor. Hay que tener también en cuenta la integración generalizada de procedimientos imaginarios en modelos que no incluyo en la lista de oniroterapias, como son los citados en la tabla 2, donde indico a sus creadores y la fecha de la primera publicación: Psicodrama, Psicoterapia de la *Gestalt*, Musicoterapia, Análisis Transaccional, Focusing, Psicoterapia Multimodal, Diario Intensivo, Dramaterapia, Programación Neurolingüística, Arteterapia e Imaginería guiada con música.

Tabla 2

Modelos que utilizan procedimientos con imágenes como un recurso relevante

Modelo	Fundador	1ª publicación
PSICODRAMA	Jacob Leví Moreno	1946
PSICOTERAPIA DE LA GESTALT	Fritz Perls, Hefferline y Goodman	1951
MUSICOTERAPIA	E.T. Gastón	1958
ANÁLISIS TRANSACCIONAL	Eric Berne	1961
FOCUSING	Eugène Gendlin	1969
PSICOTERAPIA MULTIMODAL	Arnold A. Lazarus	1973
DIARIO INTENSIVO	Ira Progoff	1975
DRAMATERAPIA	Eleanor C. Irwin	1979
	G. Schattner y R.Courtney	1981
PROGRAMACIÓN NEUROLINGÜÍSTICA	John Grinder y Richard Bandler	1980
ARTETERAPIA	Judith A. Rubin	1985a,1985b
IMAGINERÍA GUIADA Y MÚSICA	Lisa Summer	1985
PSICOTERAPIA INTEGRADORA	Ramón Rosal	
HUMANISTA	Ana Gimeno-Bayón	2002

Además, con anterioridad a todos estos autores, hay que considerar como iniciadores de la utilización psicoterapéutica de la actividad imaginaria a autores

relevantes como Janet, Frank, Caslant, Binet, Guillerey, Clark, Jung, Anna Freud, Happich y Schultz (Rosal, 1992). Véase el esquema y fecha inicial de sus aportaciones en la tabla 3.

Tabla 3

Iniciadores de psicoterapias con imágenes y fantasías

Autor	Aportaciones
Pierre JANET (1898)	Sustituir una imagen por otra en pacientes histéricos.
Ludwig FRANK (1910)	Produce relajación profunda >> imágenes hipnagógicas >> efectos catárticos.
Eugene CASLANT (1921)	Propone fantasías de ascenso y descenso.
Alfred BINET (1922)	"Método del diálogo".
Marc GUILLEREY (1925)	Fantasía dirigida, practicada desde 1925.
Pierce CLARK (1925)	En línea psicoanalítica, libre asociación de imágenes.
Carl Gustav Jung (1926)	"Imaginación activa". "Arquetipo" designa una imagen original, en el inconsciente. Es un centro cargado de energía. Son "autorretratos de los instintos" en la psique. "Símbolo" = transformadores de energía del acontecer psíquico.
Anna FREUD (1927)	Combina la libre asociación de imágenes con fantasía guiada en psicoanálisis infantil.
Carl HAPPICH (1932)	En línea de Binet, las imágenes ocupan ya un espacio primordial. Facilita contacto con "zona meditativa - intermedia entre consciente e inconsciente en la que introduce imágenes simbólicas, como el prado o la montaña.
Johannes SCHULTZ (1932)	Entrenamiento autógeno. Con ayuda de imágenes facilita las mismas sensaciones que en estados hipnóticos.

Estas relaciones sirven también para dar una idea de la variedad de formas – no sólo de modelos de psicoterapia– con utilización de la actividad imaginaria. No hay que pensar sólo en las llamadas *visualizaciones*, modalidad predominante y característica de las oniroterapias. Hay que considerar también formas de su utilización en combinación con *la dramatización* –por ejemplo en el Psicodrama, la Terapia *Gestalt*, o el Análisis Transaccional; o con *la música* –por ejemplo en la Musicoterapia y en la Imaginería Guiada con Música–; o con *el dibujo*, *la pintura*, *la elaboración de figuras de arcilla*, etcétera –por ejemplo en Arteterapia; o con *la escritura* –Diario Intensivo de Progoff; o con *actividad psicocorporal y cognitiva*, por ejemplo en el *Focusing* de Gendlin.

1.2. Un segundo hecho relevante que pude constatar, en los inicios de mis investigaciones sobre el poder terapéutico de las imágenes, es el encontrarme

situado en lo que constituye la tercera etapa en cuanto al interés de la psicología científica respecto a los procesos imaginarios. En la tabla 4 esquematizo lo que expongo a continuación.

Tabla 4

Tres etapas en el interés científico hacia las imágenes

1. ETAPA ASOCIACIONISTA Y ESTRUCTURALISTA (1890-1920)	
Tesis:	Las imágenes son el elemento fundamental del psiquismo. Método principal de investigación: la introspección.
<u>Fechner</u> (1860).	Diferencias individuales.
<u>Galton</u> (1883).	Diferencias individuales.
<u>Betts</u> (1909).	QMI.
<u>Binet</u> (1886).	El razonamiento es una "organización de imágenes". Influencia de Locke y Hume.
<u>Titchener</u> (1898).	Iniciador del estructuralismo. Unidades elementales del psiquismo: sensaciones, afectos e imágenes.
<u>Debate de la Escuela de Würzburg</u> (1901 a 1930)	
	Conclusiones: la introspección no basta como procedimiento de investigación de la mente. Indirectamente supone un apoyo al psicoanálisis y al conductismo.
2. ETAPA CONDUCTISTA (especialmente 1920-1950)	
Antítesis:	Las imágenes y todos los productos que se han atribuido a ellas son quimeras. La introspección no es un instrumento de investigación científica. El mecanismo responsable, según Watson, de las funciones atribuidas hasta 1930 a la imagen, en las conductas psicológicas, son los "procesos sensoriales localizados en la laringe" o respuestas verbales implícitas.
3. ETAPA COGNITIVA Y DEL NUEVO ESTRUCTURALISMO	
Síntesis (línea cognitiva): "Las imágenes, como todos los procesos que intervienen en las cogniciones, merecen un interés científico especial". Deben investigarse con metodología conductista, a partir de definiciones operacionales, y como variables independientes.	
Síntesis (línea del Nuevo Estructuralismo): Las imágenes son el elemento fundamental del psiquismo humano. Tipos de introspección: activa y pasiva.	

Situándonos a partir de finales del siglo XIX, cuando ya tiene lugar el inicio de las investigaciones psicológicas con metodología científica, veamos a modo de introducción histórica las oscilaciones experimentadas durante poco más de un siglo por parte de los científicos en su interés hacia las imágenes. Me permito recurrir, para estructurar este apartado, a la conocida triada de la *tesis*, *antítesis* y *síntesis*, aunque consciente de que toda esquematización de experiencias históricas implica una simplificación. También conozco, gracias a Ferrater Mora (1994), que no fue Hegel, contra lo que muchos han pensado y escrito, sino Fichte quien la usó

abundantemente. Hechas estas advertencias, puedo afirmar que, si organizamos la documentación que nos ofrecen los autores que han prestado atención a la evolución del interés científica hacia las imágenes (Balzarini y Salardi, 1987; Denis, (1979); Holt, 1964, 1972; Horowitz, 1983; Richardson, 1980), podemos encontrar tres etapas.

La *etapa asociacionista* que transcurre aproximadamente desde 1890 hasta 1920, en la que con la excepción de los integrantes de la Escuela de Würzburgo, la visión que predomina sobre las imágenes queda resumida, en lo básico, en la siguiente *tesis*: las imágenes son el elemento fundamental del psiquismo, por lo que se merecen una atención científica prioritaria entre el conjunto de fenómenos psicológicos. El método de investigación psicológica científica utiliza principalmente la introspección.

La *etapa conductista*, especialmente entre 1920 y 1950, en la que la actitud predominante por parte de los psicólogos científicos puede resumirse en la siguiente *antítesis*: las imágenes y todos los productos que se han atribuido a ellas son “quimeras” (Watson, 1930). Como los procesos de conciencia en general, deben ser desterrados de la psicología, ya que no pueden ser objeto de estudio científico. La introspección no es un instrumento de investigación científica.

La *etapa cognitiva y del Nuevo Estructuralismo* de Akter Ahsen, aproximadamente desde 1960 hasta la actualidad, en la que se produce un gradual y espectacular incremento del interés hacia las imágenes, y que puede quedar resumido en las siguientes *síntesis*, según se trata de la versión cognitiva o la del Nuevo Estructuralismo.

Síntesis de línea cognitiva: Las imágenes, como todos los procesos que intervienen en las cogniciones, merecen un interés científico especial. Pueden y deben ser investigados con metodología conductista, a partir de definiciones operacionales –nunca fenomenológicas– y entendidos sólo como variables independientes.

Síntesis del Nuevo Estructuralismo: las imágenes son el elemento fundamental del psiquismo humano. Puede pensarse en un nuevo paradigma psicológico como *paradigma de las imágenes*. El método principal recurre a dos tipos de introspección (la activa, que supone un perfeccionamiento de la utilizada en la Escuela de Wundt; y la pasiva, de tipo oriental, que es la principal), y a experimentos en laboratorio.

Respecto a las publicaciones –limitándome aquí a los libros con estudios básicos sobre las imágenes– de 1950 a 1960 aparecen siete; de 1960 a 1970, trece; de 1970 a 1980, dieciocho. Véanse las relaciones incluidas en las tablas 5 y 6.

Tabla 5

Libros sobre imagery desde 1950 hasta 1979

autor	año	título de la obra
McKELLAR, P.	1957	<i>Imagination and thinking</i>
TOMKINS, S.	1962-63	<i>Affect, imagery and consciousness</i>
RUGG, H.	1963	<i>Imagination</i>
SINGER, J.L.	1966a	<i>Daydreaming. An introduction to the experimental psychology of inner experience</i>
SINGER, J.L. y ANTROBUS, J.S.	1966	<i>Imaginal processes inventory</i>
ARNHEIM, R.	1969	<i>Visual thinking</i>
RICHARDSON, A.	1969	<i>Mental imagery</i>
HOROWITZ, M.J.	1970	<i>Image formation and cognition</i>
KLINGER, E.	1971	<i>The structure and function of fantasy</i>
PAIVIO, A.	1971	<i>Imagery and verbal process</i>
PIAGET, J. e INHELDER, B.	1971	<i>Mental imagery in the child</i>
SEGAL, S.J. (Ed.)	1971	<i>Imagery: current cognitive approaches</i>
SHEEHAN, P.W.	1972	<i>The function and nature of imagery</i>
VELASCO SUÁREZ, C.A.	1974	<i>La actividad imaginativa en psicoterapia</i>
FORISHA, B.	1975	<i>Mental imagery creativity in men and woman</i>
SINGER, J.L.	1975	<i>The inner world of daydreaming</i>
POPE, K.S., y SINGER, J.L.	1978	<i>The stream of consciousness</i>
DENIS, M.	1979	<i>Les images mentales</i>
KAUFMAN, G.	1979	<i>Visual imagery and its relation to problem-solving</i>
SHEIKH, A. y SHAFFER, T. (Eds.)	1979	<i>The potential of fantasy and imagination</i>

Tabla 6

Libros sobre imagery desde 1980 hasta 1989

autor	año	título de la obra
KAUFMANN, G.	1980	<i>Imagery, language and cognition</i>
KOSSLYN, S.M.	1980	<i>Image and mind</i>
RICHARDSON, A.	1980	<i>Mental imagery and human memory</i>
SHORR, J.E., et al. (Eds.)	1980	<i>Imagery: Vol 1. Its many dimensions and applications</i>
SINGER, J.L. y SWITZER, E.	1980	<i>Mind play: The creative uses of imagery</i>
KLINGER, E. (Ed.)	1981	<i>Imagery: Vol 2. Concepts, results and applications</i>
KOSSLYN, S.M.	1983	<i>Ghosts in the mind's machine</i>
SHEIKH, A.A. (Ed.)	1983	<i>Imagery: Current theory, research and application</i>
SHORR, J.E., et al. (Eds.)	1983	<i>Imagery: Vol 3. Theoretical and clinical applications</i>
YUILLE, J.C. (Ed.)	1983	<i>Imagery, memory and cognition</i>
ACHTERBERG, J. y LAWLIS, G.F.	1984	<i>Imagery of disease: A diagnostical tool for behavioral medicine</i>

LEUNER, H.	1984	<i>Guided affective imagery</i>
SHEIKH, A.A. (Ed.)	1984a	<i>Imagination and healing</i>
ACHTERBERG, J.	1985	<i>Imagery and healing</i>
MARKS, D.F.	1986	<i>Theoria of image formation</i>
WOLPIN, M., SHORR, J.E. y KRUEGER, L. (Eds.)	1986	<i>Imagery: Vol 4. Recent practice and theory</i>
DENIS, M., et al. (Eds.)	1988	<i>Cognitive and neuropsychological approaches to mental imagery</i>
SHORR, J.E., et al. (Eds.)	1989	<i>Imagery: Current perspectives</i>

Desde 1981 hasta la actualidad he podido identificar muy pocos estudios básicos o aplicados sobre la actividad imaginaria –*imagery*– que aporten algo nuevo y de interés para la Psicología Clínica, en especial para la Psicoterapia. Tras consultar los más de mil *abstracts* sobre el concepto *imagery* casi todos son informes sobre investigaciones conductistas o conductual-cognitivas, que no se ocupan de la *imagery* en los procesos terapéuticos. La excepción son los artículos publicados en el *Journal of Mental Imagery*, bajo la dirección de Akhter Ashen, en los que frecuentemente, tras un artículo sobre un estudio básico, intervienen una serie de autores con sus comentarios u observaciones críticas, seguidos, finalmente, por una respuesta del autor del primero, con frecuencia el mismo Ashen o alguno de sus colaboradores. De ahí que también pueda encontrarse información sobre *imagery* consultando los *Abstracts* relacionados con la *Eidetic Psychotherapy*, el modelo creado por Ashen (1968). De las publicaciones de este autor podemos seleccionar las siguientes: Ashen (1972, 1977a, 1977b, 1979, 1987, 1988, 1993, 1999, y 2007). En el apartado 3 ofrezco una selección de las publicaciones sobre las imágenes en psicoterapia de los últimos diez años.

En las publicaciones españolas de carácter científico de los últimos cincuenta años –tanto de los libros como de artículos– pude comprobar al plantearme la investigación de este tema, y sigue observándose en la actualidad, la casi total ausencia del tema de las imágenes, y especialmente del uso de la imaginería en psicoterapia, salvo lo referente a algunas aplicaciones en la terapia conductual-cognitiva. Me ha sorprendido comprobar que tras volver a consultar publicaciones en lengua española con estudios básicos sobre la utilización de la actividad imaginaria en psicoterapia, me encuentre, como una excepción mi libro (Rosal, 2002 y 2013).

Llama la atención el hecho de este silencio cuando, desde los años sesenta del pasado siglo, el resurgimiento de la aplicación de las imágenes en una gran variedad de modelos terapéuticos resulta espectacular. Puede comprobarse fácilmente esta realidad echando una ojeada –en el *Subject Index* de los *Psychological Abstracts*– de las publicaciones durante la segunda mitad del siglo XX– a los términos *Imagery*, *Imagination* y *Eidetic Imagery*. Entre las revistas, aparte de la *International Review of Mental Imagery*, hay que destacar la calidad y enfoque pluriparadigmático del

Journal of Mental Imagery, que viene publicándose en Nueva York desde 1977, en el marco de la *International Imagery Association*, promotora también de la *American Imagery Conference*. Asimismo, entre los congresos, conviene señalar la *Annual Conference of the American Association for the study of Mental Imagery*, cuyos trabajos vienen publicándose desde 1980 en sucesivos volúmenes con el título general de *Imagery*. En 1994, el *Journal of Mental Imagery* publicó un número dedicado a bibliografía sobre *Imagery*, editado por Ahsen, (vol. 18, 1 y 2), que contiene alrededor de 7.000 referencias, a pesar de que sólo incluye los trabajos publicados entre 1977 y 1991.

Para poder ser acogido con suficiente grado de neutralidad por la comunidad científica, el contenido de este trabajo implica algunos inconvenientes importantes.

Los psicólogos cognitivos, que desde hace varios decenios constituyen, en las instituciones académicas de nuestro país, el colectivo psicológico de mayor autoridad e influencia, parece que en su gran mayoría no consideran cognición lo que no ha podido ser verbalizado. Aparte de atribuir a la cognición el papel de representante de los tres procesos psicológicos clásicos –cognición, emoción y conación– incluyen en ella solamente lo que puede ser concienciado y expresado a través del sistema verbal. Según Ahsen “Esto no es diferente de lo que los conductistas habían hecho antes elaborando la psicología como un sistema total de solamente la conducta observable” (Ahsen, comunicación personal, 1994, citado por Hochman, 1994, p.63).

Los cognitivos de nuestro entorno que valoren el canal imaginario del modo como lo han hecho representantes anglosajones de su paradigma como Lazarus y Morrison no abundan.

Dentro del colectivo de los psicólogos científicos que se sienten vinculados al paradigma psicoanalítico, en especial en el sector ortodoxo, permanece la influencia del desinterés y prevención que manifestó Freud hacia la utilización de las imágenes en el trabajo psicoanalítico, a pesar de un breve período inicial en que las utilizó. De modo semejante a lo que ocurre en el paradigma cognitivo, a pesar de la presencia de algunas respetables autoridades del psicoanálisis que conceden relevante valor al uso terapéutico de las imágenes, como es el caso de Horowitz (1970, 1978, 1983) y Reyher (1963, 1977, 1978), los miembros de este colectivo que siguen esta línea, no dejan de ser casos excepcionales, al menos en nuestro país.

Los seguidores o herederos del paradigma E-R creado por Watson, paradójicamente, han venido a ser los protagonistas principales, al menos en los ámbitos académicos, de la recuperación del interés hacia las imágenes –tanto en psicología básica como especialmente en psicoterapia– y del resurgimiento espectacular de publicaciones científicas sobre este tema, a pesar de que su iniciador Watson fue, como mostró Holt (1964) entre otros, el responsable principal del “ostracismo” sufrido por las imágenes, durante más de treinta años, en el mundo de la investigación científica, con un silencio casi total sobre este tema en los *Psychological Abstracts*. Sin embargo, el tipo de utilización de las imágenes, característico de los

terapeutas de modificación de conducta, no es el que me ocupa en este trabajo. Es una forma de utilización al servicio de procesos de recondicionamiento clásico u operante que, si bien reconozco su demostrada utilidad para las terapias de una serie de trastornos de conducta, no se implica en trabajos de las denominadas “psicoterapias profundas”, y sobre todo no se interesa ni estimula el dinamismo autónomo de las experiencias imaginarias. Por ejemplo los viajes imaginarios, característicos de los variados procedimientos de “fantasía guiada” o “ensueño dirigido”, no son objeto de una atención, interés y seguimiento prioritario por los terapeutas de esta corriente. Todo lo más a lo que llegan en algunos casos es a cierta curiosidad por las informaciones que reciben sobre estos trabajos –muchas veces escuchadas con prevención– o a la cortesía de la aceptación benévola de las que, en el fondo, consideran pintorescas prácticas de terapeutas de mentalidad bohemia y poco científica.

Además, para los psicólogos académicos vinculados a cualquiera de los tres paradigmas citados –cognitivo, psicoanalítico y conductista– será percibida con razonable alarma la proliferación de publicaciones, principalmente en los últimos decenios del siglo XX, también en las literaturas de kiosco, de libros que tratan de muy variadas formas sobre las prácticas de visualización y sus pretendidos efectos maravillosos, o que presentan una especie de recetas para curar por medio de imágenes los más variados trastornos mentales y orgánicos. Algunas de estas publicaciones, aunque provengan de los creadores de nuevas metodologías curativas que están mostrando comprobados efectos psicoterapéuticos para variados trastornos psicopatológicos, como es el caso de la Programación Neurolingüística, adolecen de falta de fundamentación de su metodología terapéutica, o al menos un enmarque de ella en una correspondiente interpretación teórica sobre la personalidad, la psicopatología y la psicoterapia.

2. Preguntas y respuestas descubiertas

Una vez constatada la relevancia de los dos hechos descritos me planteé una serie de preguntas de las que aquí selecciono tres:

1) ¿Qué papel ha jugado la actividad imaginaria a lo largo de la historia de la medicina?

2) ¿Cómo puede explicarse el desinterés hacia las imágenes en la actividad terapéutica desde el siglo XVII?

3) ¿Cuáles, entre las conclusiones de las investigaciones básicas llevadas a cabo en el último período –superada la etapa del “destierro de las imágenes” en la investigación científica, durante los años 1920 a 1960, a causa de la revolución conductual iniciada por Watson– pueden significar un apoyo científico para los modelos que en la experiencia clínica vienen constatando el poder terapéutico de las imágenes?

2.1. *Los procedimientos con imágenes en la historia de la Medicina*

Respecto a la pregunta 1ª, tras una amplia recogida de información pude descubrir lo siguiente:

a) Hay suficientes datos en los estudios históricos para poder sostener que la utilización de técnicas de visualización con finalidad curativa puede encontrarse con frecuencia a lo largo de toda la historia de la medicina, desde tiempos muy antiguos. Asimismo puede afirmarse que es a partir del siglo XVII cuando las imágenes dejan de ser consideradas como un posible factor patogénico y como un recurso terapéutico, probablemente a causa de un predominio de la mentalidad dualista cartesiana y la consiguiente pérdida de la visión holista del ser humano.

Entre los autores que fundamentan esta afirmación puedo señalar a Achterberg (1985); Samuels y Samuels (1975); Mc Mahon y Sheikh (1984) y Bakan (1986).

b) Otro descubrimiento que hice, también relacionado con el colectivo del mundo médico, es el relieve que desde los últimos años del siglo XX estuvo adquiriendo, principalmente en algunos grupos médicos de los Estados Unidos, el recurrir a las fantasías guiadas, como tratamiento complementario de los farmacológicos con implicación y apoyo de las instituciones oficiales, en algunos Estados.

Comentando los estudios que han podido comprobar que la *explicación del efecto placebo* está en los efectos de la actividad imaginaria consciente e inconsciente, Achterberg declara:

El hecho de que se haya detectado efecto placebo en miles de estudios de medicamentos es testimonio nítido o incontestable de la influencia de la imaginación sobre la salud. Lo asombroso es que los científicos hayan invertido tanto esfuerzo en “controlarlo” y tan poco en averiguar la forma de sacarle partido en la atención médica (Achterberg (1994), p. 124).

Respecto a las investigaciones sobre el control del sistema inmunitario por medio de las imágenes quiero señalar que gracias a la bibliografía comentada que publicaron Locke y Horning Rohan, en el año 1983, informando sobre más de 1.300 artículos científicos presentados en el breve período de 1976 a 1982, se puede constatar el gran número de investigadores que trabajando independientemente fueron conducidos a la conclusión a favor de la influencia de la mente sobre el sistema inmunitario y las correspondientes conexiones neuroendocrinas.

En cuanto a los sorprendentes resultados obtenidos en el *Simonton Cancer Center*, en el tratamiento del cáncer con visualizaciones nos encontramos con un ejemplo paradigmático de trabajo con técnicas de fantasía desde un enfoque cognitivo. Sus resultados sorprendentemente eficaces, desde la concreción de su aplicación a enfermos terminales de cáncer, han abierto camino –como bien apuntan Samuels y Samuels (1975)– hacia el tratamiento similar de otras enfermedades físicas, a partir de un patrón que ellos mismos dejaron apuntado (Simonton, Matthews-Simonton y Creighton, (1980) y que se ha ido ampliando y enriqueciendo a partir de autores como Andreas y Andreas (1989), Cavallier (1989), Epstein

(1989), o Fanning (1988). A la vez, en la misma línea que algunas figuras destacadas de la medicina (Rof Carballo y Laín Entralgo entre nosotros, por ejemplo), nos ponen de relieve la necesidad imprescindible ya de considerar la unidad psicósomática del ser humano y la profunda interacción entre la enfermedad física y procesos psíquicos.

2.2. *¿Cómo puede explicarse el desinterés hacia las imágenes en la actividad terapéutica a partir del siglo XVII?*

A lo largo de la historia de la medicina, tal como he indicado antes, desde los tiempos de los médicos Asclepio, Hipócrates y Galeno –como también el filósofo Aristóteles– en la Edad Antigua, hasta el siglo XVI –en el Renacimiento– con el sabio suizo Paracelso, la actividad imaginaria fue un procedimiento relevante con finalidad terapéutica. Paracelso “ha sido llamado por varios historiadores el padre de la ginecología, la medicina interna, la medicina ocupacional, la quimioterapia, la farmacología científica, la bioquímica y varias otras especialidades” (*Nueva Enciclopedia del Mundo*, 1989, p. 7504). En su concepción holista sobre la persona humana se integraba también, como en los anteriores, lo material, lo psíquico y lo espiritual; y la imaginación seguía teniendo un papel relevante en el funcionamiento humano, la patología, y la terapia. La entendía como una manifestación relevante del poder del espíritu humano sobre su estado corporal.

Un siglo después, el filósofo Descartes (1596-1650), uno de los principales filósofos de línea dualista, sostiene la existencia de dos sustancias, la material y la espiritual, dualismo que caracteriza su enfoque antropológico y psicológico, reanudándose con ello una forma de entender al hombre más próxima a la de Platón y alejada de Aristóteles y el aristotelismo medieval, que había subrayado la unidad sustancial de la persona humana. Dado el relieve del pensamiento de Descartes en otros aspectos y la influencia que ejerció su enfoque dualista, consideran muchos autores que pudo contribuir a la interrupción de la interpretación holística de la enfermedad y de los caminos para la salud. A partir de entonces se produciría una acentuada separación entre los expertos en curar el cuerpo y los versados en curar lo psíquico. La intervención terapéutica de un proceso tan típicamente psicósomático como las imágenes era comprensible que perdiera su razón de ser.

Por ello, de acuerdo con McMahon y Sheikh (1984), puede sostenerse que es a partir del siglo XVII cuando las imágenes dejan de ser consideradas como un posible factor patogénico y como un recurso terapéutico. Además, cambió en la práctica el significado de un diagnóstico que situase una enfermedad “en la imaginación”. Después de la influencia de Descartes esto significaría que se tratase de una enfermedad fingida, o, en el mejor de los casos, de algo intratable. En la medicina precartesiana, con este diagnóstico se invitaba a una terapia con procedimientos imaginarios.

Se comprende que se haya podido afirmar que, a partir de la pérdida de la visión holística del ser humano, sustituida por la dualista (lo cual dio lugar a dos visiones:

la mentalista y la materialista) “aunque uno podría adoptar ambas sin contradecirse, uno nunca podría esperar un intercambio productivo entre los dos campos” (McMahon y Sheikh, 1984, p. 16).

Cuando, a finales del siglo XIX, tras dos siglos con predominio de antropología dualista cartesiana, aparece la obra de Tuke (1872) tratando de mostrar la invalidez del paradigma médico dominante y presentando una interpretación holista en la que sostiene la influencia de la mente sobre lo somático (tanto para los procesos patológicos como los terapéuticos) y subrayando el poder de la actividad imaginativa en ellos, ilustrando su obra con abundancia de experiencias clínicas, la reacción del cuerpo médico fue de pasividad general (McMahon y Sheikh, 1984), lo que hoy podemos comprender si tenemos presentes las investigaciones de Khun (1962) sobre las resistencias que se producen en el proceso de las “revoluciones científicas”.

Sin embargo, en el campo terapéutico –en concordancia con lo afirmado antes, cuando nos referíamos a la evolución del interés de la investigación básica sobre las imágenes– se da al final del siglo XIX y comienzos del XX una reaparición de enfoques holistas que mantienen de formas variadas el papel de las imágenes al servicio de la salud orgánica y mental, a pesar de los treinta años –1920 a 1950, aproximadamente– de desinterés hacia esta cuestión en el campo científico, por influencia de Watson, como dije antes.

Esto se manifiesta principalmente en el área de la psicoterapia, en los variados modelos a los que ya me he referido.

2.3. ¿Cuáles, entre las conclusiones de las investigaciones básicas llevadas a cabo, pueden ofrecer un apoyo científico para los modelos que en la experiencia clínica vienen constatando el poder terapéutico de las imágenes?

A continuación me limitaré a señalar una selección de científicos y de algunas de sus conclusiones que confirmaron lo dicho.

a) A partir de la *teoría de Paivio (1971, 1972, 1975) del doble código*, podemos llegar a las conclusiones siguientes, en cuanto a las ventajas sobre la utilización terapéutica de las imágenes:

- El hecho de que el sistema imaginario ofrezca una información sincrónica (y no secuencial como el lingüístico) facilita la eficacia de procedimientos terapéuticos que requieren que el paciente reviva experiencias pasadas y vivencie las futuras.

- A partir de Paivio puede pensarse que toda información recibida antes de la adquisición del lenguaje verbal viene codificada en términos de imágenes, con lo cual las estructuras más arcaicas de la personalidad serán asequibles, para el trabajo terapéutico, por el canal imaginario, como se ha supuesto generalmente en las diversas oniroterapias.

- El acercamiento al mundo emocional del paciente –tanto para comprenderle mejor como para orientar un proceso de cambio emocional– es probable que sea más adecuado hacerlo mediante la codificación en imágenes, dado que en la comunica-

ción humana referida al substrato emocional de los comunicantes los aspectos no verbales son prioritarios.

b) Respecto a las *investigaciones de Kosslyn (1980) sobre los procesos imaginarios*, tienen relevancia para el trabajo terapéutico –por las razones que exponemos en el apartado correspondiente– sus comprobaciones de que:

- El proceso imaginario es influido por procesos lógicos e información de tipo conceptual abstracto.

- En las imágenes hay que distinguir una estructura superficial y otra profunda.

- Las imágenes contribuyen a la solución de problemas.

- La personalidad es una representación de nosotros mismos depositada en la memoria, a partir de lo cual Kosslyn reconoce explícitamente las aplicaciones terapéuticas de las imágenes. Sin embargo no presta atención a las técnicas que se ocupan de la espontaneidad de las imágenes.

c) De los distintos paradigmas desde los cuales se ha abordado la investigación sobre los procesos imaginarios, resulta más completo, por la diversidad de aspectos desde los cuales los estudia, el *paradigma del Nuevo Estructuralismo de Akter Ahsen (1968, 1972, 1977a, 1977b, 1993)*, ya que supone la integración de los aspectos de los procesos imaginarios que han sido prioritariamente contemplados por cada uno de los restantes paradigmas, tal como los ha descrito Marks (1985).

Las *aportaciones de Ahsen sobre las imágenes eidéticas estructurales* – diferenciadas de las funcionales, de las que se había ocupado Jaensch– han dado lugar a la identificación de un fenómeno psicósomático del que somos testigos, de vez en cuando, en la práctica psicoterapéutica, y que constituye una experiencia mental de especial interés para su utilización con fines diagnósticos y psicoterapéuticos.

d) Tienen relevancia para el objetivo de nuestro trabajo las *investigaciones revisadas o realizadas por Kaufmann (1979, 1984, 1985, 1990)* que comprueban la efectividad de la actividad imaginaria para el proceso creador de solución de problemas, dado que la experiencia terapéutica profunda conlleva dicho tipo de proceso.

Por ello consideramos relevantes, como apoyos directos o indirectos de la creatividad en las terapias con imágenes, los informes recogidos o realizados por Kaufmann que han permitido comprobar:

- Que las situaciones conflictivas constituyen una condición favorable para los procesos imaginarios (Fox, 1914; Comstock, 1921).

- El rol especial de las imágenes en el proceso del pensamiento creativo (Kaufmann, 1984).

- La autónoma actividad imaginaria implicada en la fase de descubrimiento del *flash of insight* (Rugg, 1963), o de forma semejante, su implicación en el pensamiento de tipo autista que integra –junto con el realista– el proceso creador (Mc Kellar, 1957, 1963, 1972).

- Que las imágenes están menos vinculadas a la tradición que el lenguaje

(Shepard, 1978a).

- Que su riqueza permite captar mejor que la mera representación verbal los detalles y relaciones significativas (Shepard, 1978b).

- Que las imágenes pueden contribuir a la solución de problemas por su poder para ayudar a salirse de un proceso inefectivo, facilitando así la reestructuración y reorganización de sus elementos (Richardson, 1969).

- Que a medida que aumenta la complejidad de la tarea es más significativa la presencia del proceso imaginario (Kaufmann, 1980, Zinchenko, Munipov y Gordon, 1973).

- Que los sujetos que logran solucionar los problemas realizan una producción significativamente mayor de analogías pictóricas que los que no lo solucionan (Kaufmann, 1979, 1980).

- Las correlaciones notablemente elevadas entre aptitud para los procesos imaginarios y realización del *fluir ideacional*. (Davis y Manske, 1966).

e) Respecto a las investigaciones que comprueban la contribución de los procesos imaginarios para facilitar el pensamiento creador, los *estudios de Forisha* (1978, 1979, 1981, 1983) demuestran que es necesario tener en cuenta en estas investigaciones las variables de orientación de la personalidad y de estilo cognitivo de la persona, ya que, por ejemplo:

- Para personas con un nivel alto de “integración jerárquica” la actividad imaginaria constituye un elemento acusadamente relevante en el pensamiento creador.

- En personas que no alcanzan este nivel de integración aparecen diferencias significativas en la relación entre actividad imaginaria y pensamiento creativo, que dependen de las variables de sexo, la disciplina académica, el nivel de educación, la capacidad de control de las imágenes, y el estilo cognitivo.

- El estilo cognitivo “objetivo-introvertido” –más frecuente entre varones y, especialmente, en estudiantes de ingeniería– inhibe la capacidad imaginaria.

A partir de estas comprobaciones nosotros podemos concluir que:

- La eficacia de los trabajos terapéuticos con imágenes tenderán a depender de las variables de sexo, disciplina académica, nivel de educación, capacidad de control de imágenes y estilo cognitivo.

- Normalmente será menos eficaz la terapia con imágenes con los sujetos de estilo cognitivo “objetivo-introvertido”.

La comprobación, por Forisha, de que la creatividad requiere tanto la apertura al material interno como la capacidad de actuar sobre él, y que esta doble relación del sujeto en las imágenes está entrelazada con factores de control, concuerda, respecto al uso terapéutico de las imágenes, con la preferencia en los modelos terapéuticos imaginarios por prácticas con fantasías *guiadas*. En ellas el paciente, con el apoyo de terapeuta, ejercita cierto grado de control respecto al *fluir* de las imágenes, y asimismo con la contraindicación del uso de este procedimiento para los sujetos con trastornos psicóticos, que impliquen manifestaciones descontroladas

de los procesos imaginarios.

f) Se ha producido en los últimos treinta años una revalorización del papel fundamental de la emoción en el funcionamiento humano y en el proceso de cambio. Para la comprobación de este hecho son destacables las *investigaciones y revisiones de Greenberg y colaboradores* (Greenberg y Safran, 1987; Greenberg y Kornam, 1993; Greenberg, Rice y Elliot 1993). Diferentes aportaciones de la ciencia cognitiva y de recientes teorías de la emoción facilitan la fundamentación sistemática del papel de las emociones en el cambio terapéutico; papel que siempre se ha tenido presente en los modelos psicoterapéuticos experienciales-humanistas. Dentro de este contexto, se considera un objetivo terapéutico importante el trabajo de modificar la experiencia emocional primaria disfuncional. Esta revalorización del papel de las emociones en el cambio terapéutico conlleva un apoyo a los trabajos con imágenes, dada la influencia de éstas en la movilización emocional.

g) Las experiencias clínicas de terapias con imágenes confirman, para aquéllos que las utilizamos, la validez de las teorías sobre el pensamiento creador que admiten, como componentes del mismo, no sólo los procesos cognitivos racionales y conscientes –con activación predominante del hemisferio cerebral izquierdo– sino los procesos imaginarios intuitivos, con fases inconscientes o preconscious –con activación predominante del hemisferio derecho. Y, a la inversa, las *teorías sobre diferenciación de funciones de los hemisferios cerebrales– presentadas, entre otros, por Roger W. Sperry (1974) –premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1981–*, implican, para nosotros, un apoyo relevante para la revalorización de los potenciales del hemisferio derecho, y con ello para la justificación de la utilización de las técnicas imaginarias en terapia, ya que al relacionarse prioritariamente con el hemisferio derecho, facilitan una conexión más potente tanto con los procesos creadores como en los procesos emocionales, los cuales constituyen experiencias potenciadoras de la eficacia terapéutica.

h) Las diversas metodologías psicoterapéuticas pueden diferenciarse en dos grupos: 1) las que en principio planifican su trabajo con una utilización exclusiva del pensamiento prioritariamente activado por el hemisferio izquierdo, lo cual no nos impide aceptar que puedan lograr, por este camino, cambios creativos, y 2) las metodologías que, como es en nuestro caso, combinan activación del pensamiento del hemisferio izquierdo y activación del correspondiente al hemisferio derecho. En nuestra experiencia terapéutica tiene más efectividad, para promover los cambios terapéuticos creativos, la segunda clase de activación.

En una sesión típica de terapia en la que se utilicen procedimientos con imágenes, y en general en todo modelo de psicoterapia experiencial, se pueden diferenciar claramente dos tipos de actividad –refiriéndose aquí sólo al aspecto de solución creativa de problemas, que no agota todo lo que ocurre en la terapia. Una primera clase de actividad consiste en una información básicamente verbal, del paciente al terapeuta, sobre algunas experiencias interiores o comportamientos, relacionados normalmente con los problemas específicos que motivaron hacia el

trabajo terapéutico. La otra clase de actividad tiene la característica de “trabajo vivencial”, lo cual conlleva normalmente un cambio de ubicación espacial, de posición corporal, y de activación del hemisferio cerebral (del predominio del izquierdo se pasa al derecho), siendo el canal imaginario un camino privilegiado para su ejecución.

3. Trabajos sobre las imágenes en psicoterapia en los últimos años, preferentemente desde 2005

Durante los últimos diez años son muy escasas las nuevas aportaciones clínicas o de investigación científica sobre psicoterapia con imágenes y fantasía. Los diecinueve modelos terapéuticos citados en las tablas 1 y 2 entre los que utilizan las imágenes (de la memoria o de la fantasía de futuro) en psicoterapia siguen muy activos). La hipótesis de que la introducción de procedimientos con actividad imaginaria en terapia no sólo se ha mantenido, sino que ha aumentado resulta fácilmente comprobable. Pero la investigación científica sobre el poder terapéutico de la actividad imaginaria ha permanecido siendo muy escasa en estos treinta años. Y casi sólo se ha llevado a cabo en el ámbito conductual-cognitivo, que sólo –o casi sólo– se ocupa de la actividad imaginaria como variable independiente, y se desinteresa de las peculiaridades de la espontaneidad imaginaria del paciente en la sesión terapéutica. De esta espontaneidad se ocupa en los trabajos sobre psicopatología, pero no sobre psicoterapia.

3.1. Selección de trabajos sobre imagery con interés para la psicoterapia, de los títulos que aparecen en la American Psychological Association desde 2005 hasta 2015 (por orden cronológico)

Tras un recorrido de los 265 trabajos relacionados con la palabra “*Imagery*” en el catálogo de la *American Psychological Association*, casi todos constituyen investigaciones de Psicopatología, Psicodiagnóstico, o de Psicología Diferencial; muy pocas sobre cuestiones sobre psicoterapia. Sólo he podido encontrar ocho –sobre las doscientas sesenta y cinco– que me susciten cierto interés. Holmes y Mathews (2005); Krigolson, Van Eyn, Tremblay y Health (2006); Peirce, John (2006), Byrne, Becker y Burgess (2007); Ceschi, Hochman y Pérez-Fabello (2009); Brewis, Gregory, Lipton y Burgess (2010), Moore y Kraleow (2010), O’Connor, et als. (2015). Me ha sorprendido la ausencia total de publicaciones del *Journal of Mental Imagery*, dirigido por Akhter Ashen, que considero la más importante revista especializada en esta materia.

3.2. Selección de publicaciones del Journal of Mental Imagery

Si selecciono los artículos que veo de mayor interés para la psicoterapia, de los publicados desde 2005, señalo los siguientes: Ashen, (2007); Caouette, y Hochman, J. (2007); Rusch, (2007); Campos, Gomez Juncal, y Pérez-Fabello, (2009); Pande, y Sriwastava, (2010); Matsuoka, y Hatakeyama, (2011); Hishitani, (2011); Iachini,

(2011).

Y, especialmente: Hochman, (2007), *Brief Image Therapy: Ahsens 10-Session Model* en vol. 31 (n. 1 y 2), y el número dedicado a los *Mental Imagery Abstracts* (2009), en vol. 33 (n. 3 y 4).

3.3. Selección de referencias del informe de David G. Pearson (2012)

Si se recorren los alrededores de trescientos informes científicos o revisiones citados en el muy documentado trabajo de David G. Pearson et al. (2012), titulado *Assesing mental imagery in clinical psychology: A review of imagery measures and a guiding framework*, como ocurre casi siempre con las investigaciones de Psicología Clínica por parte de los autores vinculados al paradigma cognitivo, casi todos se refieren a cuestiones de Psicopatología, Psicodiagnóstico, Psicología Diferencial o de Psicología Básica, pero los trabajos que abordan explícitamente el ámbito psicoterapéutico vuelven a ser muy escasos. Y se confirma aquí una vez más la clara distancia o separación entre los investigadores científicos y los implicados en la práctica psicoterapéutica, sobre todo cuando estos últimos no trabajan con el modelo conductual-cognitivo. Sobre esta problema se había manifestado con acierto Pío Scilligo (1990), en su artículo: “Investigación clínica y práctica terapéutica: un abismo que salvar”, en *Revista de Psicoterapia* (época II, n. 4, pp. 9-31).

De las cerca de trescientas referencias citadas en el artículo de Pearson y otros, no pasan de diez los que me suscitan cierto interés respecto al papel de las imágenes en psicoterapia, en concreto: Holmes, Arntz y Smucker, (2007); Holmes, Geddes, Colon y Goodvin, (2008); Holmes, Lang y Deepro, (2009); Holmes y Mathews, (2005); Holmes, Mathews, Dalgleish y Mackintosh, (2006); Holmes, Mathews, Mackintosh y Dalgleish, (2008); Kanavagh, Freese, Andrade y May, (2001); Kosslyn, (1987); Kosslyn, (1994); Kosslyn, Thompson y Ganis, G. (2006); van den Hout et al. (2011); y van den Hout et al. (2012).

3.4. Aportaciones de E. Klinger y S.M. Kosslyn y J.L. Singer sobre imagery

Dentro también del paradigma cognitivo –como ocurre con casi todos los autores citados en 3.1. y 3.3.– no se puede omitir señalar algunas de las publicaciones de estos tres investigadores, entre los más fecundos por la cantidad de libros, artículos, ponencias, etc. relacionados con el tema de las imágenes y, en parte de ellas, respecto a su aplicación en psicoterapia.

Respecto a Klinger, por destacar algunas de sus múltiples publicaciones anteriores al 2005, conviene señalar: *Daydreaming* (1990), y Klinger (1992/1994; 1996 y 2000). Entre las posteriores a 2005, Klinger, Henning y Jansen (2009). Respecto a Kosslyn, –ya mencionado en 2.3., en ocasión de destacar algunas de sus aportaciones de *imagery* de interés para la psicoterapia– podemos señalar, entre las más recientes, Kosslyn (1996 y 2005); y Kosslyn, Behrman y Jeannerod (1995). Podemos concluir esta selección de los últimos años destacando el libro de Jerome

L. Singer (2006), *Imagery in psychotherapy*, como una de sus publicaciones más recientes, precedidas de muchas anteriores que, en este caso, abordan de forma clara el trabajo psicoterapéutico con las imágenes. Véanse especialmente Singer (1966a, 1966b, 1974, 1975, 1978, 1979); Singer y Pope (1978); y Singer y Switzer (1980).

No me ocupo aquí de la utilización de las aportaciones en relación con la realidad virtual, a las que ya se ha hecho referencia en el artículo anterior.

4. Hipótesis comprobadas en la experiencia clínica

4.1. Nuestra experiencia clínica –me estoy aquí refiriendo a los doce psicoterapeutas del Instituto Erich Fromm– concuerda con la que describen los autores de diferentes modelos de oniroterapias, en comprobar que entre las ventajas de la utilización terapéutica de las imágenes y la fantasía se encuentran éstas:

- Permiten la revelación de material emotivo no consciente, mediante la proyección de dicho material en forma de metáforas y símbolos, que después el fantaseador se puede apropiar como suyos, mediante la identificación con cada uno de ellos.

- Sirven como camino para la apertura a aspectos negados de la propia personalidad, por el desplazamiento que se produce de emociones e impulsos a imágenes simbólicas, lo cual permite al individuo sentirse más protegido que con el lenguaje lógico respecto a sus reproches íntimos de culpabilidad o frente a sus amenazas internas.

- En ambos casos las experiencias imaginarias permiten un acercamiento y contacto con el inconsciente –o el preconscious–, lo que viene a constituir la fase de incubación facilitadora del cambio creativo psicoterapéutico.

4.2. Para que la aplicación terapéutica de técnicas imaginarias contribuya al encuentro profundo con el sí mismo del sujeto, y con ello al cambio creativo psicoterapéutico, hemos comprobado la efectividad de una serie de cualidades facilitadoras de la incubación, que se refieren a distintos aspectos, a saber: a) el estilo y características de las intervenciones del terapeuta facilitadoras del repliegue del paciente hacia el interior; b) el ritmo más lento que el del discurso lógico; c) la importancia del silencio y del “silenciamiento corporal” en el sentido de reducción de tensiones o sensaciones internas que pueden perturbar la atención; d) la integración del *Focusing* de Gendlin (1969, 1978), procedimiento terapéutico corporal-cognitivo utilizable en el marco de diferentes modelos como recurso potenciador del encuentro con el sí mismo; y e) las características apropiadas del entorno físico de la sesión terapéutica, incluyendo también aquí el tono de voz del terapeuta.

4.3. Hemos podido comprobar, a partir de la experiencia clínica, y también teniendo presentes las teorías de las fases del proceso creador, que la efectividad terapéutica de la aplicación de procedimientos imaginarios queda favorecida si se tienen en cuenta las conclusiones de Matussek (1974) sobre los requisitos para facilitar el encuentro con el sí mismo a saber: a) evitar un acortamiento forzado de

la incubación; b) evitar un excesivo alargamiento de la misma; c) conceder suficiente dedicación a la solución del problema; d) sentirse a gusto y con libertad en el compromiso terapéutico; y e) conceder importancia no sólo a la vertiente activa del trabajo terapéutico, sino también a la pasiva o receptiva.

4.4. La Psicoterapia de la *Gestalt* trata de ayudar al cambio perceptivo (implicándose en ello tanto aspectos cognitivos como emocionales), es decir, a que el sujeto logre superar las frecuentes limitaciones debidas a la fijación a una “figura” que impide la fluidez del proceso. La introducción de una nueva figura, elaborada por medio de imágenes y fantasía, desbloquea la rigidez del proceso y permite que elementos contenidos en el “fondo” se incorporen formando nuevas figuras, dando lugar a una ampliación de las posibilidades de la realidad mediante un contacto más abarcativo e intenso con ella, es decir, a reestructuraciones de significado.

Los procedimientos de intervención con imágenes y fantasía guiada constituyen una vía particularmente potente para el logro de la reestructuración que trata de “estimular nuevas perspectivas visuales, cognitivas o motoras de sí mismo” (Zinker, 1977, p. 22), y que constituye la meta de la Psicoterapia de la *Gestalt*.

4.5. La importancia de la utilización de las técnicas imaginarias, para el Análisis Transaccional se comprende al comprobar cómo por medio de ellas se facilita el acceso a aquella dimensión de la personalidad –denominada el “Pequeño Profesor” dentro del “Estado Niño del Yo”– que en base a creencias arcaicas y mágicas, tomó a su cargo las decisiones que han conducido al posterior comportamiento distorsionado del paciente. Por ello resulta mucho más fácil generar nuevas “redecisiones” utilizando la fantasía, al emplear el mismo idioma del Pequeño Profesor, que viene a ser el lenguaje activado prioritariamente por el hemisferio derecho.

4.6. Para la formulación de hipótesis –a partir de nuestra experiencia clínica en Psicoterapia Integradora Humanista– he tenido en cuenta la nueva perspectiva sobre el proceso psicoterapéutico centrada en el estudio de los mecanismos de cambio, tal como viene siendo propuesta y justificada por autores como Bastine, Fiedler y Kommer (1990), Greenberg (1986), Greenberg y Pinsof (1986), entre otros. Esta perspectiva se enumera en el “paradigma de los acontecimientos” y se lleva a cabo por medio de “análisis de tareas de los “episodios” efectivos del proceso terapéutico. En esta línea, a través de la recogida de experiencias clínicas de nuestro equipo terapéutico he formulado, en colaboración con Ana Gimeno-Bayón, ochenta hipótesis sobre la eficacia de ochenta posibles intervenciones con imágenes que proponemos (variable independiente), para provocar cambios terapéuticos creativos respecto a problemas psicológicos específicos (variable dependiente). Estos cambios constituyen productos intermedios, que se producen en el transcurso del proceso terapéutico de un síndrome psicopatológico o un trastorno de la personalidad. Vid. Rosal (1913, pp. 360-391).

5. Experimento

Hace unos años realicé cuatro cuasi-experimentos con diseño con pretest y postest y un experimento con un diseño intergrupo tipo pretest y postest con grupo de control. Como estadístico de contraste para medir los resultados se utilizó la prueba no paramétrica de comparación de dos grupos con datos apareados, en concreto la prueba T de Wilcoxon.

De entre las ochenta hipótesis a las que me he referido antes, sobre la eficacia de tipos específicos de técnicas con imágenes para facilitar cambios terapéuticos creativos observables en el transcurso de una o varias sesiones de psicoterapia, elegí una hipótesis que ofreciese una mayor posibilidad práctica de contrastación empírica. Sin embargo, la aplicación del procedimiento no circunscribe sus efectos, lógicamente, a dicha hipótesis, sino que se supone que los cambios afectarán a las diferentes áreas para las que se ha comprobado la utilidad de dicho tipo de intervención y, por lo tanto –aunque no sean objeto de medición– también repercutirá en ámbitos como los señalados en otras hipótesis.

La hipótesis a comprobar experimentalmente se formuló en la siguiente manera:

La aplicación de la técnica de fantasía denominada “Proyecto” conduce a un aumento de la energización positiva y/o disminución de la energización negativa en relación con la puesta en práctica de una determinada acción proyectada anteriormente.

Las variables se operativizaron en la siguiente forma:

La variable A (independiente) sería, pues, la aplicación de la fantasía guiada denominada “Proyecto” utilizada en el modelo psicoterapéutico de la Psicósíntesis de Assagioli.

La variable B (dependiente) vendrá dada por un aumento significativo en los factores de Activación o Arousal del Inventario IDDA-EA (Josep M. Tous y Antonio Andrés, 1991), o por una disminución del factor Estrés, del mismo Inventario.

La hipótesis seleccionada resulta especialmente interesante en el proceso psicoterapéutico cuando se trata de un paciente que se encuentra en alguno de estos tres casos: a) bien que tiene *dificultad para generar energía e interés hacia el logro de objetivos o la pierde* con facilidad; b) bien tiene *dificultades de concentración*, es decir de mantener orientada esa energía *hacia una meta concreta durante el tiempo suficiente* para alcanzarla; o c) bien tiene *dificultades con el ritmo de actuación*, sea por el hecho de pasar demasiado rápido desde el pensamiento a la acción, sea por no poder realizar ese paso (como ocurre en tantos casos de indecisión o presentación sistemática de dudas posteriores a la elección del objetivo que bloquean los inicios de la acción o la convierten en una marcha adelante-atrás expresiva de la ambivalencia del sujeto), sea por temores exagerados frente a dicha actuación, o sea por un exceso de impaciencia que concentra demasiado prematuramente la energía (lo cual creará un esfuerzo y agotamiento considerables).

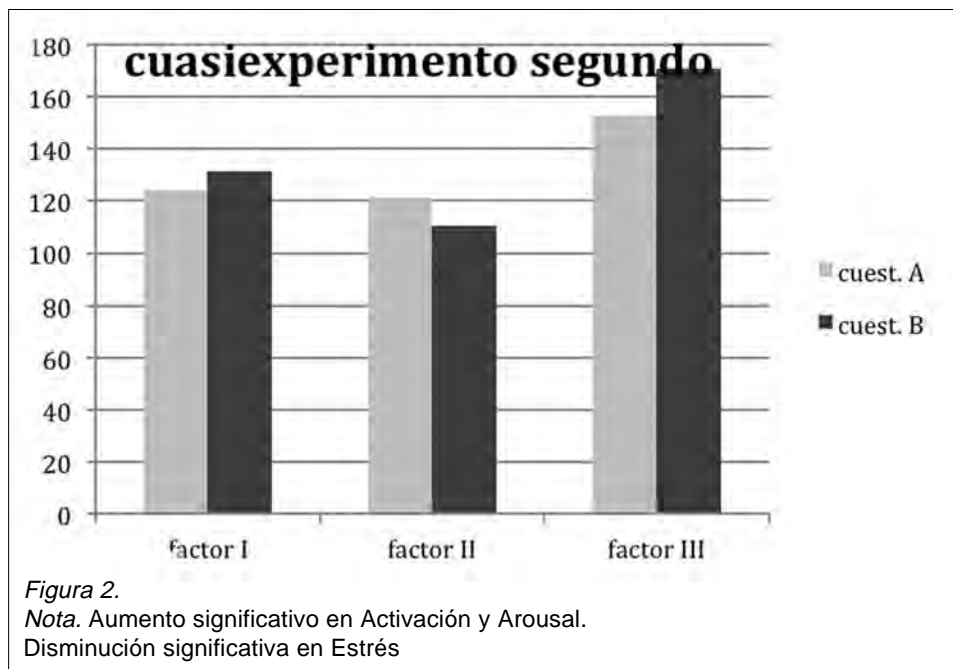
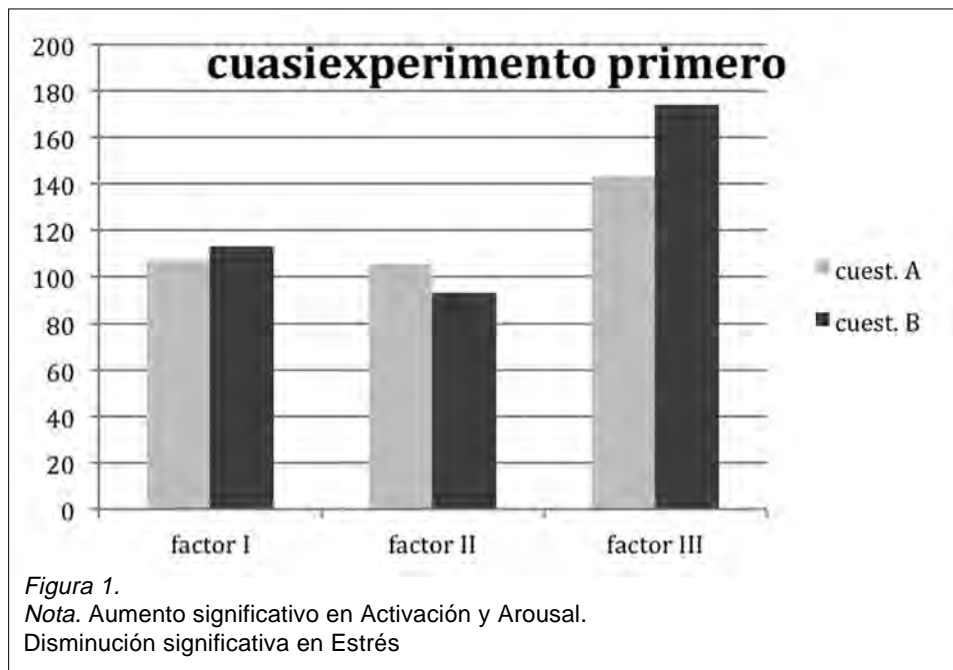
Pudimos comprobar la relación que se da entre estas situaciones y una variedad de trastornos mentales –síndromes o trastornos de personalidad–, ateniéndonos al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la A.P.A., el DSM-IV (1994-1995), tal como muestro en el tabla 7.

Tabla 7

Tres problemas de tipos de paciente para quienes es recomendable la fantasía "Proyecto" y síndromes y trastornos de personalidad relacionados

	Pobre nivel energético	Dificultad de concentración	Dificultad de ritmo de actuación
SÍNDROMES			
Depresión mayor	X	X	
Episodio maniaco		X	
Episodio hipomaníaco		X	
Distimia	X		
Ansiedad generalizada	X	X	X
Fobias			X
Estrés agudo		X	
TRASTORNO DE PERSONALIDAD			
Antisocial			X
Histriónico		X	X
Dependiente		X	X
Pasivo-agresivo			X
Obsesivo			X
Evitativo			X
Esquizoide	X		
Límite	X	X	X

El trabajo experimental dio un resultado favorable sobre la validez de la hipótesis, según se muestra en las figuras 1 a 7. De los cuatro cuasiexperimentos, sólo en uno de ellos la disminución en la medida del Estrés no fue significativa (aunque sí el aumento en Activación y Arousal). En los tres cuasiexperimentos restantes la diferencia resultó significativa en los tres factores. En el experimento se produjo aumento significativo en Activación y Arousal, y disminución no significativa en Estrés. No tengo aquí espacio para informar con más detalle de este trabajo.



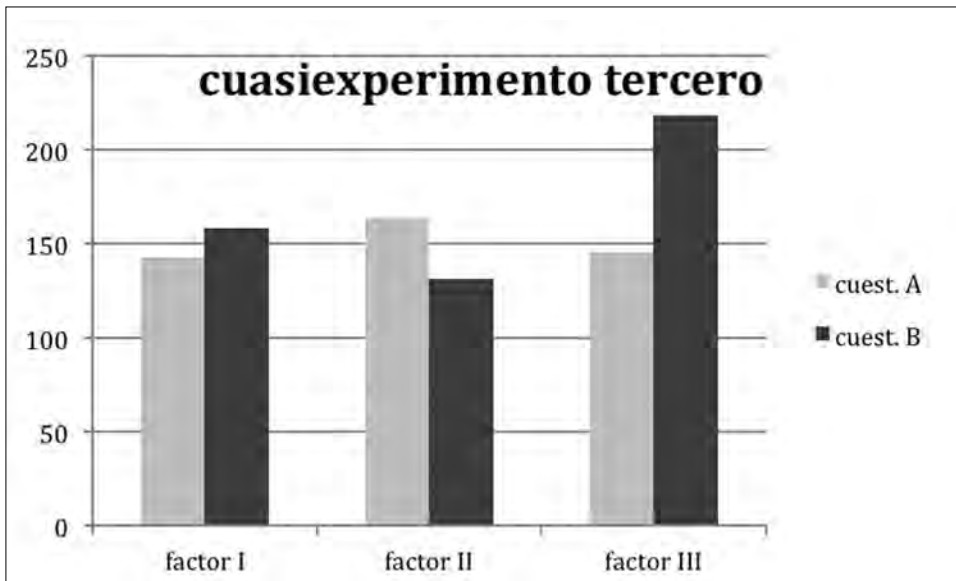


Figura 3.

Nota. Aumento significativo en Activación y Arousal.
Disminución significativa en Estrés

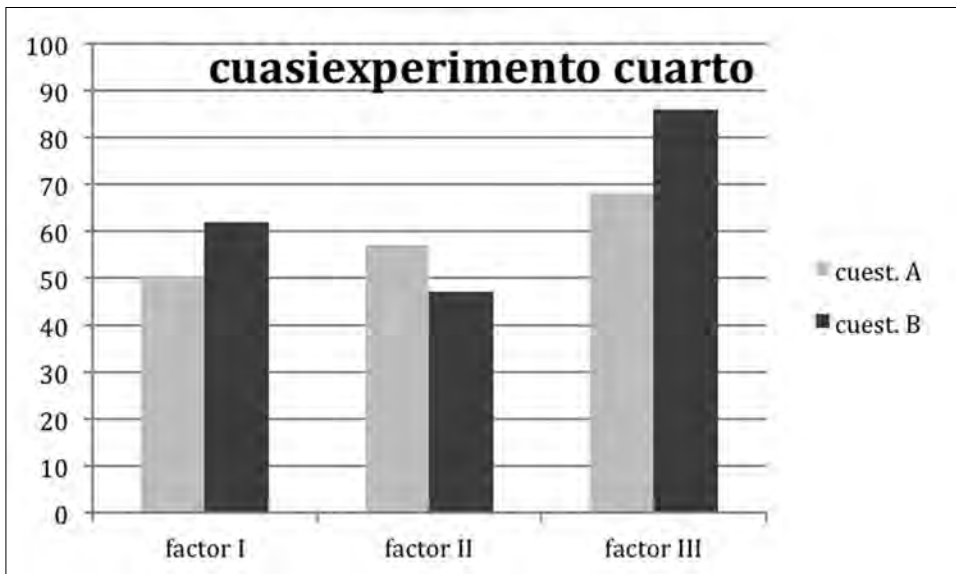
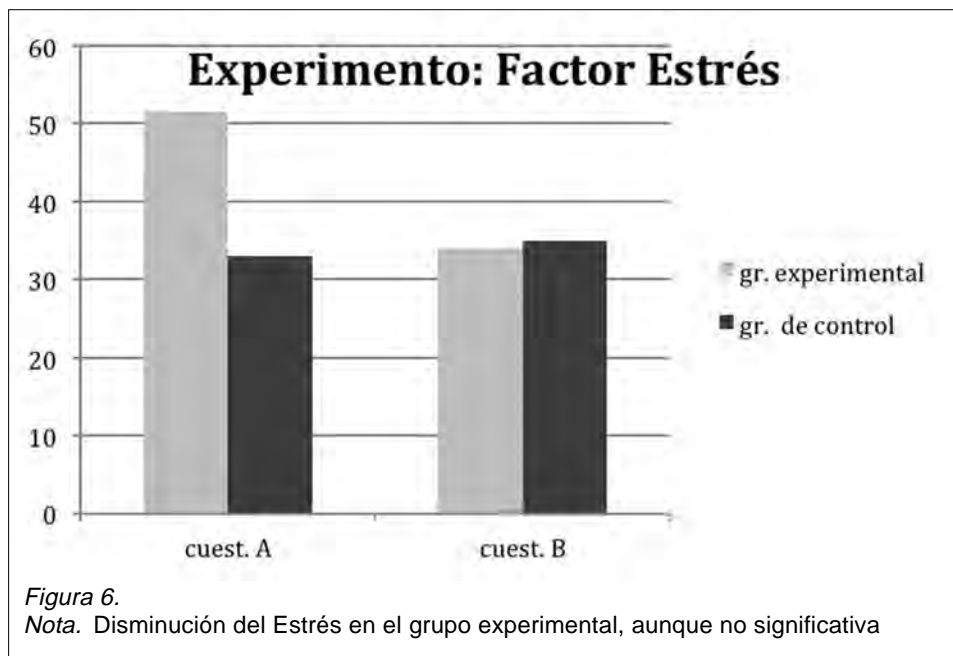
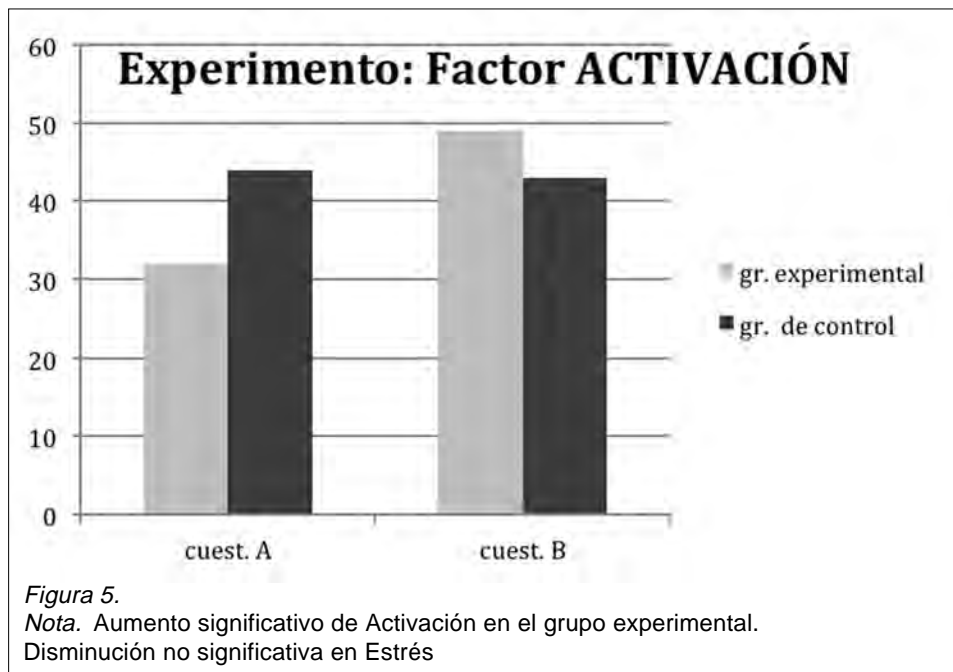
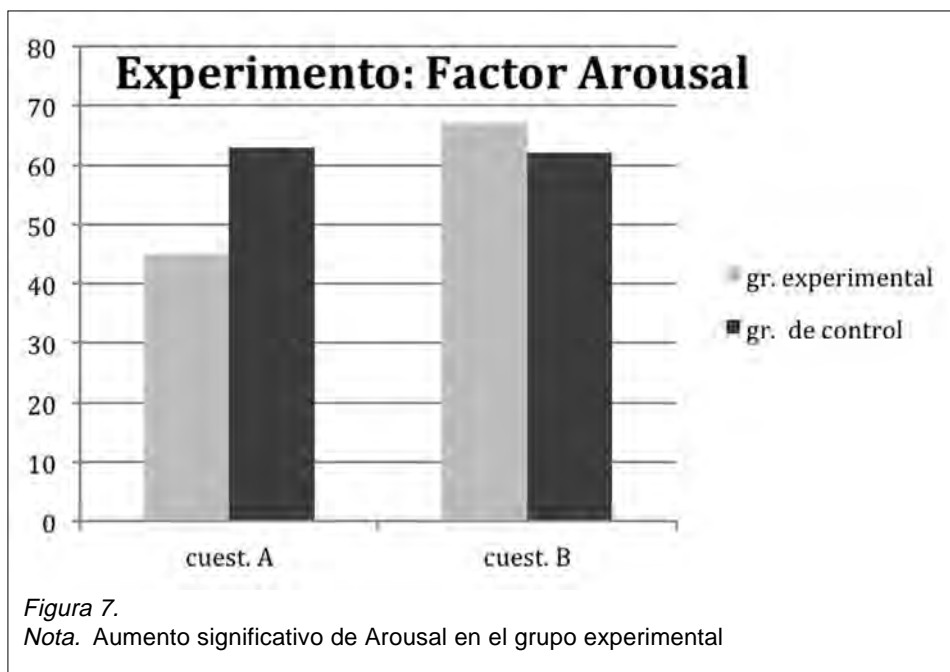


Figura 4

Nota. Aumento significativo en Activación y Arousal.
Disminución no significativa en Estrés





Pero sí añadiré que, de las referencias habidas posteriormente al experimento, procedentes de los psicoterapeutas que atendían a los sujetos del mismo, hemos podido comprobar cómo sirvió para movilizar temas para trabajar en su terapia (individual o grupal) a raíz de las imágenes que les sorprendieron, intrigaron o inquietaron. Si, en definitiva, los acontecimientos de cambio intrasesión dentro del proceso terapéutico van destinados a que la persona cambie más allá del marco de la psicoterapia, es más importante poder constatar si los sujetos que participaron en el experimento han conseguido sus objetivos en la vida real que la medición en sí del cambio intrasesión a través de un experimento como el realizado. Otra cosa es que la realización del experimento pueda ayudar a comprender el cómo se producen esos cambios internos para poder generalizar las conclusiones y, a la postre, aportar elementos de ayuda al ejercicio de la profesión. En lo que hace al logro de sus objetivos por parte de los sujetos del grupo experimental, hemos tenido conocimiento (en forma natural, por la propia vinculación de los participantes con el centro donde tuvo lugar y en el que ejerce la psicoterapia el experimentador) de su trayectoria y, salvo en tres sujetos con los que no hubo contacto posterior, en todos los demás se mantuvo el cambio experimentado. Esto ocurrió a pesar de que este tipo de fantasías de la Psicosisíntesis están pensadas para practicarlas al menos durante quince días.

Para acabar les puedo leer las palabras que se utilizaron para la fantasía guiada del *Proyecto*:

Ahora te voy a pedir que emplees unos momentos en colocar tu cuerpo lo más suelto posible, lo más relajado posible, notando si hay alguna zona de tensión y cómo la puedes aflojar con la respiración, como si cada vez que sueltas el aire se hiciera más leve la tensión, se soltaran un poco los músculos y tu cuerpo fuera quedando tranquilo y relajado.

.....

.....

Y ahora te voy a pedir que me acompañes a una fantasía que tiene que ver con ese objetivo, con ese cambio que quieres lograr en tu vida.

Te propongo que te imagines de pie, al inicio de un camino. Un camino recto, largo. Al final del camino hay una montaña alta y en la cima de la montaña está ese cambio que quieres conseguir, ese logro que quieres para tu vida. De manera que puedes emplear unos momentos en darle un símbolo a eso que quieres conseguir. Por ejemplo: si quieres conseguir un determinado comportamiento tuyo habitual, puedes verte a ti mismo de una manera que ya se nota por tu gesto, por tu expresión que ya has conseguido realizar ese cambio. Puede ser también un objeto. Puede ser también una forma abstracta, unos colores o unas formas geométricas. Cualquier cosa que sirva para identificar ese símbolo con lo que tú quieres lograr.

Y cuando hayas encontrado el símbolo, visualízalo encima de esa montaña, en lo más alto. Está allí, esperándote, y tú estás al inicio de ese camino hacia la montaña, y cuando llegues arriba, a ese símbolo, habrás conseguido lo que te proponías.

.....

.....

Ahora vuelve a darte cuenta de que estás aquí, de pie, en el camino, a punto de emprender la marcha. Y al fondo la montaña que tiene en su cima lo que quieres lograr. Tómate unos momentos para observar el paisaje, el tipo de vegetación, cómo es el camino concreto, el tipo de luz y el momento del día en el que estás cuando vas a empezar esta especie de excursión hacia tu objetivo.

Puedes darte cuenta también de cómo vas vestido y qué cosas llevas: si llevas una mochila con alguna cosa dentro o si vas sin nada...

.....

.....

Y ahora yo te invito a estar un rato viviendo en fantasía tu camino hasta llegar a la cumbre de la montaña y lograr ese objetivo, ese plan. La consigna es la siguiente: a lo largo de la fantasía puedes encontrarte personas que te animan, que te ayudan, que te facilitan o estimulan el hacer ese camino. Puedes también encontrarte con personas que te desaniman, que te ponen trabas, que te impiden seguir. O puedes encontrarte animales, o cosas, o voces, unas que te animan y te ayudan y otras que te complican o distraen. O pueden complicarte los obstáculos mismos del camino. Tu tarea es seguir adelante, utilizando tus fuerzas y recursos y los que te dan las personas y las cosas que te ayudan a seguir y prescindiendo por

completo de las voces, de las personas o cosas que te desaniman, y sorteando los obstáculos en cualquier forma.

Se trata de que no te dejes detener en tu camino. No importa lo que oigas, no importa lo difícil que te parezca el obstáculo. Tú sigues adelante concentrándote en lo que quieres obtener y que te espera en la cima de la montaña.

Tómate un tiempo para ir haciendo esto y cuando nos estemos acercando a la cumbre te avisaré. De manera que puedes empezar a caminar, ir viendo lo que pasa y seguir adelante pase lo que pase.

.....

.....

Sin distracciones, sin desánimos, concentrando tu atención en este símbolo en lo alto de la montaña te vas acercando a la cumbre. Hay un momento en que ya ves claramente el símbolo ahí. Sólo queda el último tramo.

.....

.....

Ahora te acercas, llegas hasta él y ya puedes tocarlo, cogerlo, abrazarlo, puedes fundirte con él, disfrutando de haberlo conseguido, quedándote ahí unos momentos, con la sensación que da el haberlo logrado.

Si lo deseas te puedes transformar tú en el símbolo. Sé el símbolo por unos momentos y observa cómo te sientes ahí.

.....

.....

Luego tomas otra vez tu propia identidad, viéndote en la cumbre, junto a tu símbolo del logro. Si quieres puedes mirar desde aquí arriba y ver todo el camino que recorriste hasta llegar hasta él.

Y suavemente, vas viniendo hacia esta habitación, pero dándote tiempo por si quieres repasar algún tramo del camino que recorriste, algún trozo que quieras analizar mejor, algo que quieras ver un poco más. Puedes concederte un poco de tiempo para ello antes de venir aquí. O simplemente, si quieres, para disfrutar de la sensación de haber conseguido tu objetivo.

.....

.....

Cuando hayas llegado, rellena la hoja que he puesto a tu lado.

Referencias bibliográficas

- Achterberg, J. (1994). *Por los caminos del corazón. Historia y perspectivas de la visualización como instrumento de curación*. Madrid: Los Libros del Comienzo.
- Ahsen, A. (1968). *Basic concepts of eidetic psychotherapy*. Nueva York: Brandon House.
- (1972). *Eidetic Parents Test and Analysis*. Nueva York: Brandon House.
 - (1977a). *Eidetics: An Overview*. *Journal of Mental Imagery*, 1(1), 5-38.
 - (1977b). *Psyche: Self-analytic consciousness*. Nueva York: Brandon House.

- (1979). Image for effective psychotherapy. An essay on consciousness, anticipation, and imagery. En A.A. Sheikh y J.T. Shaffer, (Eds.), *The potential of fantasy and imagination* (pp. 11-25). Nueva York: Brandon House.
 - (1987). *ABC of Imagery*. Nueva York: Brandon House.
 - (1988). *Aphrodite: The Psychology of consciousness*. Nueva York: Brandon House.
 - (1993). *Learning Ability and Disability: An Image Approach*. Nueva York: Brandon House.
 - (1999). *Hot and Cold Mental Imagery: Mind over Body Encounters*. Nueva York: Brandon House.
 - (2007). Autism: The new picture approach to treatment. *Journal of Mental Imagery*, 31(3 y 4).
 - (Ed.) (1994). Imagery bibliography. *Journal of Mental Imagery* (1977-991). *Journal of Mental Imagery*, 18 (1 y 2).
- Andreas, C. y Andreas, S. (1989). *Heart of the mind*. Moab, UT: Real People Press.
- Bakan, P. (1986). Imagery: A historical perspective. In *Imagery: Vol. 4, Recent practice and theory* (pp. 5-12). Nueva York/Londres: Plenum.
- Balzarini, G. y Salardi, C. (1987). *L'analisi immaginativa*. Roma: Astrolabio.
- Bastine, R., Fiedler, P. y Kommer, D. (1990). Qué es terapéutico en la psicoterapia. Aproximación sistemática a la investigación del proceso psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 1(1), 39-56 (Reimpreso del original en alemán publicado en *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 1-22, 1989).
- Bent, N. (1995). *Beyond MS: It's All in Image*. Nueva York: Brandon House.
- Brewis, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M. y Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210-232
- Byrne, P., Becker, S., y Burgess, N. (2007). Remembering the past and imagining the future: A mental model of spatial memory and imagery. *Psychological Review*, 114(2), 340-375.
- Campos, R., Gomez Juncal, R. y Pérez-Fabello, M. J. (2009). The efficacy of imagery strategies on long-term recall and recognition. *Journal of Mental Imagery*, 33(1 y 2).
- Caouette, L. y Hochman, J. (2007). Mental image as a companion in Eidetic Psychotherapy. *Journal of Mental Imagery*, 31(3 y 4).
- Cavallier, F. J. P. (1989). *Visualization*. Paris: Inter Editions.
- Ceschi, G., Banse, R. y Van den Liden, M. (2009). Implicit but stable: Mental imagery changes explicit but not implicit anxiety. *Revue Suisse de Psychologie*, 68(4), 213-220.
- Comstock, C. (1921). On the relevancy of imagery in the process of thought. *American Journal of Psychology*, 32, 196-230.
- Davis, G.A., y Manske, M.E. (1966). An instructional method in increasing originality. *Psychonomic Science*, 6, 73-74.
- Denis, M. (1979). *Les images mentales*. Paris: Presses Universitaires de France. Traducción española: *Las imágenes mentales*. Madrid: Siglo XXI, 1984.
- Dolan, A. T. (1997). *Imagery Treatment of Phobias, Anxiety States and other Symptom Complexes in Akhter Ahsens's Image Psychology*. Nueva York: Brandon House.
- Epstein, G. (1989). *Healing visualizations*. Bantam Books. Traducción española: *Visualización curativa*. Barcelona: Robin Book, 1991.
- Fanning, P. (1988). *Visualization for change*, 1988. Traducción española: *Visualización, autocuración y bienestar*. Barcelona: Robin Book, 1992.
- Ferrater Mora, J. (1994). *Diccionario de Filosofía* (Vols. 1-4) (Edición revisada y aumentada). Barcelona: Ariel.
- Forisha, B.L. (1978). Mental imagery and creativity. Review and speculations. *Journal of Mental Imagery*, 2, 209-238.
- (1979). The outside and the inside: Compartmentalization or integration. En A.A. Sheikh y J.T. Shaffer (Eds.), *The potential of fantasy and imagination* (pp. 1-10). Nueva York: Brandon House.
 - (1981). Patterns of mental imagery and creativity in men and women. *Journal of Mental Imagery*, 5, 85-96.
 - (1983). Relationship between creativity and mental imagery: a question of cognitive styles? En A.A. Sheikh (Ed.), *Imagery. Current theory, research and applications* (pp. 310-339). Nueva York: John Wiley.
- Fox, C. (1914). The conditions which arouse mental images in thought. *British Journal of Psychology*, 6, 420-431.
- Gendlin, E. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6, 4-15.
- (1978). *Focusing*. Nueva York: Everest House.
- Gibbs, R.W., y Berg, E. A. (2002). Mental imagery and embodied activity. *Journal of Mental Imagery*, 26(1 y 2).
- Greenberg, L.S. (1990). La investigación sobre el proceso de cambio. *Revista de Psicoterapia*, 1(4), 57-71. (Reimpreso del original inglés en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9, 1986).

- Greenberg, L.S. y Korman, L. (1993). La integración de la emoción en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 4(16), 5-19.
- Greenberg, L.S. y Pinsof, W.M. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. Nueva York/Londres: The Guilford Press.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. y Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process*. Nueva York/Londres: The Guilford Press. Traducción española: *Facilitando el cambio emocional*. Barcelona: Paidós, 1996.
- Greenberg, L.S. y Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy. Affect, cognition, and the process of change*. Nueva York/Londres: The Guilford Press.
- Hishitani, S. (2011). New theories, findings, and methods in Japanese imagery research: An introduction. *Journal of Mental Imagery*, 35(1 y 2).
- Hochman, J. (1994). Ahsen's image psychology. *Journal of Mental Imagery*, 18(3 y 4), 1-117.
- (2007). Brief Image Therapy. Ahsen's 10-Session Model. *Journal of Mental Imagery*, 31(1 y 2).
- Holmes, E. A., Arntz, A., y Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behavior therapy, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 297-305.
- Holmes, E. A., Geddes, J. R., Colom, F., y Goodwin, G. M. (2008). Mental imagery as an emotional amplifier: Application to bipolar disorder. *Behavior Research and Therapy*, 46(12), 1251-1258.
- Holmes, E. A., Lang, T. J., y Deerpse, C. (2009). Mental imagery and emotion in treatment across disorders. Using the example of depression. *Cognitive Behavior Therapy*, 38(1), 21-28.
- Holmes, E. A., y Mathews, A. (2005). Mental imagery and Emotion: A Special Relationship? *Emotion*, 5(4), 489-497.
- Holmes, E. A., Mathews, A., Dalgleish, T., y Mackintosh, B. (2006). Positive interpretation training: Effects of mental imagery versus verbal training on positive mood. *Behavior Therapy*, 37(3), 237-247.
- Holt, R. R. (1964). Imagery: The Return of the Ostracised. *American Psychologist*, 19, 254-264.
- (1972). On the nature and generality of mental imagery. En P.W. Sheehan (Ed.), *The function and nature of imagery* (pp.6-35). Nueva York: Academic Press.
- Horowitz, M. J. (1970). *Image formation and cognition*. Nueva York: Appleton-Century Crafts. Edición revisada y ampliada con el título: *Image formation and psychotherapy*. Nueva York/Londres: Jason Aronson, 1983.
- (1978). Controls of visual imagery and therapist intervention. En J. L. Singer y K. S. Pope (Eds.), *The power of human imagination* (pp. 35-50). Nueva York/Londres: Plenum.
- (1983). *Image formation and psychotherapy*. Nueva York/Londres: Jason Aronson.
- Iachini, T. (2001). Mental imagery and embodied cognition: a multimodal approach. *Journal of Mental Imagery*, 35(3 y 4).
- Kaufmann, G. (1979). *Visual imagery and its relation to problem solving: A theoretical and experimental inquiry*. Oslo, Bergen: Universitetsforlaget.
- (1984). Mental imagery in problem solving. En A.A. Sheikh (Ed.), *International Review of mental imagery*, 1, (pp.23-55) Nueva York: Human Sciences Press.
- (1985). A theory of symbolic representation in problem-solving. *Journal of Mental Imagery*, 9(2), 51-69.
- (1990). *Imagery effects on problem solving*. En P.J. Hampson, D.F. Marks y J.T.E. Richardson (Eds.), *Imagery: Current developments* (pp. 169-196). Londres: Routledge.
- Khun, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago, IL: University of Chicago.
- Klinger, E. (1990). *Daydreaming*. Los Angeles, C.A.: Tarcher (Putnam).
- (1996). Motivation and imagination. In T. Gjerme y R. Nygard (Eds.) *Advances in motivation*. Oslo: Scandinavian University Press (Reimpreso de Klinger 1991/1994, pp. 269-284).
- (2000). Daydreams. In A. Kazdin (Ed.) *Encyclopedia of Psychology*. Nueva York: Oxford University Press/ American Psychological Association.
- (2009). *Daydreaming And fantasizing: Thought flow and motivation*. In K. D. Markmann, W. M. P. Klein y J. A. Suhr (Eds.) *Handbook of imagination and mental simulation* (pp. 225-239). Nueva York: Psychology Press.
- Klinger, E., Henning, V.R. y Jansen, J.M. (2009). Fantasy proneness dimensionalitez: dissociative component is related to psychopathology, daydreaming as such is not. *Journal of Research in Personality*, 43, 506-510.
- Kosslyn, S. M. (1980). *Image and mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- (1996). *Image and brain The resolution of the imagery debate*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of technology (4ª ed.).
- (2005). Mental images and the Brain. *Cognitive Neuropsychology*, 22(3y4) 333-347.

- Kosslyn, S.M., Behrmann, M y Jeannerod, M. (1995). The cognitive neuroscience of mental imagery. *Neuropsychology*, 33 (11), 1335-1344.
- Kosslyn, S.M., Thompson, W.L. y Ganis, G (2006). *The case of mental imagery*. Oxford: Oxford University Press.
- Krigolson, O., Van Eyn, G., Tremblay, L., y Health, M. (2006). Is there “feedback” during visual imagery? Evidence from a specificity of practice paradigm. *Canadian Journal of Experimental Psychology*. 60(1), Mar, 24-32.
- Locke, S.E. y Horning-Rohan, M. (1983). *Mind and immunity: behavioral immunology. An annotated bibliography 1976-1982*. Nueva York: Institute for the Advancement of Health.
- MacKinnon, D.W. (1968). *International Encyclopedia of the Social Sciences*. Nueva York: Mac Millan. Traducción española: Creatividad I: Aspectos Psicológicos. En *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales* (Vol. 3, pp. 206-212). Madrid: Aguilar, 1974.
- Marks, D.F. (1985). Imagery paradigms and methodology. *Journal of Mental Imagery*, 9(2), 93-106.
- Matsuoka, K., y Hatakeyama, T. (2011). Research on eidetic imagery in japan. *Journal of Mental Imagery*, 35(1 y 2).
- Matussek, P. (1977). *La creatividad. Desde una perspectiva psicodinámica*. Barcelona: Herder.
- McKellar, P. (1957). *Imagination and thinking: A psychological analysis*. Nueva York: Basic Books.
- (1963). Three aspects of the psychology of originality in human thinking. *British Journal of Aesthetics*, 3, 129-147.
- (1972). Imagery from th stand point of introspection. En P.W. Sheehan (Ed.), *The functions and nature of imagery* (pp. 36-63). Nueva York: Academic Press.
- McMahon, C.E. y Sheikh, A.A. (1984). Imagination in disease and healing processes: an historical perspective. En A.A. Sheikh (Ed.), *Imagination and healing* (pp. 7-34). Farmingdale, NY: Baywood. Traducción española: *Nueva Enciclopedia del Mundo* (XXI vols.). Bilbao: Durvan, 1989
- Mental Imagery Abstracts (2009). *Journal of Mental Imagery*, (33) 3/4.
- Moore, B. A., y Krakow, B. (2010). Imagery rehearsal therapy: An emerging treatment for posttraumatic nightmares in veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2(3), 232-238.
- O'Connor, M. K., Deason, R. G., Reynolds, E., Tat, M. J., Flannery, S., Solomon, P. R.,... Andrew, E. (2015). The imagination Inflation Effect in Healthy Older Adults and Patients with Mild Alzheimer's Disease. *Neuropsychology*, 20.
- Paivio, A. (1971). *Imagery and verbal processes*. Nueva York: Holt.
- (1972). A theoretical analysis of the role of imagery in learning and memory. En P.W. Sheehan (Ed.), *The function and nature of imagery* (pp.253-281). Londres: Academic Press.
- (1975). Neomentalism. *Canadian Journal of Psychology*, 29, 263-291.
- Pande, N. y Srivastava, P. (2010). The role of affective imagery in changing negative attitudes. *Journal of Mental Imagery*, 34(3 y 4).
- Peirce, J. T. (2006). Efficacy of imagery rehearsal treatment related to specialized populations: A case study and brief report. *Dreaming*, 1(4), 280-285.
- Reyher, J. (1963). Free imagery, an uncovering procedure. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 454-459.
- (1977). Spontaneous visual imagery: Implications for psychoanalysis, psychopathology and psychotherapy. *Journal of Mental Imagery*, 2, 253-274.
- (1978). Emergent uncovering psychotherapy: The use of imagery and linguistic vehicles in psychodynamic processes. En J.L. Singer y K.S. Pope (Eds.), *The power of human imagination* (pp. 51-93). Nueva York: Plenum.
- Richardson, A. (1969). *Mental imagery*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- (1980). *Mental imagery and human memory*. Nueva York: St. Martin's Press.
- Rosal, R. (1992). El poder terapéutico de las imágenes. *Revista de Psicoterapia*, 3(10 y 11), 101-128.
- (2002). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Barcelona: Instituto Erich Fromm. Reeditado (sin el informe experimental) en Lleida: Milenio, 2013).
- Rugg, H. (1963). *Imagination*. Nueva York: Harper y Row
- Rusch, M. D. (2007). Treatment of acute stress disorder with Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy. *Journal of Mental Imagery*, 31(3 y 4).
- Samuels, M. y Samuels, N. (1975). *Seeing with the mind's eye: The history, techniques and uses of visualisation*. Nueva York: Random House. Traducción española: *Ver con el ojo de la mente*. Madrid: Los libros del Comienzo, 1991.
- Scilligo, P. (1990). Investigación clínica y práctica terapéutica: un abismo que salvar. *Revista de Psicoterapia*, (4), 9-31.

- Shepard, R.N. (1978a). Externalization of the image and the act of creation. En B.S. Randhawa (Ed.), *Visual learning, thinking and communication*. Nueva York: Academic Press.
- (1978b). The mental image. *American Psychologist*, 33, 125-137.
- Simonton, O.C., Mathews-Simonton, S. y Creighton, J.L. (1980). *Getting well again*. Nueva York: Bantam Books. Traducción española: *Recuperar la salud*. Madrid: Los libros del Comienzo, 1992.
- Singer, J.L. (1966a). *Daydreaming: An introduction to the experimental psychology of inner experience*. Nueva York: Random House.
- (1966b). *Imagery and daydreaming methods in psychotherapy and behavior modification*. Nueva York: Random House.
- (1974). Daydreaming and the stream of thought. *American Scientist*, 2, 417-425.
- (1975). *The inner world of daydreaming*. Nueva York: Harper y Row.
- (1978). Experimental studies of daydreaming and the stream of thought. En K.S. Pope y J.L. Singer (Eds.), pp. 187-233 *The stream of consciousness*. Nueva York/Londres: Plenum.
- Imagery and affect in psychotherapy: Elaborating private scripts and generating contexts. En A.A. Sheikh y J.T. Shaffer (Eds.), *The potential of fantasy and imagination*. Nueva York: Random House.
- (2006). *Imagery in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Singer, J.L. y Pope, K.S. (1978). The use of imagery and fantasy techniques in psychotherapy. En J.L. Singer y K.S. Pope (Eds.), *The power of human imagination* (pp. 95-121). New York: Plenum Press.
- Singer, J.L. y Switzer, E. (1980). *Mind play: The creative uses of imagery*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Sperry, R.W. (1974). Lateral specialization in the surgically separated hemispheres. En F.O. Schmitt y F.G. Worden (Eds.), *The neurosciences third study programm*. Cambridge Mass/Londres: M.I.T. Press.
- Tuke, D.H. (1872). *Illustration of the influence of mind upon body in health and disease. Designed to elucidate the action of imagination*. Londres: J.A. Churchill.
- Watson, J.B. (1930). *Behaviorism*. Nueva York: Norton.
- Zinchenko, V. P., Munipov, U. M. y Gordon, V. M. (1973). The study of visual thinking. *Voprosy Psichologii*, (12), 2, 3-14.
- Zinker, J. (1977). *Creative process in gestalt therapy*. Nueva York: Brunner Mazel. Traducción española: *El proceso creativo en la terapia gestáltica*. Buenos Aires: Paidós, 1979.

El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica

Ramon Rosal Cortés

editorial
MILENIO

LA BURBUJA PROTECTORA DE EVA. UN TRABAJO CON ACTIVIDAD IMAGINARIA EN UNA SESIÓN TERAPÉUTICA CON PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

THE PROTECTIVE BUBBLE OF EVE. AN IMAGINARY WORK ACTIVITY IN A THERAPY SESSION WITH HUMANISTIC INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY

Ana Padilla Mosteirín

Instituto Erich Fromm de Psicoterapia Integradora Humanista

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Padilla Mosteirín, A. (2015). La Burbuja Protectora de Eva. Un trabajo con actividad imaginaria en una sesión terapéutica con Psicoterapia Integradora. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 73-89.

Resumen

Eva es una chica de veintiocho años que cuando acude a terapia presenta un trastorno de ansiedad generalizada y rasgos de una personalidad obsesiva-dependiente. Se incluye el psicodiagnóstico desde el DSM, junto con las aportaciones de Millon respecto al Eje II, y también un diagnóstico desde la Psicoterapia Integradora Humanista para poder entender mejor a la paciente. El artículo se centra en una sesión concreta, hacia el final de su proceso psicoterapéutico, en la que se utilizó la actividad imaginaria y la fantasía para resolver una situación conflictiva en la vida de Eva. Se trata de una situación que le genera una gran ansiedad cuando su pareja y ella acuden a visitar a su familia política. Se muestra como a través de estas técnicas imaginarias Eva pudo resolver dicho conflicto de una forma adecuada, preparándose para afrontarlo en la vida real, sintiéndose protegida y con recursos personales. Como ella misma verbaliza posteriormente, la sesión que se describe, y el ejercicio realizado desde la fantasía fueron claves para superar la ansiedad que le provocaba esa situación y poder vivirla con serenidad y tranquilidad.

Palabras clave: actividad imaginaria, fantasía, psicoterapia integradora humanista, ansiedad, recursos terapéuticos.



Abstract

Eva is a twenty eight year old woman who presents a generalized anxiety disorder and obsessive-dependent personality traits. In order to understand the patient, a DSM psycho diagnostic is included, with indications from Millon's theory of Axis II, and also a diagnosis in terms of Integrative Humanist Psychotherapy. The article focuses on a specific session, towards the end of her psychotherapy process, in which imaginary fantasy exercises were used to solve a conflictive situation in Eva's life. This situation which generated great anxiety was when she and her partner went to visit her in-laws. The article shows how Eva was able to solve this conflict adequately, thus preparing to confront it in real life, feeling protected by her personal resources. As she later verbalized, the fantasy exercise was the key to overcome the anxiety this situation activated, and to experience it thereon with calmness and serenity.

Keywords: imagery, fantasy, integrative humanistic psychotherapy, anxiety, therapeutic resources.

1. Introducción

Eva es una chica de veintiocho años, con pareja estable, que trabaja como coordinadora en una empresa que lleva diversos proyectos sociales.

Acude a terapia motivada por su interés en conocerse mejor y por otros problemas más concretos que dice arrastrar desde hace tiempo:

Tengo problemas de discusión con mi pareja, con mi madre, con mi hermana. Quiero cambiar la manera en la que reacciono ante determinadas situaciones: hay personas que me alteran, sobre todo en el trabajo, y no sé cómo solucionarlo.

En las relaciones cercanas, con mi madre o mi pareja, muchas veces hago cosas que no me apetece del todo hacer, pero que acabo haciendo para ayudarles, o complacerles, o para no enfrentarme a ellos. Pero por dentro, me voy enfadando poco a poco, hasta que llega un día que exploto y les digo las cosas fatal.

Quiero aprender a desconectar, a dejar de darle vueltas a las cosas. Mejorar mis relaciones y las dinámicas de hacer cosas que no quiero o no me apetece hacer. Ser menos exigente conmigo misma. Mejorar la relación con mi madre y mi hermana, y también la relación con José. Quiero aprender a escucharme, aprender maneras de sacar la rabia y ver cómo puedo ser puntual. También me gustaría que revisásemos porqué tengo siempre tantos dolores de cabeza.

Eva vive en Barcelona con José, su pareja, en un piso que les ha facilitado su familia. Su madre vive en un pueblo a casi dos horas de Barcelona y su hermana vive a las afueras de Barcelona. Su padre murió hace un tiempo, cuando ella tenía veintiún años, de una enfermedad cardiovascular.

Estaba en la universidad cuando murió, y fue difícil, muy difícil. No sabía pedir lo que necesitaba, y claro, la gente no me lo daba. Sufrí muchas decepciones y me volví más selectiva. Mi madre lo vivió con mucha entereza. Ella ya vivía en el pueblo y nosotras estábamos aquí (en Barcelona), y no nos pidió que volviéramos, aunque nosotras íbamos cada fin de semana. De hecho, en el curso siguiente mi hermana quería ir a estudiar fuera, y mi madre la apoyó muchísimo. Ella también recuperó algunas amistades. Yo decidí hacer una terapia porque sentía mucha ambivalencia, pensaba que cómo podía reír a veces sintiendo la gran tristeza que tenía. Y me fue muy bien, porque tenía un espacio en el que expresarme y me sentía muy entendida.

Sobre su pareja, José, cuenta que es portugués. Se conocieron hace tres años mientras Eva estaba estudiando con una beca allí. Durante el primer año de relación estuvieron en Portugal, aunque no vivían juntos. Después ella tuvo que volver y estuvieron casi otro año en una relación a distancia, aunque intentaban verse una vez al mes. Cuando iniciamos la terapia, hacía unos meses que José había venido a estudiar a Barcelona con una beca para poder continuar aquí con sus estudios. Al

principio de instalarse en Barcelona prefirieron no irse a vivir juntos todavía. Eva compartía piso con su hermana y lo explica así: “Yo no quería que se viniese a vivir con nosotras, no lo veía claro, tenía muchas dudas y miedo de que José se cerrase mucho en mí”.

Al cabo de unos meses, su hermana se fue a vivir con su pareja, y dejó el piso que compartía con Eva. En ese momento, tanto Eva como José ya tenían ganas de compartir piso, y tener un espacio de intimidad para los dos, así que aún con dudas y miedos por parte de Eva, decidieron irse a vivir juntos.

El proceso no fue fácil. Cuando a José se le acabó la beca decidió quedarse aquí con Eva, estudiar por su cuenta, buscarse un trabajo a media jornada y sólo ir a Portugal a hacer los exámenes. Sin embargo, le costó mucho tiempo encontrar un trabajo y tuvo que acabar pidiéndole dinero a su padre para poder seguir estando aquí con ella.

Por su parte, para Eva también fueron difíciles las idas y venidas de José, sus dificultades económicas, el cierto aislamiento en el que él estaba, así como su tendencia a la inactividad.

Aún así, la relación ha continuado, y se ha ido consolidando. Ahora José ya ha terminado sus estudios y ya no tiene que ir y venir cada dos o tres meses a Portugal. Tiene un pequeño trabajo de media jornada, pero sigue recibiendo un cierto apoyo económico por parte de su padre.

La relación entre ellos es buena y tienen una muy buena comunicación. Sin embargo, aparecen dificultades cada vez que van a Portugal a visitar a la familia de José. Además, Eva empieza a cansarse de tener que pasar todos sus periodos vacacionales con la familia de José. Tiene ganas de viajar, y sobre todo, de pasar tiempo a solas con él.

Eva se describe como una persona nerviosa, que necesita hacer muchas cosas y estar siempre muy activa.

Siempre voy corriendo a todos los sitios, y siempre tengo la sensación de que llego tarde. Estoy agitada, acelerada, incluso a veces me ahogo y no puedo respirar. No ayuda el hecho de que en mi trabajo hay mucho estrés. Y como soy una persona muy responsable, a menudo me llevo el trabajo a casa, en el sentido de que continúo dándole vueltas a la cabeza. Soy un poco obsesiva, necesito tener las cosas controladas, y le doy muchas vueltas a mis pensamientos.

2. El diagnóstico de Eva

Tras unas primeras sesiones pude confirmar el siguiente diagnóstico de Eva.

2.1. Respecto al diagnóstico con DSM-IV-TR (APA, 2003)

Eje I:

- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.2]

Eje II:

- Z03.2 No hay diagnóstico, características de la personalidad dependiente y obsesiva [V71.09]

Si atendemos a la clasificación diagnóstica de la personalidad de Millon (1998), Eva presenta una personalidad mixta cooperadora-respetuosa con rasgos propios de los trastornos dependiente y obsesivo. Es decir, Eva está en una personalidad sana, con una cierta tendencia a moverse hacia el lado patológico dentro de ese mismo estilo. La parte cooperadora-dependiente actúa más a nivel externo y la respetuosa-obsesiva lo haría más a nivel interno.

Eje III:

- Ninguno.

Eje IV:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V:

- EEAG: 63

2.2. Respecto a la Psicoterapia Integradora Humanista (Gimeno-Bayón y Rosal, 2001; 2003).

Fase 1. Receptividad Sensorial:

- Bloqueo interno: falta de contacto generalizado con el mundo sensorial.

Eva vive bastante desconectada de sus sensaciones, y puede que sus síntomas somáticos se expliquen por la presencia de este problema. Por ejemplo, no parece ser muy consciente de las señales que le indican parar o bajar el ritmo.

Fase 2. Filtración de sensaciones.

No se aprecia ningún problema significativo.

Fase 3. Identificación Cognitiva:

- Confusión dentro-fuera.

Seguramente ha borrado los límites de contacto entre ella y sus relaciones afectivas importantes, ya que parece que en ocasiones se “funde” con ellos, y no diferencia lo que es de ella y lo que no. Por ejemplo, con las necesidades, al final no sabe cuáles son suyas y cuáles de los otros.

- Proyección de deseos o temores.

Puede darse una proyección de temores desde la preocupación y los pensamientos deformados catastróficos tipo “y si...”. Especialmente en las relaciones próximas: “¿y si le digo que no y se enfada?”, “¿y si se disgusta?”, “¿y si no lo estoy haciendo bien?”, etc.

Fase 4: Identificación Afectiva:

- Emociones prohibidas (Gimeno-Bayón, 1996).

Eva no tiene permiso interno para sentir la tranquilidad que supone no notar ningún movimiento emocional o afectivo en un momento dado.

- Descontrol emocional.
Hay un descontrol emocional del miedo y la ansiedad. También ella misma comenta que aparecen explosiones de rabia. El descontrol de la culpa es más acusado.
- Desplazamiento de la afectividad hacia otros niveles de la personalidad.
Desvía su afectividad hacia el nivel cognitivo en forma de pensamientos obsesivos y a la somatización (por ejemplo, menciona los dolores de cabeza continuados). También puede desplazarla hacia la agitación interna emocional.

Fase 5: Valoración.

- Fragmentación valorativa.
En Eva aparece un doble criterio cuando hace sus valoraciones. Tiene uno para ella misma y otro para los demás.
- Conciencia inmadura.
Siguiendo el Instrumento de autodiagnóstico de los estilos valorativos de Ana Gimeno-Bayón (Gimeno-Bayón y Rosal, 2003), aparece una conciencia inmadura con rasgos de la distorsión dependiente pasiva y la ambivalente pasiva, características de los trastornos de personalidad dependiente y obsesivo respectivamente.
- Conciencia distorsionada
Relacionado con lo comentado en el problema de Fragmentación Valorativa, se aprecia en Eva un exceso de crítica, de exigencia, a nivel interno, que no se da en la misma medida a nivel externo. De hecho, parece que hacia fuera no mantiene este nivel de exigencia, y que incluso en ocasiones podría faltarle la capacidad de poner límites.
- Reduccionismo valorativo.
En algunas de sus valoraciones no tiene en cuenta el tiempo real, ni sus ritmos ni tiempos personales; ni tampoco sus necesidades o deseos.
- Sentimiento parásito de culpa.
Es un problema que con el tiempo ha disminuido, pero que todavía aparece de forma acusada. Por ejemplo, se siente culpable de decirle que no a su madre en múltiples contextos, se siente culpable si no puede quedar con su hermana porque no se quiere o puede adaptar a los horarios de ella, etc.

Fase 6. Decisión implicadora.

- Autolimitación.
Quizá es uno de los problemas que aparece más claramente. De hecho, forma parte de su demanda cuando habla de las relaciones afectivas. Está relacionado directamente con su tendencia a sobreadaptarse a las demandas de los otros, especialmente las de su familia.
- Dificultad en la jerarquización.

Cuando tiene que tomar una decisión que afecta a los demás puede tener dificultades en jerarquizar pues seguramente quiera complacer a todos.

- Distorsión por presión interna.
Probablemente muchas de sus decisiones estén tomadas desde sus introyecciones o desde la “vocecilla” que le dice como “debe hacer las cosas”, tal y como ella misma lo verbaliza.

Fase 7. Movilización de Recursos

- Impulsores en fase cuarta (Gimeno-Bayón, 2012): Niña Adaptada Rebelde negativa.

El cansancio que siente puede estar relacionado con el exceso de esfuerzo al que se siente obligada, como parte de sus introyecciones, a poner en todas sus tareas. En terminología de Análisis Transaccional hablamos del impulsor “Esfuéztrate”.

- Cansancio por situación estresante.
Su ritmo de vida acelerado y agitado, sus múltiples actividades junto con la minusvaloración hacia su cuerpo hacen que este problema se dé de forma acusada.
- Agitación.
A la hora de movilizarse, Eva se agita, tanto desde la parte emocional, como desde la física y cognitiva.

Fase 8. Planificación:

- Carencia de habilidades para planificar integradamente.
En este caso no es que Eva no tenga las habilidades para planificar de una forma adecuada, sino más bien que esta capacidad no está disponible en múltiples ocasiones porque la energía se desvía hacia los pensamientos rumiativos y el descontrol emocional.
- Descuento de opciones.
También a la hora de tomar decisiones minusvalorará sus necesidades y sus deseos.

Fase 9. Ejecución de la Acción:

No hay ningún problema destacable en la actualidad respecto a esta fase.

Fase 10. Encuentro:

- Juegos Psicológicos.
Eva es consciente de que en ocasiones utiliza estas dinámicas insanas, en especial con sus relaciones familiares y su pareja.

Fase 11. Consumación.

No hay problemas destacables en esta fase.

Fase 12. Relajamiento:

- Dicotomía.
Tiene urgencia por acabar los procesos, está en un lugar, pero su

cabeza ya está en otro. Puede estar relacionado con su tendencia a “las prisas” y con la agitación que está viviendo.

Fase 13. Relajación

- Activismo (bloqueo práxico).
Eva tiene tendencia a realizar múltiples actividades que le impiden relajarse una vez ha llegado ese momento.
- Pensamiento obsesivo (bloqueo mental).
Ella misma menciona este problema. Hay una tendencia al pensamiento obsesivo.
- Sentimiento de culpa neurótica u otro sentimiento parásito (bloqueo emocional)
Seguramente utiliza sus emociones descontroladas para llenar los vacíos, los espacios entre un proceso y otro. Sobre todo parece que utiliza la ansiedad y la culpa.

3. Fase de la terapia en la que se enmarca la sesión psicoterapéutica.

La terapia con Eva está llegando al final. Hace tiempo que vamos espaciando las sesiones y vamos revisando pequeñas cosas que van surgiendo.

A Eva se le hace difícil poner un punto y final a nuestro proceso terapéutico, aunque sabe que éste está llegando a su fin. Ya no siente la necesidad que vivía antes. Algunas veces incluso, explica que le ha dado pereza venir a la sesión, y ambas lo relacionamos con este momento final y la proximidad del cierre.

Llevamos tiempo trabajando juntas, y nuestra relación terapéutica es muy buena. Hay una gran confianza y también mucho cariño entre nosotras.

Las dos vemos los grandes progresos que ha dado. Y vemos cómo situaciones que antes se planteaban como un reto dificultoso son ahora elaboradas de una manera satisfactoria para ambas.

A la hora de trabajar en psicoterapia, Eva ha demostrado una gran capacidad introspectiva y de *insight*. Le es fácil escuchar los mensajes de su cuerpo cuando está en terapia y sabe expresarse con ese lenguaje un tanto ambiguo propio de lo corporal. Lo contrario que ocurre cuando esta fuera de la sala de terapia...

Hemos utilizado muchas veces técnicas con imágenes y fantasía (Rosal, 2012), ya que para ella es muy fácil trabajar desde ahí. De hecho, en más de una ocasión, ella misma me ha pedido trabajar algún aspecto que traía a terapia con esta metodología de la que aparecen abundantes ejemplos en Perls (1973) y Stevens (1976).

Los resultados con estas técnicas siempre han sido satisfactorios para ambas, en gran parte, por esa capacidad innata de Eva de trabajar con imágenes.

4. Presentación de un ejercicio con actividad imaginaria y fantasía, siguiendo el esquema de Greenberg (1990).

A continuación paso a describir una sesión donde se plantea un problema, y luego una segunda sesión donde se trabaja con actividad imaginaria.

El problema se plantea a partir de la siguiente señal de la paciente:

Eva llega a la sesión preocupada por las fiestas navideñas. Verbaliza que se siente enfadada y que está anticipando ya ciertas situaciones que prevé que pasarán, lo que le causa irritabilidad y ansiedad.

Explica que la idea es ir a pasar las Navidades a Portugal con la familia de José, cosa que nunca han podido hacer. Siempre había una parte de las fiestas navideñas que pasaban separados, pero este año quieren poder celebrar todos los días juntos.

Las primeras dificultades aparecen con los horarios de los vuelos, y con esto, las primeras tensiones. José empieza las vacaciones antes que Eva, así que ambos deciden que él se irá unos días antes que ella, y volverán juntos pasado Año Nuevo, para poder celebrar el día seis de enero con la familia de Eva.

Hay que aclarar que hay conflictos entre los padres de José desde hace años. Están separados y la relación entre ellos y sus familias de origen es de un gran desacuerdo arraigado que hace que los enfrentamientos sean habituales, y que la tensión entre ambos se traslade a menudo a los hijos. Si pasan mucho tiempo con la madre, el padre de José les echa en cara que con él pasan poco tiempo. En casa de la madre, muchas veces José tiene que oír como ella, o sus tíos o primos, hablan mal de su padre. Además, el padre regenta un negocio en el que también trabajan los hermanos de José. Y aunque el negocio es próspero, los enfrentamientos y discusiones entre ellos son frecuentes, ya que el carácter fuerte del padre no facilita las cosas. Cuando José está allí, tienden a ponerlo en medio de esas discusiones, y él tiene facilidad para dejarse poner.

A Eva le preocupa lo que pasará en Portugal.

Me siento incómoda allí, no sé cómo comportarme muchas veces... me pasa incluso con José. Y es que él quiere estar pendiente de todos y ¡eso es imposible! Está pendiente de su padre, de sus hermanos, de mí, porque yo también le reclamo en cierta medida hacer cosas juntos, y él no se aclara, no es claro diciendo las cosas. Y yo me voy calentando, le voy preguntando, voy aguantando, hasta que me enfado y exploto.

Y es que yo entiendo que estamos allí para estar con su familia, pero hay una parte de mí que no quiere... Lo paso mal por él, porque lo veo sufrir, nervioso, intentando complacernos a todos, quedar bien con todos, y sin conseguirlo con nadie... Su padre enfadado porque pasa poco tiempo en el negocio, sus hermanos enfadados porque la situación es tensa, yo enfadada porque no hacemos cosas juntos. ¡Y es que también son mis vacaciones! Llevo un montón de años que mis vacaciones son eso: estar allí, en la casa de su padre, en el negocio de su padre, visitando a la familia de su madre, y no salimos de allí. No hacemos excursiones por la zona, no vamos a otros

pueblos, no estamos solos casi nunca. Estoy cansada. Y frustrada.

Operación de la terapeuta:

Le pregunto si esto lo ha hablado con José. Le pregunto qué cosas han intentado ya, cuáles han funcionado y cuáles no. También le pregunto qué necesita ella para pasar unas buenas navidades con José.

Actuación de la cliente:

Sí he hablado con José de esto... ¡y muchas veces! Pero creo que nunca le he dicho cómo me siento en realidad, ni lo que necesito.

Y es ahora me doy cuenta que lo que necesito es estar con él. Irme de vacaciones con él, pero a cualquier otro sitio que no sea Portugal...

Podríamos hacer un pacto: yo voy tranquila a Portugal estas Navidades, y en verano, nos vamos una semana a cualquier playa del Mediterráneo. ¡Eso estaría bien!!

Operación de la terapeuta:

Le propongo que hable con José. Tienen una muy buena relación, así que le invito a hacer uso de esa confianza y esa buena comunicación que tienen cuando están tranquilos para que puedan ver cómo van a afrontar esta vez su estancia allí.

Le propongo que reflexione sobre lo que necesita para sentirse bien allí, tranquila y relajada, y para poder disfrutar de las primeras navidades “enteras” con José.

Y le invito a que hablen de todo esto antes de estar allí, metidos ambos en una situación estresante, que les impide entonces tener una comunicación fluida (vid. Rosal y Gimeno-Bayón, 2010).

Resultado intersesiones:

En la siguiente sesión Eva llega con las ideas más claras. Ha podido hablar con José y explicarle sus necesidades. Su necesidad de descansar, de disfrutar de sus vacaciones, y también de unas vacaciones juntos, de su necesidad de estar con él y de su preocupación respecto a él cuando están en Portugal, por la tensión que viven allí.

Han pactado cómo se organizarán el tiempo en Portugal. Por las mañanas desayunarán juntos y planificarán el día teniendo en cuenta las posibles demandas familiares. Eva podrá decidir si le acompaña todo el rato, o bien se queda tranquila en casa leyendo, viendo la televisión, o sale a pasear. Irán viendo cómo se organizan, pero teniendo en cuenta que tendrán que hablarlo entre ellos cada mañana en el momento tranquilo del desayuno.

Y también han pactado irse de vacaciones una semana en verano a una playa mediterránea. Sin embargo, Eva ha tomado conciencia de otro problema.

Señal de la cliente:

Me he dado cuenta que me afecta emocionalmente estar allí. No sé bien cómo explicarlo... es el ambiente que se respira.

Su padre se queja por todo. Quiere que le escuchen y que le alaben. Quiere ser el centro. Siempre. Nos hace comentarios despectivos sobre la madre. Y si no

hacemos las cosas como él quiere, se enfada, se “pone de morros”. Y a mí eso me enfada, porque no hace ningún esfuerzo para que la cosa sea más distendida. Genera incomodidad. Me genera incomodidad. Me siento ahogada. Y me pone muy nerviosa.

Y luego están su madre y sus hermanos... es una locura. Hablan a la vez, se critican, se medio insultan, y gritan. Hablan muy alto, todos a la vez. Me marean. Entran en unas dinámicas predecibles, dicen cosas que sabes que sentarán mal al otro. Yo lo veo desde fuera. Y pienso, *no, no digas esto, que habrá pelea...* Y una y otra vez caen en las mismas situaciones y discusiones repetidas. Los patrones se repiten. Y a mí me ponen nerviosa, y me siento incómoda, y enfada y también triste... porque no saben disfrutar de estar juntos.

Operación de la terapeuta:

Le pregunto a Eva cómo le gustaría sentirse en esa situación, y responde: “Me gustaría que fuesen diferentes...”.

Le digo: “Eso estaría bien, pero no parece posible. No podemos cambiar a los demás, ni sus dinámicas, ni su manera de ser. Quizá tampoco podemos cambiar ese ambiente. ¿Hay algo que se te ocurre que podamos cambiar? ¿Hay algo que dependa de ti?”.

Eva responde “quizá estaría bien si no respirase la ansiedad que hay en el ambiente. Si pudiese hacer que no me afectase eso... si hubiese algo que impidiese a ese ambiente enrarecido afectarme...”

A raíz de esto, le propongo hacer una fantasía para ver cómo podemos hacer esto que propone y necesita.

Actuación de la cliente:

Le pido que se tumbé, que cierre los ojos y busque una postura cómoda. Tras una breve relajación, le pido que conecte con la sensación que le llega cuando está en ese ambiente que ella ha descrito como de ansiedad. Y le pido que me describa esa sensación de incomodidad que va sintiendo. Le pregunto cómo es esa sensación.

Eva- Es como un aire, una niebla que esta fuera, en el ambiente de la sala. Y está como llena de sonido, de ruido... lo veo como rayas dentro de la niebla.

Terapeuta- Bien. Esa niebla con rayas que representan ese sonido, ese ruido está fuera... pero ¿entra dentro de ti?

Eva- Sí, lo respiro, porque está en el ambiente. Y entonces es cuando entra.

Terapeuta- ¿Puedes sacar esa niebla cuando sacas el aire? Inténtalo ayudándote de tu respiración?

Tras un par de respiraciones profundas

Eva- Puedo sacar una parte de la niebla, pero las rayas se me quedan dentro. Y cambian de forma. No las puedo sacar.

Terapeuta- Con tu respiración puedes sacar una parte de la niebla, pero otra se queda. Y las rayas también están dentro. Dices que han cambiando de

forma. ¿Cómo son ahora?

Eva- Son formas en movimiento.

Terapeuta- ¿Crees que se podrían parar? ¿Se te ocurre cómo hacerlo?

Eva- Quizá podría meterlas dentro de algo.

Terapeuta- Muy bien. Puedes intentar meterlas dentro de una caja. De esa manera estarían dentro de tu cuerpo, pero no te afectarían... Primero visualiza cómo es la caja. ¿Puedes probar a meter esas formas dentro de una caja?

Eva- Es una caja cuadrada... voy metiendo las formas dentro...

Terapeuta- ¿Puedes hacerlo?

Eva- Sí, lo estoy haciendo...

T.- Cuando hayas acabado, avísame. Tómate el tiempo que necesites para hacerlo. Y cuando termines de meter esas formas en la caja, mira cómo te sientes.

Eva- Ya está. Me siento bien... aunque todavía noto algo del movimiento dentro de la caja. Pero estoy bien. Puedo sentir el resto del cuerpo libre...

Terapeuta-¿Estás bien así?

Eva- Un poco mejor, pero desde aquí también siento la preocupación por José.

Terapeuta- Bien. Vamos a ver si podemos hacer algo para os sintáis protegidos en ese ambiente cargado y estresante, en el que hay una niebla con rayas. ¿Te parece bien?

Eva- Sí.

Terapeuta- Te voy a pedir que evoques una situación real en la que hayas sentido esa incomodidad y esa preocupación por José. Tómate unos momentos para evocar todos los detalles de la escena... Mira quién hay y qué sucede... Y cuando tengas esas imágenes, explícame que ves.

Pasados unos momentos, Eva me explica y continuamos con el ejercicio:

Eva- Estamos en casa de su madre. Están también sus hermanos. Están hablando todos a la vez, medio discutiendo... Ahora veo perfectamente la niebla con las rayas. Y también veo a José a mi lado nervioso... Me duele verlo así, me gustaría apartarlo de esa situación, de ese sufrimiento...

Terapeuta- Te voy a pedir que te imagines que podéis meteros dentro de una bola. Imagina que es una bola transparente, que los demás no ven, pero que vosotros sabéis que está... Mira como es esta bola... puedes mirar cómo es la tuya y cómo es la de José.

Eva- Puedo verla. Es una especie de bola blandita, bastante transparente... amortigua el ruido. Las rayas casi no pueden entrar, y la niebla tampoco.

Terapeuta- ¿Cómo te sientes?

Eva- Bien, me siento protegida.

Terapeuta- Y José, ¿cómo está así? ¿cómo estáis así?

Eva- Bien. Pero... ¡uy! Así también estamos desconectados el uno del otro. Estamos apartados, aislados... ¡Eso no me gusta!

Terapeuta- Vale. Vamos a ver cómo lo resolvemos. Mira la bola, quizá es demasiado grande, o demasiado gruesa... O quizá puedes investigar alguna otra forma. Quizá puedes convertir esa bola en una burbuja. Y si José también tiene una burbuja, al juntarse las dos, se funden y podéis quedar los dos dentro, juntos y protegidos. ¿Puedes imaginarlo así?

Dejo pasar unos minutos para que Eva pueda imaginar la propuesta

Eva- Sí, puedo hacerlo. Él tiene su burbuja y yo la mía. Y cuando nos acercamos se funden en una sola y podemos estar juntos.

Terapeuta- ¿Te sientes cómoda así?

Eva- En realidad, no del todo... es extraña la sensación de fusión. Me siento un tanto invadida en mi espacio. Pero en algunos momentos quiero que estemos así...

Terapeuta- Bien, está bien tomar conciencia de esas sensaciones también. Estamos experimentando, y podemos probar otras formas si quieres.

Eva- Sí. Probemos.

Terapeuta- Ahora imagina que esa burbuja puede abrirse o cerrarse en función de lo que pasa fuera. Si aparece niebla con rayas, la burbuja se activa y os protege, pero si no hay niebla, la burbuja se queda como latente, sin impedir así que os acerquéis pero manteniendo cada uno su espacio. Puedes intentar transformar esa burbuja si quieres.

Eva- Sí, puedo abrir y cerrar la burbuja... En realidad, es como un *hula hoop* cuando está cerrada. Y puedo abrirla cuando quiera...

Terapeuta- Muy bien. Ahora imagina que estás en esa reunión familiar, y empiezan a discutir, a hablar alto... empiezas a ver cómo aparece esa niebla, esas rayas, y cómo el ambiente tenso y cargado se va acercando hacia ti. Tómate unos momentos. Y ves viendo cómo se acerca la niebla con rayas. Y mira cómo activas tu *hula hoop*. Y mira también como se activa el de José...

Dejo pasar unos momentos para darle tiempo a Eva a que imagine esa escena y la activación de su *hula hoop*.

Eva- Sí. Puedo activarlo. Y también veo como el de José se activa y aparece también su burbuja... Son de colores: el mío es naranja y el suyo azul. Y están parando la niebla, y también las rayas... Son como una barrera también contra el sonido. ¡Funcionan!

Terapeuta- Muy bien. Quédate ahí unos momentos... Si quieres puedes imaginar cómo lo activas y desactivas en esa situación.

Eva- Sí, puedo hacerlo. Y también el de José se activa y desactiva. Es un poco extraño, porque es como si la burbuja sabe cuando tiene que aparecer. Y cuando no tiene que aparecer es un pequeño *hula hoop* que llevamos, pero que nadie ve. ¡Me gusta!

Terapeuta- ¿Cómo te sientes?

Eva- Bien, muy bien.

Terapeuta- Bien, eso está muy bien...

Ahora quiero que guardes esa burbuja dentro de ti, en un lugar al que puedas acceder cuando la necesites. Y cuando lo hayas hecho, te pido que poco a poco, y tomándote el tiempo que necesites, vuelvas a esta sala, trayéndote este nuevo recurso que te protegerá y os cuidará cuando estéis en Portugal.

Resultado intrasesión:

Al acabar el ejercicio Eva comenta que la burbuja-*hula hoop* del final le ha gustado mucho. Se sentía muy protegida. No entraban ni la niebla ni las rayas. También explica que el hecho de que sea un *hula hoop* cuando está en “reposo” le permite estar cerca de José, y eso le gusta.

Resultado intersesiones:

En la siguiente sesión ha pasado el periodo navideño. Eva llega a la sesión contenta y dice “la burbuja ha funcionado, y ¡varias veces!”.

Ha podido incluso disfrutar, dentro de lo posible, de esas reuniones. Al menos las ha vivido con una tranquilidad que hasta entonces desconocía. Dice que para José también han sido diferentes, menos estresantes, porque los pactos con ella y la estructura que montaban cada día en los desayunos le ha ayudado. Aún así, reconoce que en este punto todavía quedan mejoras por hacer, pero es consciente del gran avance que han hecho.

Comenta que al estar más tranquila y sentirse más protegida de ese ambiente, ha contactado con una parte de tristeza. Dice “sería tan fácil que fuesen felices... podrían serlo, pero no saben. Y eso me entristece...”.

La fantasía de la burbuja protectora, le ha servido a Eva, no solo para protegerse de un ambiente estresante, sino también para contactar con una tristeza genuina que quedaba escondida detrás de la rabia y la incomodidad.

5. El problema de esta sesión visto desde la Psicoterapia Integradora Humanista

En la situación familiar que describe, se da un problema en la fase uno, la de receptividad sensorial, la dispersión externa: exceso de estímulos ambientales. Eva lo sufre en el entorno familiar de José, lo que le provoca otros problemas en fases posteriores. Ella misma describe ese ambiente con excesivos estímulos, de manera que ella se agobia y se bloquea ante tanta dispersión y tanto estímulo.

Es sobre todo en la fase cuatro de identificación emocional en la que vemos los dos problemas prioritarios en este caso. Se trata de la dispersión como conflicto entre distintas emociones y de la distorsión por descontrol emocional.

En el primero aparecen varias emociones de forma simultánea. Eva siente rabia por encontrarse en ese ambiente, tristeza por ver cómo se comunican entre ellos, y miedo por cómo afectará a José todas esas dinámicas.

Y sus emociones se descontrolan, y a partir de ahí todo el ciclo de la experiencia queda teñido por ese exceso de emoción que deja a Eva agotada.

Con el trabajo con la fantasía de la burbuja protectora hemos minimizado el impacto del exceso de estímulos. Y al hacer esto, hemos podido trabajar los problemas emocionales que se derivaban de esto y que sí dependían de Eva.

6. El final de la terapia

Pasados unos seis meses de la sesión descrita cerramos el proceso terapéutico. La demanda inicial de Eva, se había cumplido ampliamente:

La relación con su madre y con su hermana han mejorado mucho. Por un lado Eva ha aceptado ciertos aspectos de ellas. Y por otro ha aprendido a decir no y a complacerlas sólo cuando quiere hacerlo realmente. Es decir, ha salido de las pautas del “guión” que de ella se esperaba que siguiera (Berne, 1974) para convertirse en autora de su proyecto vital.

El escucharse, el atender a sus necesidades, el bajar el ritmo... ha sido un trabajo continuado a lo largo de todo el proceso terapéutico. Ella es consciente de una cierta tendencia suya a dejarse llevar por su ritmo frenético y olvidarse así de ella. Pero lo sabe, y hemos podido comprobar numerosas veces como ha podido parar y preguntarse “¿Cómo estoy yo?, ¿Qué necesito?, ¿estoy bien?” (en la línea del autoparentamiento de James, 1982). Preguntas que le ayudan a conectar consigo misma y a poder parar en un momento dado.

Así, siendo consciente de ella, han ido disminuyendo sus dolores de cabeza. De hecho, en la actualidad ya no aparecen esos dolores que le paralizaban y le impedían hacer su vida normal. Quizá de vez en cuando todavía tiene alguno, pero cuando eso sucede descubre que están más relacionados con otras cuestiones: tensión cervical, alteraciones hormonales o a veces incluso también cambios bruscos de tiempo.

La relación con José también ha mejorado. Hace ya un tiempo que viven juntos y la convivencia es buena. Han sabido superar los obstáculos que han aparecido en su camino, y la relación se ha ido consolidando. De hecho, tienen un proyecto precioso para el futuro...

Su relación es sólida, basada en un gran amor, una buena confianza y sobre todo en unas ganas enormes de contribuir al bienestar y la felicidad del otro, sin dejar de lado cada uno sus propias necesidades o proyectos individuales.

7. Cambios respecto al diagnóstico inicial de Eva

7.1. Respecto al DSM-IV-TR

Eje I:

- Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Eje II:

- Z03.2 Ningún diagnóstico [V71.09]

Si miramos los criterios diagnósticos de Millon (1998), vemos que Eva sigue manteniendo una personalidad respetuosa. Sin embargo, la parte cooperadora ha

dejado paso a un personalidad de estilo segura saludable que le aporta la independencia y la seguridad en sí misma que necesitaba.

Eje III:

- Ninguno.

Eje IV:

- Ninguno.

Eje V:

- EEAG: 90

7.2. Respeto a la Psicoterapia Integradora Humanista

Fase 1. Receptividad Sensorial:

- Bloqueo interno: falta de contacto generalizado con el mundo sensorial.

Este ha sido uno de los grandes problemas que hemos trabajado durante todo el proceso. Eva es consciente de su tendencia a no contactar con sus necesidades y a dejarse llevar por su ritmo de vida. Aunque pueda darse en algún momento, tiene recursos suficientes para que no se convierta en un problema en su vida cotidiana.

Fase 7. Movilización de Recursos

- Agitación.

Igual que el problema de la fase uno que hemos mencionado, aquí también creo que puede pasar algo similar. Ella sabe que cuando la situación es estresante, cuando no se “escucha” y se deja llevar por el ritmo de su día a día, puede acabar sufriendo una cierta agitación cognitiva. No tiene nada que ver con la agitación que traía, en términos de cantidad ni frecuencia, pero es algo que debe tener en cuenta.

Fase 13. Relajación

- Activismo (bloqueo práxico).

Y nuevamente relacionado con lo comentado anteriormente, existe el riesgo de un cierto activismo en Eva. Y una vez más ella es sumamente consciente de ello por lo que confío en sus capacidades y sus recursos para saber ponerle freno.

El resto de problemas del ciclo de la experiencia mencionados anteriormente respecto a la Psicoterapia Integradora Humanista pueden darse por solucionados.

8. Conclusiones

En este artículo se muestra cómo a través de la actividad imaginaria, utilizando la fantasía podemos dar a nuestros pacientes recursos personales para enfrentarse a situaciones conflictivas y a experiencias emocionales desagradables.

Quisiera acabar este artículo dándole las gracias a Eva. Ha sido un placer trabajar con ella. Desde el principio se mostró confiada y participativa. Se implicaba en el proceso, dentro y fuera de las sesiones. Y así, la terapia ha ido avanzando hasta

llegar a consolidar los cambios profundos que ha dado.

Espero que los aprendizajes y los recursos que se lleva le acompañen a lo largo de su camino en su gran biblioteca de sabiduría.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Berne, E. (1974). *¿Qué dice usted después de decir hola?*. Barcelona: Grijalbo (Traducción del original en inglés de 1973).
- Gimeno-Bayón, A. (1996). *Comprendiendo como somos. Dimensiones de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A (2012). *Análisis Transaccional para psicoterapeutas. Volumen I. Conceptos fundamentales para el diagnóstico y la psicoterapia*. Lleida: Milenio.
- Gimeno-Bayón, A y Rosal, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gimeno-Bayón, A y Rosal, R. (2003). *Psicoterapia Integradora Humanista. Volumen II. Manual para el tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de personalidad*. Barcelona: Instituto Erich Fromm.
- Greenberg, L.S. (1990). *La investigación sobre el proceso de cambio*. Revista de Psicoterapia 1(4), 57-71.
- James, M. (1982). *¡Libre! Podemos ser buenos padres de nosotros mismos*. México. Fondo Educativo Interamericanos (Traducción del original en inglés de 1981).
- Millon, T. y Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson (Traducción del original en inglés de 1996).
- Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos (Traducción del original en inglés de 1973).
- Rosal, R. (2013). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Lleida: Milenio (Edición revisada del original de 2002. Barcelona: Instituto Erich Fromm).
- Rosal, R. y Gimeno-Bayón, A. (2010). *La búsqueda de la autenticidad. Reflexión ético-psicológica*. Lleida: Milenio.
- Stevens, J.O. (1976). *El darse cuenta. Sentir, imaginar, vivenciar*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos (Traducción del original en inglés de 1971).

I Congreso Internacional de Psicología y Psicoterapias Humanistas

narrativa ciencia praxis

www.congresopsicoterapiashumanistas.com
contacto@congresopsicoterapiashumanistas.com

Barcelona, **19, 20 y 21 de noviembre 2015**

Facultad de Psicología Blanquerna,
Universidad Ramón Llull

Organizadores:



Colaboradores:



Síguenos en



*Idiomas oficiales del Congreso: castellano e inglés.

DE FUERA HACIA DENTRO: LA CONQUISTA DE LA NIÑA INTERIOR

FROMM OUTSIDE TO INSIDE: THE CONQUEST OF INNER GIRL

Maria Beltrán Ortega

Psicóloga-Psicoterapeuta
Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Beltrán Ortega, M. (2015). De Fuera Hacia Dentro: La Conquista de la Niña Interior. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 91-105.

Resumen

Tal y como demuestra Rosal (2002), recogiendo resultados de investigaciones del último siglo, el poder terapéutico de las imágenes hace de ellas un instrumento al servicio de la psicoterapia, un vehículo facilitador del cambio creativo en el cliente. En este artículo se presenta el proceso terapéutico de un caso que inició el tratamiento con un trastorno de personalidad y que, a partir de procedimientos con imágenes y fantasía, desde la perspectiva de la Psicoterapia Integradora Humanista, logró una vivencia sana de su personalidad. Desde una visión integradora, los procedimientos de intervención aúnan el trabajo con el cuerpo, con la respiración y el movimiento, con la creatividad de la paciente y la creación de imágenes. Se describe como todo ello permite la expresión y drenaje emocional, el insight y un cambio significativo y global en la manera de mirarse y entenderse de la protagonista del caso.

Palabras clave: *Psicoterapia, Integradora, imágenes, cuerpo, ciclo.*

Abstract

As evidenced Rosal (2002), collecting research results of the last century, the therapeutic power of the images makes them an instrument of psychotherapy. They are a vehicle facilitator of creative change on the client. This article presents the therapeutic process of a case that began treatment with a personality disorder and that, from image creation procedures and fantasy, given the perspective of Integrative Psychotherapy Humanist, achieved a healthy living personality. From an integrative vision, interventional procedures combine the work with the body, breath and movement, with the creativity of the patient and image creation. It is described how all these allows the expression and emotional drain, insight and a significant and comprehensive change in the way we look and understand the character of the case.

Keywords: *Psychotherapy, Integrative, images, body, cycle.*



1. Introducción

Número de sesiones: 60

Se trata de una mujer de 27 años. Soltera y estudiante al inicio de las sesiones.

Dice que lo que más le hace reflexionar acerca del hecho de iniciar el proceso es el pensar cómo estará cuando esté bien, porque piensa que nunca tiene suficiente. Su demanda es básicamente de crecimiento personal porque ella no identifica ningún tipo de trastorno, sólo “algunos aspectos de su vida que quiere mejorar”. Se define como perfeccionista, autoexigente y fuerte.

Es inteligente y activa, destacablemente exitosa a nivel académico. Empezó estudiando una carrera de ciencias, que terminó dejando porque proyectaba con ella un futuro aburrido. Posteriormente se quiso decantar por la educación: “quería cambiar el sistema educativo”, pero intuyó que tampoco era por ahí el camino, así que se tomó seis meses de desconexión para decidir qué hacer e hizo un viaje de dos meses a oriente para buscar respuestas. Decidió que ella lo que quería era hacer felices a las personas, así que empezó a estudiar Psicología.

En la actualidad está cursando un máster sobre la materia.

Dice que quiere tener más conexión con sus necesidades, saber qué necesita de un modo genuino y poder integrar lo que siente en el cuerpo. Expresa que hasta el momento, siempre ha estado muy pendiente de lo que necesitaban personas que para ella son importantes. Se mueve por complacer al otro (si ese otro es alguien relevante para ella, si lo identifica como autoridad), sin poder identificar si a ella le apetece o no responder. A pesar de lo anterior por fuera se muestra segura, fuerte e independiente.

También explica que para ella una de las cosas importantes a trabajar es el “no tomarme las cosas con tanta importancia, con tanta seriedad”. Continúa diciendo que: “tiendo a valorarme por lo que hago, no por lo que soy”.

Además de lo anterior, identifica mensajes internos desadaptativos: “no hay suficiente”, “hazlo mejor”, que la desestabilizan y le generan malestar interno.

Vive con su madre y el marido de la misma. Tiene una hermana mayor que vive fuera de casa. Tanto la madre como la hermana son dos pilares muy importantes para la clienta.

Sus padres se separaron cuando ella tenía cuatro años. Recuerda haberlo pasado mal y temer no volver a ver a su padre: “El primer recuerdo claro que tengo de mi infancia es el del momento en que mis padres me dijeron que se separaban. Yo pensaba que no iba a ver más a mi padre. Anteriormente recuerdo muchas discusiones”.

Expresa haber estado siempre intentando ganarse el amor de su progenitor. Ella identificaba que su hermana era la favorita del mismo, compartían una relación privilegiada, con mucha más complicidad que con ella y, según expresa la clienta, era mucho más bonita. Por ese motivo ella se tuvo que direccionar más hacia la madre, pero con la frustración de no poder estar con el padre, porque él había elegido a la mayor.

A lo largo de la adolescencia lo pasó mal en las relaciones de pareja porque se sentía por detrás de su hermana. Los veranos compartían un grupo de amigos y la mayoría iban detrás de la hermana, así que ella, para ahogar la frustración: “iba con el primero que me mostraba cierto interés, aunque sólo fuera sexual, para no sentir que a mí no me quería nadie”.

Afirma que, en relación a su padre, confunde “autoridad y humillación”, como si las dos cosas fueran de la mano. Y eso se traduce en la actualidad y en relación a personas que ella identifica “por encima de ella”, en un constante intento de complacer y agradar, de ser admirada y reconocida y de no poder decir que no, por miedo a defraudarles. En cambio, con personas que no pertenecen a este reducido grupo, ella tiende a “ponerse por encima” y desde ahí afirma que “tengo conflictos en relación a cómo se hacen las cosas y cómo creo yo que se tienen que hacer”. A partir de ahí puede desvalorizar al otro y las necesidades del mismo, incluso llegando a ser notoriamente dura y fría.

Fue una niña muy reconocida a nivel académico (y desde ahí intentaba reclamar la atención de su padre), pero poco a un nivel incondicional.

Siendo la clienta ya adulta, el padre pasó una época en la que bebía mucho. Ella y la hermana se volcaron mucho para ayudarlo y, según expresa: “estábamos obcecadas en que cambiara”. En la actualidad afirma haber hecho “un trabajo de aceptación”, ahora ya “no pretende que sea diferente”.

Define, a partir de una imagen personal, su sensación actual: “a veces me siento como una persona que corre y va dejando partes de ella misma atrás”.

2. Algunas hipótesis de la terapeuta sobre aspectos prácticos, cognitivos y emocionales de la conducta.

Diagnóstico según el DSM-VI-TR (2005):

Eje I: Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje I [V71.09]

Eje II: F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad [301.81].

Cumple los criterios 1, 2, 3, 5, 9

Se detectan también rasgos de F60.5 trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [301.4]. Cumple los criterios 1, 2, 3

Estamos ante una persona con un patrón ególatra de la personalidad. Encaja con el subtipo compensador (Millon y Davis, 2004). Debido a su gran capacidad para ahondar en sí misma evoluciona rápidamente hacia la vertiente sana de la personalidad narcisista, la personalidad segura. Se observan también rasgos de la personalidad obsesiva.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Ninguno.

Eje V: EEAG: 70

Hipótesis diagnósticas desde el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista¹.

Fase 1: Receptividad sensorial

Bloqueo 5: Bloqueo interno corporal funcional:

Su postura general muestra una contención emocional para la cual está utilizando parte de su cuerpo. Podríamos atender aquí al concepto de coraza (Reich, 2010). Concretamente a nivel torácico y en el tercio superior de la espalda que utiliza como contenedora de la rabia (hacia su padre, hacia su hermana) y que genera tensión y dolor en ocasiones.

Se describe, a nivel corporal, un corte que separa la región abdominal de la torácica, dando una marcada disposición en forma de V propia de las estructuras psicopáticas (Gutiérrez, 2009). A su vez, podemos hablar de una contención de la tristeza y el miedo, a partir de una disposición gravitatoria extralimitada (Keleman, 2003).

Fase 2: Filtración de sensaciones

Bloqueo 1: Falta de atención a elementos que aportan información relevante:

La persona minusvalora las necesidades de los demás. Previamente elimina de su campo perceptivo elementos relevantes que le darían información importante de lo que está sintiendo el otro y del cómo lo está procesando.

Distorsión 1: Filtración al servicio de la confirmación del marco de referencia:

En referencia a las relaciones sentimentales parece que hasta el momento se ha movido en la línea de confirmar que los hombres la querían por el sexo, lo cual alimentaba su creencia de que las mujeres podemos arreglárnoslas solas y ello la lleva a seguir sola y en ocasiones aislada.

Fase 3: Identificación cognitiva:

Distorsión 4: Introyección-prejuicio:

Hay prejuicios acerca de los hombres (especialmente en relación al modelo que ha tenido como padre: débil, cambiante, impredecible) y de lo que esperan de ella (como si creyera que sólo se relacionan con ella esperando un intercambio sexual), aunque considero que cada vez es más consciente de ellos y se empieza a movilizar para cambiarlos.

Distorsión 5: Proyección de una situación del pasado:

Ella comenta que una vez tras otra espera que, dentro de una relación, el chico la quiera y la valore, pero se siente utilizada continuamente y desvalorizada. Cuando habla de estas situaciones conecta con la relación con su padre, lo que esperaba de él y no tuvo y en el lugar que la dejaba a ella todo eso.

Proyecta en la actualidad y con sus relaciones íntimas, la relación vivida con el padre.

Distorsión 6: Proyección de temores:

Teme quedar expuesta en una relación y que la dañen, que quede al descubierto

su vulnerabilidad y por ese motivo tiende a tener relaciones esporádicas, más bien sexuales, en las que no hay intimidad, hay poco compromiso y se puede seguir sintiendo fuerte.

Fase 4: Identificación afectiva:

Bloqueo 1: Emociones prohibidas:

Se prohíbe la rabia genuina, esa que sintió hacia su padre por no “quererla” como quería a su hermana, por no ser su favorita y tener que estar constantemente intentando ganarse su admiración. La prohibición de esta emoción es parcial, porque en determinadas situaciones y específicamente con personas que no representan la autoridad, es capaz de expresarla de un modo tajante y tendente a la explotación.

También se prohíbe el miedo genuino porque la muestra débil y vulnerable, la hace inferior.

Dispersión 1: Conflicto entre distintas emociones:

Tanto con la hermana como con el padre se mezclan el amor y el rechazo. Al inicio de la terapia sentía mucha desazón al expresar el rechazo hacia estas personas, como si el hecho de hacerlo corroborase que había trabajo pendiente (un trabajo psicológico que ella pensaba que ya tenía en su haber).

Distorsión 4: Aprendizaje distorsionado de la vivencia emocional:

En su infancia y adolescencia no tuvo libertad para expresar lo que estaba sintiendo y aprendió a no dar importancia a sus emociones y a sobrevivir emocionalmente a partir del ser fuerte. Aprendió que el complacer a las figuras de autoridad, el agradarles, le daba importancia, un lugar seguro. Y que el mostrarse débil la hacía vulnerable y frágil.

Distorsión 5: Desplazamiento de la afectividad hacia otros niveles de la personalidad:

Se desplaza la afectividad hacia el nivel cognitivo (intenta resolver los conflictos mediante el exceso de pensamiento y la coherencia lógica) y hacia el nivel somático (describe diferentes dolencias a lo largo del proceso que cuadran con la somatización de su vivencia psicoemocional. Ella es cada vez más consciente de ello).

Fase 5: Valoración:

Dispersión 4: Fragmentación valorativa:

Su estilo valorativo es mucho más laxo y permisivo para las personas que para ella representan la autoridad y en cambio es mucho más rígida e intransigente con las personas a las que ella coloca por debajo.

Fase 6: Decisión implicadora:

No hay dificultades en la decisión. Es cierto que en la actualidad y debido a los cambios que se están generando en sus inquietudes laborales, está muy movida

y redecidiendo cosas, pero no parece que lo esté viviendo como un conflicto y no se observa ningún problema concreto al respecto.

Fase 7: Movilización de recursos:

Dispersión 1: Enganche en situaciones anteriores:

Le cuesta movilizar sus recursos en el tema de las relaciones de intimidad. No los recursos “de cara a la galería o al complacer” sino los que hacen referencia a confiar en el otro y exponerse a una relación de intimidad.

La clienta presenta dicho problema en relación a las experiencias que vivió tanto con su figura paterna como con el grupo de amigos de la infancia y adolescencia, en el que ella se sentía inferior a su hermana.

Fase 8: Planificación:

Respecto a esta fase cabe mencionar que la clienta es notoriamente eficaz y exitosa planificando, aunque, a pesar de ello sí que podemos señalar la existencia de:

Dispersión 1: Percepción de sí misma como omnipotente:

Muy ligado a su estilo de personalidad y a la propia experiencia de vida que ha ido teniendo, hay una tendencia a creer que puede abarcarlo todo: estudiar varias cosas a la vez, iniciar sus proyectos laborales, cambiar el mundo, hacer feliz a todas aquellas personas que acuden a ella a nivel profesional... y es una distorsión que, aunque no le genera frustración ahora, sí que puede generársela en un futuro.

Fase 9: Ejecución de la acción:

Bloqueo 2: Evitación:

Detecto que en ocasiones evita mostrarse genuinamente para protegerse y para proteger aquello que ella llama “su parte más vulnerable”. De este modo intenta no quedar expuesta en situaciones que podrían implicar que ella tuviese este tipo de sentimiento.

Fase 10: Encuentro:

Distorsión 1: Juegos psicológicos:

En las relaciones en las que se presenta “por encima del otro” tiende a jugar desde el rol de Perseguidora (criticando, exigiendo), en cambio en las que se presenta “por debajo”, tiende a jugar desde el rol de Salvadora (complaciendo por encima de sus necesidades).

En ocasiones también utiliza el rol de Salvadora para sentirse superior al otro (desde el “tú no sabes, yo te ayudo”, o desde el “yo, que soy más, te salvo”).

Fase 11: Consumación:

Dispersión 1: Falsas expectativas:

A veces se genera expectativas que están muy por encima de sus capacidades

y de las de la situación en sí y eso la lleva a frustrarse. En alguno de sus viajes pretendía redefinir su vida y objetivos, ser independiente y hacer un retiro significativo. La realidad es que consigue, en parte, los objetivos, pero al ser tan extensos siempre quedan cabos sueltos y aparece la frustración.

Fase 12: Relajamiento:

Bloqueo 1: Aferramiento:

Le cuesta separarse de su hermana y de algunas personas con las que comparte cierta intimidad. Ella misma expresa que a menudo le cuesta saber que “ya tiene bastante” y que toca que cada una se vaya a su casa. El final de las sesiones de terapia es otro de los momentos en los que le cuesta esta parte. Esto no lo hace desde una faceta dependiente, sino desde el querer ocupar un espacio a partir de su autoimportancia.

Distorsión 3: Ignorancia de síntomas de acabamiento:

Esto ocurre en las sesiones y cuando ella se siente tenida en cuenta o respetada, cuando siente que el otro la está mirando y atendiendo. En esos momentos parece que no se da cuenta de que ha llegado el momento de cerrar el ciclo y le pasarán por alto las señales externas que así lo indican, como si con ello expresara la gran falta de afecto que tiene.

Fase 13: Relajación

Bloqueo 1: Tensión crónica:

Su estructura corporal y el modo de presentarla denotan esa rigidez y tensión que nos hablan de la no relajación. Le cuesta cerrar los ciclos y en los diferentes puntos de tensión de su cuerpo se puede notar la tensión que está presente y acumulada a partir de asuntos pendientes.

3. Procedimientos de intervención:

A continuación se muestran tres ejemplos de intervenciones con imágenes y fantasía, siguiendo el esquema propuesto por Greenberg (1990) para describir los procesos de cambio intrasesión.

Ejemplo 1:

Fase de la terapia donde se enmarca la sesión:

Ya existiendo un buen vínculo cliente-terapeuta y aprovechando la facilidad con que la paciente conectaba, tanto con trabajos con imágenes y fantasía como con trabajos psicocorporales, se procedió abordando el tema de la conexión con sus necesidades genuinas, puesto que llega a la sesión con esta demanda.

Sesión 11:

A nivel corporal describe un corte por debajo del diafragma que, curiosamente, se dibuja con una línea en su piel en este lugar del cuerpo.

Ella, consciente de que este aspecto es un reflejo de su historia emocional, decide ahondar en ello y la guío en una visualización. Describo a continuación la sesión:

Operación de la terapeuta:

Se decide trabajar con la zona del corte utilizando la fantasía e integrando la dimensión corporal, utilizando la conciencia somática como fuente de sabiduría y dejando que la paciente utilice el cuerpo como una caja de resonancia de su historia emocional y adquiera una mirada intuitiva a partir del mismo (Gimeno-Bayón, 2013).

Invito a la clienta a cerrar los ojos y a conectar con su respiración.

Señal de la clienta:

Al focalizar su atención en esta parte de su cuerpo con los ojos cerrados, contacta con la dificultad para conectar con sus necesidades, como si ese corte impidiera que fluyera la energía desde su vientre –centro de las necesidades (Gutiérrez, 2009)– hacia los centros superiores (corazón-emoción, cabeza-pensamiento).

Contacta desde ahí con la dificultad para integrar lo que necesita, con lo que siente y lo que piensa.

Operación de la terapeuta:

Le pido que lleve su respiración a esta zona de su cuerpo y que poco a poco vaya centrando su atención ahí. Ella conecta con rapidez y creatividad. Primero contacta con las sensaciones que siente en este lugar del cuerpo: “frio, rígido” y antes de que yo la siga guiando, ya empieza a generar imágenes de este lugar de su cuerpo. Describe dichas imágenes del siguiente modo:

- T: ¿Cómo notas este corte corporalmente?

- C: Es una tabla rígida y dura, que sirve para contener. Es fría y gris.

Le invito a seguir respirando esa sensación en su cuerpo y a que deje que vaya evolucionando, entonces ella contacta con una imagen de su infancia:

- C: Veo una imagen de cuando era niña. Estoy en el coche con mis padres, están discutiendo.

A partir de esta secuencia se emociona y llora:

- C: El corte es una tabla de contención por todo lo que yo sentí con la separación de mis padres.

Desde ahí toma consciencia de lo que aprendió para poder sobrevivir emocionalmente, de mensajes que hizo suyos en ese momento de su vida, en el que tuvo que prescindir de lo que sentía auténticamente para no sentirse tan vulnerable. Decidió no mostrarse débil, contener la rabia (que la colocaba en una posición de vulnerabilidad) y buscar el amor y el reconocimiento de sus padres (especialmente del padre) a partir del ser perfecta y el complacer, sin atender a sus necesidades

genuinas.

Actuación de la clienta:

Se utiliza el autoparentamiento (desde el modelo analítico-transaccional) para dar nuevos permisos más sanos:

- T: ¿Qué necesita tu niña en esa imagen del coche?

- C: Decir lo que siente. Necesita que la quieran...

- T: Deja que aparezca en esta escena del coche una parte de ti cuidadora y protectora, que acompañe a esa niña... una parte de ti que entonces no tenías, pero que ahora sí (la clienta es consciente de esa parte porque ya había sido trabajada y ya la reconocía en ella). ¿Es posible para ti hacerlo?

- C: Sí... (sonríe y empieza a sosegarse).

- T: Permite que le dé permisos a tu niña que le ayuden con eso que necesita...

Desde ahí se da el permiso para expresar la rabia que contuvo de un modo sano, permiso para equivocarse y no tener que ser constantemente perfecta para que la quieran y también se dirige a la niña valorándola y acariciándola emocionalmente por ser un ser valioso e importante, al margen de lo que haga o diga hacia fuera.

A medida que avanza el ejercicio nota que sus sensaciones corporales también varían, se aligera la sensación en la zona del corte y se empieza a desplazar la sensación de tensión hacia el cuello.

- T: ¿Qué necesitas ahora?

- C: Necesito permiso para expresarme...

Se da permiso desde la parte cuidadora y protectora para expresarse a nivel verbal cuando hay un conflicto que le afecta y nota como también la sensación de tensión en la garganta se aligera.

Resultado intrasesión:

Al terminar la visualización le pregunto cómo están sus sensaciones corporales. Me responde diciendo que ahora ya no siente una tabla gruesa, que es muy fina y flexible y que, a pesar de que todavía no ha desaparecido, piensa que lo hará en el transcurso del proceso en el que ella vaya utilizando los nuevos permisos.

Ejemplo 2:

Fase de la terapia donde se enmarca la sesión psicoterapéutica:

En este momento del proceso, la clienta ya había experimentado muchos cambios, especialmente en lo referente a su personalidad y a la manera de percibirse y cuidarse a sí misma.

Su capacidad de *insight* siempre estuvo muy presente y considero que ha sido un instrumento de gran utilidad a lo largo del proceso que le ha permitido desarrollar cambios constantes intra e intersesión.

Sesión 36:

En la sesión que se describe a continuación la cliente decide trabajar el tema de la pareja. Ella no se sintió bien tratada y valorada por sus anteriores relaciones y dice que cree que tiene asuntos pendientes con ellas.

Señal de la cliente:

A medida que me va hablando del tema empieza a conectar con un nudo en la garganta que, como se ha visto en la sesión anterior, ya es conocido por ella.

Operación de la terapeuta:

Procedo guiando a la cliente a un estado de relajación y, con los ojos cerrados le pido que vaya tomando consciencia de la respiración. Ella conecta rápidamente y contacta con esa parte de ella misma más vulnerable y débil, con su niña interior...

- C: Noto algo en el corazón, es un color rojo y azul que sube hacia la garganta y la tensa...

- T: lleva tu respiración ahí...

- C: Me vienen imágenes de personas con las que he estado... (se emociona y llora auténticamente) no es justo...no me merecía que no me valoraran...

Pongo la mano en su espalda y acompaño su emoción.

- T: ¿Los estás viendo ahí? ¿Tienes imágenes de ellos?

- C: Sí... (y procede describiendo en voz alta las imágenes mientras llora).

Entre las imágenes que describe hay escenas en las que ella está con algunas de sus exparejas y también evoca imágenes de su padre, en momentos en los que se sintió desvalorizada por él.

- T: Ahora puedes decirles aquello que no les dijiste en su momento.

Actuación de la cliente:

Sin dejar de sostenerla, la acompaño en su expresión, en su queja, en su enfado, en su grito profundo, en su descarga. Ella misma va haciendo descansos para respirar y tomar aire, hasta que siente que es suficiente.

Cambio intrasesión:

Posteriormente se va sosegando y lentamente recupera el ritmo de su respiración. Sigue con los ojos cerrados y termina diciéndome:

- C: Ahora el color de mi corazón ha cambiado. Es verde turquesa, es el color que tiene que ser...

- T: ¿Qué hay de tu garganta?

- Ya no siento el nudo...

Ejemplo 3:

Fase de la terapia donde se enmarca la sesión:

Llegado este momento del proceso, la conducción de los procedimientos con imágenes y fantasía era muy sencilla dada la facilidad y práctica que ya presentaba

la cliente. En todo momento estaba conectada y dispuesta, motivada y atenta. Cada ejercicio que desarrollaba era un paso más en su crecimiento personal.

Sesión 52:

Señal de la cliente:

A raíz de un sueño que trae a la sesión, con el que conecta con una gran exigencia por su parte y con el tener que hacerlo todo bien y deprisa, empieza a notar de nuevo, que se le tensa la garganta.

Dado que es recurrente en ella esta sensación y debido a que la expresa siempre que evoca o se expone a una situación en la que minusvalora esa parte de ella misma más inocente y vulnerable, a la que le gusta disfrutar de la vida, expresarse, sentir... lo que podríamos llamar su "niña interior", procedo, como describo a continuación, invitando a la paciente a contactar con ella.

Operación de la terapeuta:

La llevo a un estado de relajación, pidiéndole que cierre sus ojos, que conecte con su respiración y que proyecte delante de ella, una imagen de su niña interior.

- T: ¿Qué ves?

- C: Es ella, está delante de mí, mirándome... quiere jugar...

- T: ¿Es posible para ti darle permiso para que juegue?

- C: Sí... está jugando y me hace reír... (se ríe auténticamente). Ahora veo imágenes de mí misma en otros momentos en los que también puedo sacar esa vena lúdica, distendida... me veo riendo con mi familia, contando chistes... me gusta sentirme así.

Está largo rato conectada con esa parte, riendo genuinamente y disfrutando de ese momento de conexión con esa parte suya que a menudo queda eclipsada por las exigencias de su perfeccionismo y el tener que hacerlo todo aprisa.

Resultado intrasesión:

Cuando vuelve de la fantasía y conecta de nuevo con el espacio terapéutico me comenta:

- C: Me doy cuenta de que el nudo en la garganta aparece cuando no tengo en cuenta a esta parte de mí, cuando ella quiere salir y la tapo, cuando no me permito disfrutar y todo se convierte en una obligación, en unas pautas, en una norma.

A partir de ahora la voy a escuchar más. Sé que la tensión en la garganta es un aviso.

Me he dado cuenta de que no todo tiene que ser tan serio y tan solemne, ¡también se aprende mucho desde esta otra faceta más lúdica y alegre!

4. Revisión de las hipótesis iniciales después del proceso terapéutico:

Según el DSM-IV:

Eje I: Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje I [V71.09]

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico o estado en el Eje II [V71.9]

Estamos ante una persona con un estilo de personalidad sana, de tipo segura (Millon y Davis, 2004). En ocasiones continúan apareciendo, aunque de un modo mucho más tenue, rasgos de la personalidad obsesiva.

Eje III: Ninguno

Eje IV: Ninguno

Eje V: EEAG: 91

Revisión de las hipótesis diagnósticas desde el modelo de la Psicoterapia Integradora Humanista.

Respecto a las dos primeras fases del ciclo, la persona ha experimentado un gran cambio tanto a nivel corporal (su drenaje energético es fluido y no tiende a bloquear la expresión emocional) como a nivel de percepción de las necesidades del otro. Ahora es capaz de hacerlas conscientes y de ponerse en el lugar de personas que, para ella, no representan la autoridad. Está disponible, por ejemplo, el tomar conciencia de cómo se ha sentido una persona de un grupo tras un comentario poco empático por su parte. Ella puede conectar con el arrepentimiento y con el cómo se sentiría ella en esa misma situación con dicho comentario.

Parece que ha dejado atrás el antiguo marco de referencia que la llevaba a pensar que los hombres la querían de un modo condicional y ha podido recuperar la confianza en ella misma, la estima hacia su propio cuerpo y su feminidad y la confianza en que puede encontrar una relación con la que compartir un espacio de intimidad sana.

En las fases 3 y 4 tampoco quedan aspectos pendientes. Cabe mencionar que es capaz de vivir su expresión emocional genuinamente, ha trabajado aspectos de su infancia que la llevaban a distorsionar la vivencia de la misma.

Aunque todavía hay momentos en los que lo que siente hacia su padre o su hermana es polar, eso no representa un conflicto y puede gestionarlo.

Ha hecho un gran trabajo de reconciliación con la parte somática y procesa tanto sus emociones como sus sensaciones a partir de la toma de conciencia de su cuerpo.

No quedan aspectos pendientes respecto las fases 5, 6, 7 y 8 (ahora su movilización de recursos también cuenta con los recursos que su propio cuerpo y su autoestima le proporcionan). De hecho, en relación a esta última fase podríamos afirmar que su capacidad de planificación es mucho más sana e integrada que anteriormente porque ahora ya no se ve mermada por interrupciones previas.

En relación al problema señalado en la fase 9, cada vez se muestra de un modo más transparente y sincero, también menos agresivo.

En la fase 10, a pesar de que tiene mucha capacidad para ser consciente de los Juegos Psicológicos –desde el Análisis Transaccional (Berne, 1964), y haciendo referencia a un tipo de procesos de comunicación e interacción, generalmente negativos, de carácter universal– en ocasiones sigue cayendo en ellos. Aún y así

puede reconocerlos y dejar de jugar.

No podemos hablar de una remisión total en relación al problema señalado para la fase 11, es decir, las falsas expectativas, ya que en relación a éste sigue proyectando expectativas muy altas. De todos modos no lo vive con presión y sabe cuidarse.

En relación a las fases 12 y 13, cabe mencionar que ha sido más lento el cambio y que tanto dentro del espacio terapéutico como fuera de él, siguen estando presentes tanto el aferramiento (aunque con diferencias significativas) y la ignorancia de síntomas de acabamiento (también en menor medida).

En la siguiente sesión y con la intención de atender a este aspecto, se trabajó el dar cabida a la fase de relajación en su vida y en el momento que estaba viviendo.

5. Última sesión:

En la sesión número 60 la clienta llega contenta, pero agitada. Ya ha hecho los últimos exámenes de la carrera y ha terminado exitosamente el máster que estaba cursando a su vez. También es consciente de que el proceso terapéutico va llegando a su fin.

Aún y así ella misma expresa que le cuesta sentirse relajada y tomar conciencia de ese final. Ya tiene proyectos nuevos muy motivadores para ella, especialmente a nivel laboral, pero de alguna manera siente que ya ha empezado a moverse hacia el siguiente paso sin terminar de cerrar una etapa importante.

Señal de la clienta:

La clienta expresa una sensación agrídulce hacia el futuro, hacia la nueva etapa de su vida. Sabe que ahora la vida de estudiante termina y que va a tener que tomar otra serie de responsabilidades, especialmente económicas. Expresa que le cuesta renunciar a la comodidad que le suponía la etapa anterior.

Operación de la terapeuta:

La guío a un estado de relajación en el que ella, a partir de la respiración, conecta con su cuerpo y su interior. Desde ahí le pido que visualice en su interior un árbol, un árbol que representa todo lo vivido de la etapa anterior. Un árbol fuerte, con buenas raíces, un árbol que ha dado frutos, unos frutos que ahora puede recoger.

Operación de la clienta:

La clienta visualiza el árbol y entra en un estado de quietud, de satisfacción. Le invito a disfrutar de ese estado, de la contemplación de esos frutos, dejándose llenar de esa sensación gratificante que supone el observar los resultados de todo un proceso.

Para ella la sensación de conexión con ese momento de relajación es agradable, puede estar ahí y disfrutarla.

Al pedirle que poco a poco vaya dirigiendo de nuevo su atención afuera me

pide unos instantes más de conexión con ese estado de profunda satisfacción.

Lentamente ella misma va regresando y contactando de nuevo con el aquí y ahora.

Resultado intrasesión:

Expresa haber experimentado algo que necesitaba, siente que ahora sí que puede experimentar el cierre, aunque afirma que necesita un tiempo para estar ahí y respetar su ritmo en ese experimentar la relajación.

Resultado intersesión:

Nos volvimos a ver en una sesión posterior en la que ella me comentó que hizo un trabajo intersesión significativo después de la sesión anterior. Se sentó debajo de un árbol centenario a hacer una meditación y a terminar, por su cuenta, de cerrar una etapa.

6. Dificultades y autoevaluación:

El proceso ha sido largo, pero muy fácil de llevar, debido al buen vínculo que se estableció durante los primeros meses de terapia. Ella siempre se ha mostrado colaboradora y motivada hacia su crecimiento personal, dispuesta a trabajar y abierta a la experiencia de los ejercicios de cada sesión.

Ha sido un proceso muy marcado por un abordaje desde las imágenes y la fantasía en el que el cuerpo también ha sido un instrumento básico al servicio de la terapia. La capacidad de *insight* de la paciente ha ayudado a que todos los instrumentos que se utilizaban en el proceso pudieran ser aprovechados.

Personalmente pienso que ha sido un caso de los que “dejan huella”, de aquellas personas bellas que también señalan un punto de inflexión en la vida de un terapeuta y que merecen una mirada de cariño y gratitud.

7. Consideraciones conclusivas:

El logro del cambio terapéutico en este caso radica básicamente en la utilización de técnicas con imágenes y fantasía, que unidas a una buena relación terapéutica y la utilización del cuerpo como resonador y guía de las sesiones, ha llevado a la clienta a una versión más saludable de ella misma y a un progreso significativo en su crecimiento personal.

Notas:

- 1 Las referencias numéricas de los bloqueos dispersiones y distorsiones, corresponden a la ordenación de los 102 problemas del ciclo de la experiencia recogidos en Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2001) y Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2003).

Referencias Bibliográficas:

- American Psychiatric Association (2003) (2ª reimpresión). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Breviario*. Barcelona: Masson.
- Berne, E. (1964). *Juegos en que participamos*. México: Diana, 1976b, 9ª edición.
- Gimeno-Bayón, A. (2012). *Análisis Transaccional para psicoterapeutas. Volumen I. Conceptos fundamentales para el diagnóstico y la psicoterapia*. Lleida: Milenio.
- (2013) *Un modelo de integración de la dimensión corporal en psicoterapia*. Lleida: Milenio
- Gimeno-Bayón, A. y Rosal, R. (2001). *Psicoterapia Integradora Humanista. Volumen I. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensoresiales, cognitivos y emocionales*. Bilbao: DDB.
- (2003). *Psicoterapia Integradora Humanista. Volumen II. Manual para el tratamiento de 69 problemas que aparecen en distintos trastornos de personalidad*. Barcelona: Instituto Erich Fromm de psicología Humanista.
- Greenberg, L. S. (1990) La investigación sobre el proceso de cambio. *Revista de Psicoterapia*, (4), 57-71.
- Gutiérrez, J. (2009). *Ternura y agresividad. Carácter: Gestalt, Bioenergética y Eneagrama*. Madrid: Mandala.
- Keleman, S. (2003). *Anatomía emocional. La estructura de la experiencia somática*. Bilbao: Desclée de Brouwer (Traducción del original en inglés de 1985).
- Millon, T. y Davis, R.D (2004). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Traducción del original en inglés de 1996).
- Reich, W. (2010). *Análisis del carácter*. Barcelona: Surcos (Traducción del original en alemán de 1933).
- Rosal, R. (2013). *El poder psicoterapéutico de la actividad imaginaria y su fundamentación científica*. Lleida: Milenio (Edición revisada del original de 2002. Barcelona: Instituto Erich Fromm).

Máster en Terapia Sexual y de Pareja

60 Créditos ECTS – 1 Curso Académico
Facultad de Psicología

U



B

Universitat de Barcelona



Plazas Limitadas

Lara Zankoul

**¡PROFESORADO EXPERTO, SEMINARIOS ESPECIALIZADOS, PRÁCTICAS FORMATIVAS,
SUPEVISIÓN CLÍNICA, ENTRENAMIENTO VIVENCIAL!**

Dirigido por: *Guillem Feixas, Adrián Montesano y Cristina Ramírez*
Solicita tu dossier informativo en: mastersexualydepareja@gmail.com



COMO VES, LOS FINES NO JUSTIFICAN LOS MEDIOS: IMAGEN VISUAL Y JUICIO MORAL

YOU SEE, THE ENDS DON'T JUSTIFY THE MEANS: VISUAL IMAGERY AND MORAL JUDGMENT

Elinor Amit y Joshua D. Greene

Universidad de Harvard

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Amit, E. y Greene, J. D. (2015). Como ves, los fines no justifican los medios: Imagen visual y juicio moral. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 107-122.

Resumen

Hemos llevado a cabo tres experimentos que indican que los juicios deontológicos son preferentemente apoyados por imágenes visuales, aquí concretamente en el juicio de desaprobación del sacrificio de una persona por el bien de otros. En el Experimento 1 se utilizaron dos tareas de memoria operativa –una visual, una verbal– para identificar a individuos con estilos cognitivos relativamente visuales e individuos con estilos cognitivos relativamente verbales. Los individuos con estilo cognitivo más visual realizaron más juicios deontológicos. En el Experimento 2 se mostró que la interferencia visual frente a la interferencia verbal o ausencia de interferencia disminuye el juicio deontológico. El Experimento 3 indicaba que estos efectos se deben a la tendencia de las personas a visualizar los medios dañinos (sacrificar a una persona) más que la finalidad beneficiosa (salvar a otros). Estos resultados sugieren que la visualización de imágenes tiene un papel específico en el juicio moral: Cuando las personas consideran el sacrificar a alguien como medio para un fin, la imagen visual preferentemente apoya el juicio moral de que los fines no justifican los medios. Estos resultados sugieren una integración de la teoría del juicio moral de proceso-dual y la teoría del nivel de constructo

Palabras clave: *Moralidad, estilo cognitivo, visión*



Abstract

We conducted three experiments indicating that characteristically deontological judgments--here, disapproving of sacrificing one person for the greater good of others--are preferentially supported by visual imagery. Experiment 1 used two matched working memory tasks--one visual, one verbal--to identify individuals with relatively visual cognitive styles and individuals with relatively verbal cognitive styles. Individuals with more visual cognitive styles made more deontological judgments. Experiment 2 showed that visual interference, relative to verbal interference and no interference, decreases deontological judgment. Experiment 3 indicated that these effects are due to people's tendency to visualize the harmful means (sacrificing one person) more than the beneficial end (saving others). These results suggest a specific role for visual imagery in moral judgment: When people consider sacrificing someone as a means to an end, visual imagery preferentially supports the judgment that the ends do not justify the means. These results suggest an integration of the dual-process theory of moral judgment with construal-level theory.

Keywords: morality, cognitive style, vision

El 29 de Marzo de 1981, Patrick Kelly tiró a su esposa por el balcón de su apartamento en Toronto, causando que cayera 17 pisos hasta su muerte (“Full Parole” 2010). Sospechamos que, cuando leíste la frase anterior, te imaginaste este evento trágico en el “ojo de tu mente” y juzgaste esta acción como moralmente errónea (aunque solo implícitamente). Esta introspección sugiere que estos dos procesos pueden estar relacionados causalmente, y que en general las imágenes visuales (Kosslyn, 1980) pueden desempeñar un papel importante en el juicio moral. Pero ¿Qué papel, si alguno, juega la imagen visual?. Una posibilidad es que las imágenes visuales simplemente aumentan la relevancia de todas las consideraciones morales, una hipótesis coherente con evidencias empíricas recientes sobre los efectos de cerrar los ojos sobre el juicio moral (Caruso y Gino, 2011). Alternativamente, las imágenes visuales pueden apoyar preferentemente unos tipos de juicios morales por encima de otros tipos de juicios morales. La presente investigación testó esta segunda hipótesis.

Investigaciones recientes en psicología moral han examinado la tensión constante entre los derechos del individuo y el bien común, empleando dilemas morales que capturan esta tensión (Ciaramelli, Muccioli, Ladavas, y di Pellegrino, 2007; Cushman, Young, y Hauser, 2006; Greene, Morelli, Lowenberg, Nystrom, y Cohen, 2008; Greene, Nystrom, Engell, Darley, y Cohen, 2004; Greene, Sommerville, Nystrom, Darley, y Cohen, 2001; Koenigs et al., 2007; Mendez, Anderson, y Shapira, 2005). Por ejemplo, en el dilema clásico de la Pasarela (Thomson, 1985), se pueden salvar cinco vidas empujando a un inocente al camino de un tren fuera de control. La investigación sobre estos dilemas apoya la teoría de proceso dual del procesamiento moral, según el cual los juicios morales que favorecen los derechos de un individuo (por ejemplo “Es equivocado empujar al hombre”) están preferentemente apoyados por respuestas emocionales automáticas, mientras que juicios morales utilitarios o consecuencialistas, que favorecen el bien común (por ejemplo “Es mejor salvar a los cinco”) están preferentemente apoyados por cognición controlada (Greene et al., 2008; Greene et al., 2004; Paxton, Ungar, y Greene, 2011). En los experimentos que presentamos aquí, testamos dos hipótesis específicas; (a) que las imágenes visuales preferentemente apoyan el juicio moral, y (b) que el procesamiento verbal preferentemente apoya el juicio moral utilitario.

Estas hipótesis tienen dos razonamientos distintos, pero relacionados. El primero se sigue de una combinación de la teoría de proceso dual del juicio moral y de otros hallazgos que indican que las representaciones visuales, en comparación con las representaciones verbales, son más salientes emocionalmente (De Houwer y Hermans, 1994; Holmes y Mathews, 2005; Holmes, Mathews, Mackintosh, y Dalgleish, 2008; Kensinger y Schacter, 2006). Si las imágenes visuales facilitan respuestas emocionales, y los juicios deontológicos son preferentemente apoyados por respuestas emocionales, entonces las imágenes visuales pueden apoyar preferentemente los juicios deontológicos. Del mismo modo, si el procesamiento verbal facilita respuestas que son menos emocionales, entonces el procesamiento verbal

puede apoyar preferentemente los juicios utilitaristas.

El segundo razonamiento de nuestras hipótesis se deriva de la teoría del nivel de constructo (Lieberman y Trope, 2008; Trope y Liberman, 2010). Según la teoría de nivel de constructo, los mismos objetos y eventos pueden ser representados (interpretados) a múltiples niveles de abstracción. (Véase también la teoría de identificación de acción; Vallacher y Wegner, 1985). Conceptualizaciones de alto nivel son relativamente abstractas, reflejando objetivos generales (por ejemplo “Estoy intentando encontrar un trabajo”), mientras que constructos de bajo nivel son relativamente concretos, reflejando los medios empleados para conseguir fines generales (por ejemplo “Estoy dándole la mano al entrevistador”). Los juicios utilitarios dan prioridad los fines (por ejemplo, “Es mejor ahorrar más vidas. . .”), mientras que los juicios deontológicos suelen dar prioridad a los medios (por ejemplo, “... pero es erróneo hacerlo matando una persona inocente”). Por lo tanto, los juicios utilitarios pueden ser facilitados por constructos de alto nivel, y los juicios deontológicos pueden ser facilitados por constructos de bajo nivel. Amit, Algom y Trope (2009) han demostrado que las representaciones verbales facilitan conceptualizaciones de alto nivel, más abstracto, mientras que representaciones visuales facilitan conceptualizaciones más concretas de bajo nivel. Por ejemplo, en un experimento, los participantes organizaron ítems asociados a un evento específico (por ejemplo, un viaje de camping) en grupos de su propia elección. En una situación experimental, los ítems se presentaron como palabras, pero en la otra, que se presentaron como imágenes. Los participantes agruparon los ítems en un menor número de categorías abstractas cuando los ítems se presentaron como las palabras en lugar de imágenes.

Combinando toda la evidencia previamente mencionada, se sugiere la siguiente línea de razonamiento: La imaginación visual es inherentemente concreta, representa cosas específicas. Por ejemplo, la palabra silla se refiere a toda una clase de piezas altamente variables de muebles, desde las pufs blandos a sillas eléctricas. Sin embargo, una imagen de una silla debe representar alguna silla más o menos específica, con un número específico de piernas y otras características. Cuando uno visualiza una acción intencionada, los medios empleados para lograr el fin deseado son necesariamente (o, al menos, muy probablemente) representados.

Por ejemplo, si uno visualiza a alguien haciendo un pastel, es muy probable que visualice las herramientas utilizadas para hacer el pastel (la batidora, el horno, etc.). Por lo tanto, nuestra hipótesis es que la imagen visual facilita naturalmente las conceptualizaciones de bajo nivel de acciones (constructos concretos enfocados en medios), y que, enfatizando los medios específicos por los cuales se consiguen los fines, la imagen visual facilita juicios morales deontológicos, en los cuales una acción dañina es un medio para un fin mayor. Sin embargo en comparación con el procesamiento visual, el procesamiento verbal involucra representaciones más abstractas, que a su vez facilitan constructos de alto nivel que enfatizan los fines a conseguir más que los medios. Por lo tanto el procesamiento verbal puede facilitar

juicios utilitaristas.

Estas dos explicaciones –fundamentadas respectivamente en la teoría del proceso dual y en la teoría de nivel de constructo son complementarias, y no mutuamente excluyentes, y pueden reflejar mecanismos subyacentes comunes, a pesar de sus orígenes teóricos diferentes (véase la sección de Discusión General). La primera explicación hace referencia específica a la emoción, mientras que la segunda hace referencia explícita al nivel de constructo. Nuestro objetivo no era distinguir entre estas dos explicaciones, y por tanto la investigación presente no involucró la división de los roles de la emoción y del nivel de constructo. Más bien nuestro objetivo era sencillamente examinar las influencias respectivas del procesamiento visual y del procesamiento verbal sobre el juicio moral.

Hicimos esto en tres experimentos. El Experimento 1 testó la predicción de que los individuos con estilos cognitivos más visuales harían más juicios morales deontológicos, y correspondientemente, que los individuos con estilos cognitivos más verbales harían más juicios morales utilitaristas. Para testar esta predicción, empleamos dos tareas de memoria de trabajo pareadas –una visual y una verbal– para evaluar las fortalezas de procesamiento verbal y visual de los participantes. El Experimento 2 se construyó sobre los resultados correlacionales del Experimento 1, usando manipulaciones experimentales para examinar los efectos distintivos de la interferencia visual y de la interferencia verbal sobre los juicios morales. El Experimento 3 usó datos auto-completados y un modelo de mediación para identificar el contenido de la imagen visual que influye sobre el juicio moral.

Experimento 1

El Experimento 1 testó la hipótesis de que los individuos con un estilo cognitivo más visual harían más juicios deontológicos, y correspondientemente, que los individuos con un estilo cognitivo más verbal harían más juicios utilitarios. Para evaluar el estilo cognitivo (indirectamente, midiendo la habilidad visual *versus* la habilidad verbal) adaptamos dos tareas de memoria de trabajo (Kraemer, Rosenberg, y Thompson-Schill, 2009) que requirieron que los participantes hagan juicios de similitud entre conjuntos de ítems visuales e ítems verbales presentados secuencialmente. Después examinamos los juicios morales de los participantes usando dilemas de “alto-conflicto” (Koenigs et al., 2007, p. 909) que habíamos tomado de una batería estándar (Greene et al., 2001).

Método

Participantes: Cincuenta y un participantes (36 mujeres, 15 hombres; edad rango = 18-50 años; todos nativos en lengua inglesa) fueron reclutados y pagados a través de la bolsa de estudiantes psicología de la Universidad de Harvard. Un participante que tenía dislexia fue excluido.

Materiales y procedimiento. Los participantes se sentaron con un ordenador con software DirectRT activado (Versión 2002; Jarvis, 2006a). Primero, comple-

taron tareas de memoria de trabajo visual-verbal. En cada ensayo, un ítem diana venía seguido de dos ítems sonda. La mitad de estos ítems eran visuales (formas) y la mitad eran verbales (descripciones de formas; Fig 1). Las instrucciones eran identificar el ítem de sonda que era mas similar al ítem diana. Los participantes indicaban si el ítem de sonda derecho o izquierdo era mas similar al ítem diana presionando la tecla de flecha a la derecha o izquierda respectivamente. La ubicación de un ítem de sonda similar se contrapesó y aleatorizó entre participantes. Las sondas seguían a las dianas inmediatamente y se quedaban en la pantalla hasta que el participante respondía. No había limite de tiempo. Una cruz de fijación aparecía durante 1,000 ms. antes de cada ensayo.

Había 24 ítems diana diferentes, que variaban en color, forma y diseño interno. Cada ítem diana visual tenía un ítem diana verbal correspondiente. Por ejemplo una diana visual era un triángulo con rayas rojas, y la diana verbal correspondiente eran palabras “rojo” “raya” y “triangulo” colocadas horizontalmente. Había cinco posibles valores para cada dimensión (por ejemplo cinco formas; triángulo, diamante, estrella, cuadrado y circulo). En cada ensayo, un ítem sonda compartía dos rasgos con la diana, y los otros ítems sonda solo compartían un rasgo con la diana. Los ítems diana aparecían uno al lado del otro en el monitor, y ambas sondas encajaban en la modalidad (visual versus verbal) del ítem diana. Los ítems aparecían en un fondo blanco. Los ítems diana visuales median 9×9 cm. Los ítems verbales fueron presentados en 28 puntos de la fuente occidental, y el color del texto era negro.

A continuación, los participantes respondieron a siete dilemas morales personales de alto conflicto, en los cuales matar a una persona podía salvar a varias personas. Los dilemas morales personales utilizados fueron Bebé que llora, La elección de Sophie, Barco de rescate, Safari, Accidente de avión, Sacrificio, y Pasarela). También se incluyeron tres dilemas impersonales (Humos, Carrito, y Donación) para reducir la repetición. Los participantes juzgaban la aceptabilidad moral de las propuestas de acción utilitaria de cada dilema usando una escale de siete puntos cuyo rango iba de 1 (completamente inapropiado) a 7 (completamente apropiado). Cada dilema se presentó en una sola pantalla con la escala en la parte baja. No había límite de tiempo. Los ensayos estaban ordenados aleatoriamente. El texto se presento usando software MediaLab (Versión 2002; Jarvis, 2006b).

Por último, se preguntó a los participantes acerca de su número de años de educación, su punto de vista social liberalismo / conservadurismo, su punto de vista económico sobre el liberalismo económico / conservadurismo, y su creencia en Dios.

Resultados

Para cada participante, se calculó una puntuación de visualizador-verbalizador (VV) restando la exactitud media verbal de la exactitud media visual de las tareas. Así, las cifras mas altas indican un estilo cognitivo más visual. Después, para cada

participante se calculó la puntuación media de aceptabilidad moral de los siete dilemas de alto conflicto. Las puntuaciones medias más altas indican juicios más utilitarios, y las puntuaciones medias más bajas indican juicios más deontológicos. Debido a que las puntuaciones de aceptabilidad estaban sesgadas, se log-trnsformaron estos valores. Como se predijo, hubieron correlaciones negativas significativas entre la puntuación VV y la puntuación media de aceptabilidad moral, puntuación, $r(49) = -.37, p = 0,007$, de tal manera que los individuos con estilo cognitivo más visual realizaron juicios que eran, en promedio, más deontológicos y menos utilitaristas, favoreciendo los derechos de los individuos sobre el bien común (Fig. 2). Este efecto se mantuvo cuando controlamos por nivel de educación ($r = -.37, p = 0,008$), por punto de vista social liberalismo / conservadurismo ($r = -.36, p = 0,009$), por punto de vista económico liberal / conservadurismo ($r = -.36, p = 0,01$), y por la creencia en Dios ($R = -.33, p = 0,01$).

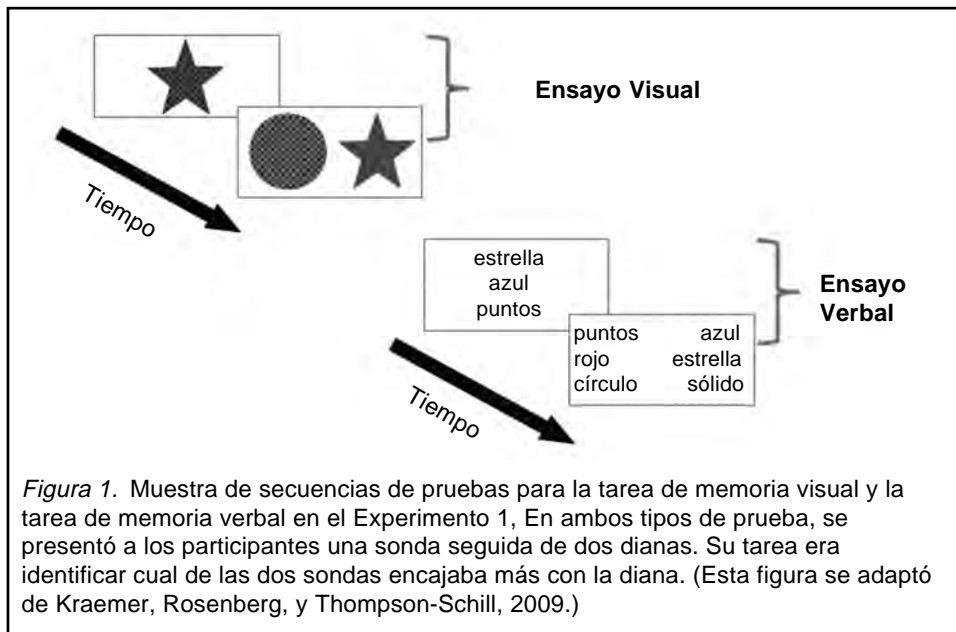
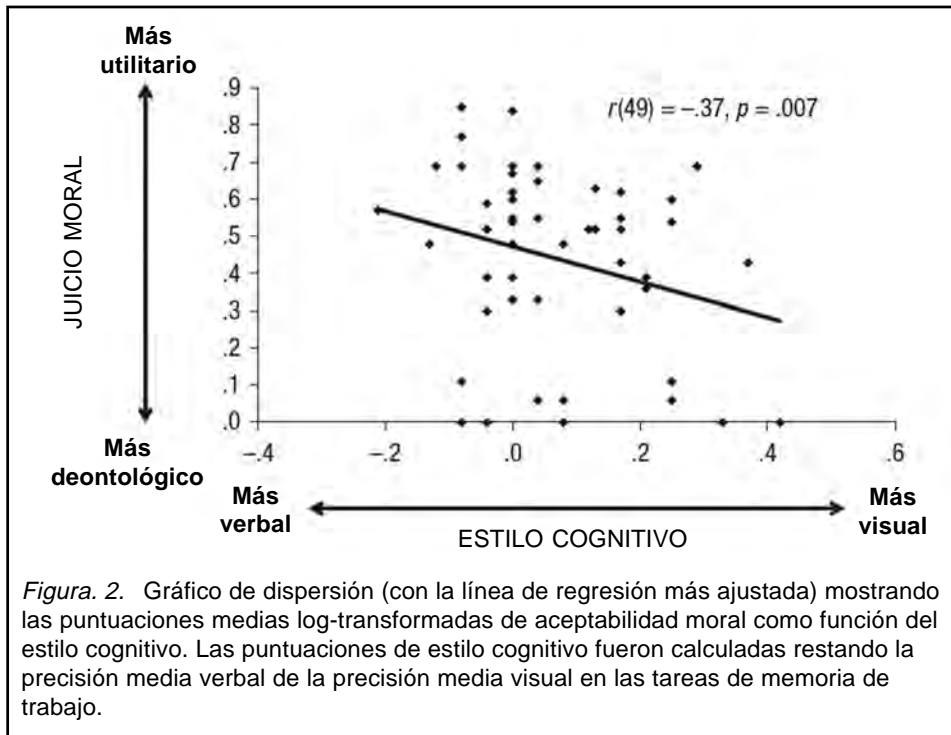


Figura 1. Muestra de secuencias de pruebas para la tarea de memoria visual y la tarea de memoria verbal en el Experimento 1. En ambos tipos de prueba, se presentó a los participantes una sonda seguida de dos dianas. Su tarea era identificar cual de las dos sondas encajaba más con la diana. (Esta figura se adaptó de Kraemer, Rosenberg, y Thompson-Schill, 2009.)

Experimento 2

En el Experimento 2, utilizamos manipulaciones experimentales para examinar los efectos causales distintivos de procesamiento visual y del procesamiento verbal sobre el juicio moral. Los participantes emitieron juicios morales, mientras eran sometidos a interferencias concurrentes de una tarea de memoria de trabajo visual, o una tarea de memoria de trabajo verbal, o ninguna interferencia. Nuestra hipótesis predecía que la interferencia visual inhibiría juicios deontológicos comparándola con la interferencia verbal. Nuestro procedimiento experimental ofrecía una prueba fuerte de nuestra hipótesis porque algunas formas



no verbales de carga cognitiva-atencional (Greene et al., 2008) y de presión del tiempo (Suter y Hertwig, 2011) han demostrado *facilitar* el juicio deontológico.

Método

Participantes. Cuarenta y tres participantes (21 mujeres, 22 hombres; rango de edad = 18-50 años) fueron reclutados como en el Experimento 1.

Los datos de 1 participante fueron excluidos debido a un error de ordenador.

Materiales y procedimiento. Los participantes respondieron a los dilemas morales utilizados en el Experimento 1 más dos dilemas de alto conflicto extraídos de la misma batería (Eutanasia y Submarino). Durante la tarea de juicio moral bajo condiciones de interferencia, los participantes también realizaron tareas de memoria de trabajo concurrentes en dos puntos durante cada prueba: Entre la presentación de la descripción del dilema y la pregunta moral, y entre la pregunta y la respuesta. Por lo tanto, la pregunta se presentó dos veces, durante 3 segundos después de la primera tarea de interferencia y de nuevo después de la segunda tarea con interferencia. La segunda vez, la pregunta fue presentada encima de una Escala de 7 puntos, cuyo rango iba de 1 (*completamente inaceptable*) a 7 (*completamente aceptable*).

La tarea concurrente era una tarea de memoria de trabajo 2-vueltas (Kirchner, 1958): Cada serie 2-vueltas duró 5 segundos, con cada elemento visualizado por

500 milisegundos inmediatamente después del punto anterior. Por lo tanto, la interferencia duró un total de 10 segundos por dilema. En cada serie de interferencia visual, el participante visionó una serie de 10 formas (un total de 20 formas por dilema) y se le pidió que indicara presionando una tecla si cada forma era idéntica a la forma presentada 2 ítems antes. Había cinco formas posibles (círculo, diamante, cuadrado, triángulo, y estrella) mostradas en morado sobre un fondo negro; cada forma mide $7,6 \times 7,6$ cm. En los ensayos de interferencia verbales, los ítems eran los nombres de las formas (“círculo”, “diamante”, “cuadrado”, “triángulo”, y “estrella”) apareciendo en fuente Times New Roman 56 puntos. En los ensayos sin interferencia, los participantes leían en una pantalla un mensaje que decía “por favor espere” durante 5 segundos: Una vez que el texto había desaparecido, los participantes respondían a la pregunta de dilema moral. Dentro de un determinado juicio moral, la modalidad de la tarea 2-vueltas (verbal o visual) no varió.

Los dilemas fueron ordenados al azar y asignados al azar a las condiciones de interferencia. Los participantes vieron una cruz de fijación durante 1000 ms entre los ensayos. Los estímulos se presentaron utilizando Software DirectRT. Después de completar la tarea juicio moral, cada participante completó un cuestionario demográfico, se les agradeció participación e hizo un breve resumen final.

Resultados

Excluimos a 2 participantes cuyos resultados en las tareas con interferencia fue igual que respuestas al azar. Para asegurar que las tareas de memoria de trabajo eran concurrentes con las tareas de juicio moral, eliminamos datos de los ensayos (<3%) en los que los tiempos de reacción para el juicio moral eran 2 desviaciones estándar por encima de la media de toda la muestra. Las dos tareas de interferencia eran de dificultad comparable –precisión media–: $t(39) < 1$, $p = 0.7$. Debido a que las puntuaciones de aceptabilidad moral estaban sesgadas, estos valores fueron log-transformados.

Los resultados fueron consistentes con nuestra hipótesis: Con la interferencia visual, en comparación con la interferencia verbal, emitieron juicios menos deontológicos y más juicios utilitarios ($M_s = 0,55$ y $0,47$ respectivamente, $t(39) = 2,7$, $p < .01$, $\eta^2 = .16$ (Fig.3). Para determinar si este efecto era debido a la interferencia visual, interferencia verbal o ambas, comparamos cada condición de interferencia con la condición sin interferencia. La interferencia visual produjo más juicios utilitaristas que la no interferencia ($M_s = 0,55$ y $0,46$, respectivamente), $t(38) = 2,08$, $p = .04$, $\eta^2 = .10$. No hubo diferencia significativa entre la condición de interferencia verbal y las condición sin interferencia ($M_s = 0,47$ y $0,46$, respectivamente), $t(38) = 0,1$, $p > .05$. Por tanto los resultados presentes refuerzan los del Experimento 1, indicando que el procesamiento visual, con respecto al procesamiento verbal, apoya preferentemente el juicio moral deontológico. Además, estos resultados indican que esta diferencia se debe únicamente a los efectos distintivos de las imágenes visuales sobre el juicio moral.

No está claro por qué la interferencia verbal no produjo efecto significativo.

Una posibilidad es que el procesamiento verbal juega un papel mínimo papel en los juicios morales específicos que hemos examinado. Otra posibilidad sería la sugerida por la teoría de doble proceso, de acuerdo a la que los juicios deontológicos, a diferencia de los juicios utilitaristas, están preferentemente apoyados por procesos automáticos. Si la interferencia visual afecta a un proceso automático, en lugar de un proceso controlado, puede ser más difícil para las personas el compensar la interferencia (véase Greene et al., 2008). Pero debido a que el razonamiento verbal es un proceso controlado, las personas pueden ser más conscientes de los efectos de la interferencia verbal en comparación con la interferencia visual, y puede ser más fácil para ellos el compensar la interferencia verbal.

Experimento 3

Los experimentos 1 y 2 indicaron que las imágenes visuales preferentemente apoyan el juicio deontológico, pero no identificaron qué contenido específico de las imágenes tenía este efecto. Una hipótesis natural, coherente con la teoría de nivel de constructo, es que las imágenes visuales preferentemente apoyan el juicio deontológico porque las personas tienden a visualizar daño causado como medio más de lo que tienden a visualizar el daño a evitar como fin. Por ejemplo, en el dilema Pasarela, las personas tienden a visualizar el daño que se hace a la persona empujada más que el daño potencial a las cinco personas que se salvan.

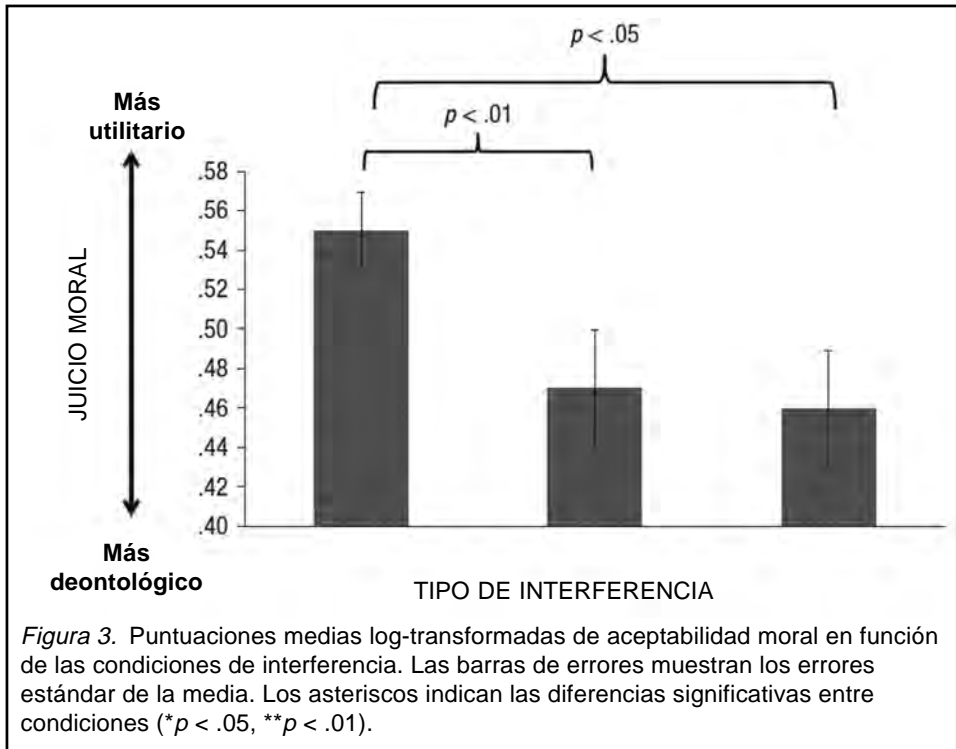
En el Experimento 3, hemos probado esta hipótesis utilizando auto-informes del contenido de las imágenes visuales en respuesta al dilema de la Pasarela y un dilema de control, el dilema de la Carretilla. En estos dilemas, las consecuencias son idénticas, pero la naturaleza de la acción se diferencia porque el daño es causalmente necesario para alcanzar el objetivo (es decir, es un medio) en el dilema Pasarela, pero el daño es incidental (un efecto secundario) en el dilema de la Carretilla.

(Estos dilemas también difieren en cuanto a la presencia de “fuerza personal” y otros factores, pero sus efectos sobre los juicios morales dependerá de si el daño es un medio; Greene et al., 2009.). Nuestra predicción fue que, en primer lugar, los participantes informarían espontáneamente al visualizar el daño a la persona más en el dilema de la Pasarela que en el dilema de la Carretilla. En segundo lugar, nuestra predicción fue que, siguiendo un patrón familiar (Thomson, 1985), las personas harían más juicios deontológicos en respuesta al dilema de la Pasarela que en respuesta al dilema de la Carretilla. Por último, esperábamos que esta diferencia en el contenido de imágenes internas de los participantes explicaría (parcial o totalmente) porqué el dilema Pasarela provoca más juicio deontológico.

Método

Trescientos setenta participantes (180 mujeres, 179 hombres, 11 participantes cuyos género era desconocido; rango de edad = 17-70 años, media de edad = 31,9 años, desviación estándar= 10,9 años) fueron reclutados mediante el Turco Mecá-

nico de Amazon.com y asignados aleatoriamente o bien al dilema de Pasarela o bien al dilema de Caretilla. Después de leer el dilema asignado, los participantes emitieron su juicio moral como en el Experimento 1, o bien antes o bien después (contrabalanceado) contestando a dos preguntas de imágenes. La primera pregunta era si habían visualizado los eventos del dilema en su “ojo de la mente”. Casi todos los participantes (342 de 370 así lo habían hecho). Los demás participantes se excluyeron del análisis. La segunda pregunta consistía en que describieran las imágenes usando una escala de 7 puntos, con los números más bajos indicando que las imágenes del individuo a sacrificar eran mas vívidas que las imágenes de los cinco individuos a salvar.



Resultados.

Dado que las evaluaciones de aceptabilidad moral estaban sesgadas, se log-transformaron estos valores. Tal como se esperaba, los participantes hicieron mas juicios morales del dilema de la Pasarela que para el dilema de la Carretilla (Ms = 0.33 y 0.49, respectivamente), $F(1, 331) = 21.1, p < .0001, \eta^2 = .06 = .06$. La predicción también se cumplió en el sentido de que los participantes reportaron haber visualizado un solo individuo más vividamente que cinco personas en el dilema de la Pasarela ($M = 2.8$, lo cual es significativamente mas bajo que el punto medio de la escala de 4), $t(171) = -7.06, p < .0001, d = 0.6$, pero no para el dilema

de la Carretilla ($M = 3.8$), $t(160) = -1.05$, $p = .29$. La diferencia entre el dilema de la Pasarela y de la Carretilla fue significativa, con $F(1, 330) = 15.16$, $p < .0001$, $\eta^2 = .04$. Además, estas evaluaciones de imagen mediaban la relación entre el dilema y el juicio moral: Mas imágenes de un solo individuo precedían mas juicio deontológico ($r = .18$, $p = .001$), aun cuando se controlaba el dilema ($\beta = 0.13$, $p = .015$). De manera critica, el efecto del dilema se reducía significativamente al controlar las imágenes (Sobel $z = -2.04$, $p = .004$), aunque el efecto permanecía ($\beta = -0.21$, $p < .0001$). Estos resultados indican que la imagen visual apoya el juicio deontológico preferentemente porque las personas tienden a visualizar los medios nocivos más que lo que visualizan los fines beneficiosos.

Discusión General

Los tres experimentos examinaron el rol del procesamiento verbal y el procesamiento visual sobre el juicio moral. El Experimento 1 utilizó dos tareas de memoria pareadas para identificar individuos con un estilo cognitivo relativamente visual o relativamente verbal. Como se predijo, los individuos con estilo más cognitivo emitieron más juicios deontológicos, rechazando el matar a una persona para salvar a varias otras personas. En el Experimento 2 se demostró una relación causal entre la imagen visual y el juicio moral deontológico, mostrando que la interferencia visual disminuye el juicio moral deontológico. El Experimento 3 indicó que la imagen visual preferentemente apoya el juicio deontológico porque las personas son más proclives a visualizar el daño causado como medio para una fin beneficioso que a visualizar el fin beneficioso en sí. Estos resultados fueron predichos por dos teorías psicológicas previamente desconectadas, la teoría del proceso dual de juicio moral (Greene et al., 2008; Greene et al., 2004; Greene et al., 2001; Paxton et al., 2011) y la teoría del nivel de constructos (Lieberman y Trope, 2008; Trope y Liberman, 2010). Los hallazgos actuales extienden estas dos teorías y sugieren que se pueden integrar de forma fructífera. También señalamos que los métodos empleados aquí para medir y manipular el procesamiento visual y verbal pueden ser utilizados para estudiar los papeles de procesamiento visual y procesamiento verbal en casi cualquier tarea.

Como señalamos anteriormente, la teoría del procesamiento dual afirma que los juicios deontológicos característicos (Por ejemplo “Es erróneo matar a un hombre para salvar a otros”) están preferentemente apoyados por respuestas emocionales automáticas. Investigaciones recientes han identificado características de acciones (por ejemplo el uso de fuerza para infligir daño) que eliciten los juicios morales deontológicos (Cushman et al., 2006; Greene et al., 2009), pero no sabemos nada sobre los procesos cognitivos que traducen las representaciones de tales características en respuestas emocionales operativas. Los presentes resultados comienzan a llenar este vacío crítico, sugiriendo que la imagen visual juega un papel importante desencadenando las respuestas emocionales que apoyan los juicios deontológicos.

Esta interpretación es coherente con investigaciones recientes que muestran que cerrar los ojos reduce las valoraciones más extremas de los comportamientos canónicamente egoístas o admirables (Caruso y Gino, 2011), un efecto que parece estar mediado por la emoción. Los resultados de Caruso y Gino (2011) apoyan la afirmación que la estimulación mental (incluyendo la imagen visual) hace más salientes las consideraciones morales. En contraste a estos resultados, el presente estudio indica que la imagen visual convierte en más salientes algunas consideraciones morales (deontológicas) mientras que hace menos salientes otras consideraciones morales (utilitaristas). Por tanto, no es el caso sencillo de las transgresiones morales sean evocadores de emoción (Haidt, 2001) y que la imagen visual realce las respuestas emocionales (Holmes y Mathews, 2005; Holmes et al., 2008). Más bien, el presente estudio sugiere que la imagen visual juega un papel más distintivamente filosófico, favoreciendo preferentemente derechos individuales sobre el bien común cuando ambos entran en conflicto.

Los resultados presentes son predichos por la teoría de nivel de constructo (Liberman y Trope, 2008; Trope y Liberman, 2010) en combinación con investigaciones recientes que asocian niveles de constructo bajos con procesamiento visual y niveles de constructo altos con el procesamiento verbal (Amit, Algom, y Trope, 2009; Amit, Algom, Trope, y Liberman, 2009). De nuevo aquí el nexo teórico clave es la distinción entre los fines y los medios, que desempeña un papel fundamental tanto en la ética deontológica como en la teoría de nivel de constructo. La ética deontológica enfatiza la importancia de los medios (Kant, 1785/1993), apoyando típicamente la idea de que los derechos del individuo no se deben sacrificar en aras de un bien común mayor. Según la teoría del nivel de constructo, los fines y los medios se diferencian en su nivel de abstracción, por tanto los constructos de alto nivel más abstractos se enfocan en los fines últimos de una acción, mientras que constructos de nivel más bajo y concretos se enfocan en los medios específicos para conseguir tal finalidad. Si, comparando con los fines, los medios son más concretos y son construidos a un nivel más bajo, y si las acciones construidas a un nivel más bajo son representadas de forma más visual, entonces las preocupaciones deontológicas sobre los medios por los cuales se consigue el fin deberían ser preferentemente apoyadas por imágenes visuales, tal y como se observó en este estudio.

La teoría dual del juicio moral y la teoría de nivel de constructo hacen la misma predicción acerca del papel de la imagen visual en la psicología moral. Esta convergencia sugiere una conexión profunda entre estas dos teorías previamente desconectadas. Greene (2007) argumentó que las respuestas emocionales automáticas suscitadas por dilemas morales son esencialmente heurísticas (Slovic, Finucane, Peters, y MacGregor, 2007), procesos cognitivos que atribuyen valor negativo a las acciones típicamente negativas por sus efectos sociales históricamente dañinos. De forma crítica estas respuestas son desencadenadas por características de acciones de nivel relativamente bajo, tanto activas o pasivas (Cushman et al., 2006; Spranca,

Minsk, y Baron, 1991), o si el daño es una necesidad causal para obtener un fin (Cushman et al., 2006), o si el daño se inflige usando la fuerza personal (Greene et al., 2009). Estas son características de nivel relativamente bajo, en tanto que se pueden observar o inferir fácilmente de la observación del acto físico. Por ejemplo, si uno ve a una persona pegar a otra en la cara, se puede ver o inferir que este comportamiento es activo, que el daño es intencional, y que el daño está infligido con fuerza personal. En contraste, los fines que motivan este comportamiento (por ejemplo conseguir venganza versus subyugar a un criminal violento) no se pueden inferir simplemente por la observación o por la observación simulada (imagen visual). Por tanto, puede ser que la teoría de proceso dual y la teoría de nivel de constructo estén alineadas, porque la teoría del proceso dual se ocupa esencialmente de la tensión entre reacciones ante acciones construidas a diferentes niveles y por diferentes sistemas cognitivos.

Los resultados presentes fueron prefigurados por líneas de investigación convergentes que usan imágenes cerebrales funcionales. Greene y sus compañeros (Greene et al., 2004; Greene et al., 2001) han utilizado IRM funcionales para comparar dilemas que presentan daño personal (por ejemplo el dilema de la Pasarela) con otros dilemas que involucran daño impersonal. (Para ver una revisión de la distinción personal/impersonal véase Greene et al., 2009.) Los dilemas personales tienen dos rasgos clave. Primero, suscitan respuestas emocionales automáticas que apoyan el rechazo deontológico (Ciaramelli et al., 2007; Greene et al., 2008; Koenigs et al., 2007; Mendez et al., 2005; Paxton et al., 2011). Segundo, comparados con los dilemas impersonales, los dilemas personales suscitan mayor actividad en la “red por defecto” del cerebro (Raichle et al., 2001), que parece estar involucrada en la simulación mental de eventos más allá del aquí y ahora, como cuando las personas piensan en su pasado, en su futuro, o en el contenido de sus mentes (Buckner, Andrews-Hanna, y Schacter, 2008). Por tanto, los resultados presentes son coherentes con una participación incrementada de la red por defecto en respuesta a acciones dañinas que “tocan nuestras teclas morales” (Greene et al., 2009, p. 364).

Finalmente, los resultados presentes se dirigen a una cuestión más general y duradera de la psicología moral, hasta qué punto los juicios morales son producidos por una facultad específicamente dedicada a la cognición moral (Mikhail, 2007, 2011) o por una interacción de procesos cognitivos de dominio general (es decir, no específicamente dedicados a la cognición moral; Greene y Haidt, 2002). La presente investigación sugiere que al menos un tipo de proceso de dominio general –la imagen visual– desempeña un papel influyente en el juicio moral, y más aun, que su influencia es filosóficamente partidista.

Agradecimientos

Agradecemos a Steven Frankland, Andrea Heberlein, y Stephen Kosslyn por sus sugerencias de ayuda, y a Rebeca Fine y Sara Gottlieb por haber recogido datos.

Declaración de Intereses en Conflicto

Los autores declararon que no tenían conflictos de interés respecto a su autoría o respecto a la publicación de este artículo.

Financiación

Esta investigación se apoyó por la subvención SES-0821978. de la National Science Foundation.

Nota

Siguiendo a Greene (2007), utilizamos *deontológico* y *utilitarista* para denominar los juicios “característicamente deontológico” o “característicamente utilitarista”, refiriéndonos solo al contenido del juicio, no a la motivación tras el juicio.

Nota del editor

Agradecemos los permisos de publicación a Elinor Amit y al Journal Psychological Science.

Artículo publicado originalmente en inglés en: Journal Psychological Science, 2012; 23(8):861-8. doi: 10.1177/0956797611434965.

Referencias bibliográficas

- Amit, E., Algom, D., y Trope, Y. (2009). Distance-dependent processing of pictures and words. *Journal of Experimental Psychology: General*, 138, 400–415.
- Amit, E., Algom, D., Trope, Y., y Liberman, N. (2009). “Thou shalt not make unto thee any graven image”: The distance-dependence of representation. En K. D. Markman, W. M. P. Klein, y J. A. Suhr (Eds.), *The handbook of imagination and mental simulation* (pp. 53–68). Nueva York, NY: Psychology Press.
- Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R., y Schacter, D. L. (2008). The brain’s default network: Anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 1–38.
- Caruso, E. M., y Gino, F. (2011). Blind ethics: Closing one’s eyes polarizes moral judgments and discourages dishonest behavior. *Cognition*, 118, 280–285.
- Ciaramelli, E., Muccioli, M., Ladavas, E., y di Pellegrino, G. (2007). Selective deficit in personal moral judgment following damage to ventromedial prefrontal cortex. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2, 84–92.
- Cushman, F., Young, L., y Hauser, M. (2006). The role of conscious reasoning and intuition in moral judgment: Testing three principles of harm. *Psychological Science*, 17, 1082–1089.
- De Houwer, J., y Hermans, D. (1994). Differences in the affective processing of words and pictures. *Cognition y Emotion*, 8, 1–20.
- Full parole for RCMP officer who threw wife from Toronto balcony. (2010, May 27). *thestar.com*. Retrieved from <http://www.thestar.com/news/gta/crime/article/815108—full-parole-for-rcmp-officerwho-threw-wife-from-toronto-balcony>.
- Greene, J. D. (2007). Why are VMPFC patients more utilitarian? A dual-process theory of moral judgment explains. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 322–323.
- Greene, J. D., Cushman, F. A., Stewart, L. E., Lowenberg, K., Nystrom, L. E., y Cohen, J. D. (2009). Pushing moral buttons: The interaction between personal force and intention in moral judgment. *Cognition*, 111, 364–371.
- Greene, J. D., y Haidt, J. (2002). How (and where) does moral judgment work? *Trends in Cognitive Sciences*, 6, 517–523.

- Greene, J. D., Morelli, S. A., Lowenberg, K., Nystrom, L. E., y Cohen, J. D. (2008). Cognitive load selectively interferes with utilitarian moral judgment. *Cognition*, 107, 1144–1154.
- Greene, J. D., Nystrom, L. E., Engell, A. D., Darley, J. M., y Cohen, J. D. (2004). The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron*, 44, 389–400.
- Greene, J. D., Sommerville, R. B., Nystrom, L. E., Darley, J. M., y Cohen, J. D. (2001). An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*, 293, 2105–2108.
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Reviews*, 108, 814–834.
- Holmes, E. A., y Mathews, A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, 5, 489–497.
- Holmes, E. A., Mathews, A., Mackintosh, B., y Dalgleish, T. (2008). The causal effect of mental imagery on emotion assessed using picture-word cues. *Emotion*, 8, 395–409.
- Jarvis, W. B. G. (2006a). DirectRT (Version 2002) [Software de ordenador]. Nueva York, NY: Empirisoft.
- Jarvis, W. B. G. (2006b). MediaLab (Version 2002) [Software de ordenador]. Nueva York, NY: Empirisoft.
- Kant, I. (1993). *Grounding for the metaphysics of morals: with "On a supposed right to live because of philanthropic concerns"* (J. W. Ellington, Trans.; 3rd ed.). Indianapolis, en Hackett Publishing. (Trabajo original publicado en 1785)
- Kensinger, E. A., y Schacter, D. L. (2006). Processing emotional pictures and words: Effects of valence and arousal. *Cognitive, Affective, y Behavioral Neuroscience*, 6, 110–126.
- Kirchner, W. K. (1958). Age differences in short-term retention of rapidly changing information. *Journal of Experimental Psychology*, 55, 352–358.
- Koenigs, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D., Cushman, F., Hauser, M., y Damasio, A. (2007). Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgments. *Nature*, 446, 908–911.
- Kosslyn, S. M. (1980). *Image and mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kraemer, D. M., Rosenberg, L. M., y Thompson-Schill, S. L. (2009). The neural correlates of visual and verbal cognitive style. *Journal of Neuroscience*, 29, 3792–3798.
- Liberman, N., y Trope, Y. (2008). The psychology of transcending the here and now. *Science*, 322, 1201–1205.
- Mendez, M. F., Anderson, E., y Shapira, J. S. (2005). An investigation of moral judgment in frontotemporal dementia. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18, 193–197.
- Mikhail, J. (2007). Universal moral grammar: Theory, evidence and the future. *Trends in Cognitive Sciences*, 11, 143–152.
- Mikhail, J. (2011). *Emotion, neuroscience, and law: A comment on Darwin and Greene* (Georgetown Law Faculty Publications and Other Works, Paper No. 611). Retrieved from <http://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/611>
- Paxton, J. M., Ungar, L., y Greene, J. D. (2011). Reflection and reasoning in moral judgment. *Cognitive Science*, 35, 1–15.
- Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., y Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences, USA*, 98, 676–682.
- Slovic, P., Finucane, M., Peters, E., y MacGregor, D. G. (2007). The affect heuristic. In T. Gilovich, D. Griffin, y D. Kahneman (Eds.), *Intuitive judgment: Heuristics and biases* (pp. 1333–1352). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Spranca, M., Minsk, E., y Baron, J. (1991). Omission and commission in judgment and choice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 27, 76–105.
- Suter, R. S., y Hertwig, R. (2011). Time and moral judgment. *Cognition*, 119, 454–458.
- Thomson, J. (1985). The trolley problem. *Yale Law Journal*, 94, 1395–1415.
- Trope, Y., y Liberman, N. (2010). Construal level theory of psychological distance. *Psychological Review*, 117, 440–463.
- Vallacher, R., y Wegner, D. M. (1985). *A theory of action identification*. Hillsdale, NJ: Erlbaum

ASEPCO

ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE
PSICOTERAPIAS
COGNITIVAS

Hazte socio
de la
**Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas
(ASEPCO)**

La cuota de socio te regala la suscripción a la

REVISTA DE PSICOTERAPIA



Más información en:

<http://www.terapiacognitiva.net/>

2015



25 AÑOS · REVISTA DE PSICOTERAPIA

25 AÑOS

Más de 100 Números

<http://revistadepsicoterapia.com>



ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES TIPO 2: SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN

ADHERENCE TO TREATMENT IN TYPE 2 DIABETES AND ITS ASSOCIATION WITH QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION.

Neli Escandón-Nagel

Universidad de Barcelona. Barcelona, España

Bárbara Azócar

Universidad del Desarrollo. Concepción, Chile

Cristhian Pérez

Universidad de Concepción. Concepción, Chile

Viviana Matus

Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Escandón-Nagel, N., Azócar B., Pérez, C. y Matus, V. (2015). Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: Su relación con Calidad de Vida y Depresión. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 125-138.

Resumen

Este estudio tiene por objetivo describir la relación entre adherencia al tratamiento y dos variables: calidad de vida y sintomatología depresiva, en pacientes adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en Centros de Salud Familiar de la Provincia de Concepción, Chile. Se obtuvo una muestra de 101 participantes de entre 45 a 65 años de edad, cursando con la enfermedad en un periodo mayor o igual a un año, a quienes se les aplicó: el Inventario de Depresión de Beck, en su segunda versión (BDI-II), la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III), y un Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF). Los resultados mostraron una alta adherencia al tratamiento, baja sintomatología depresiva y alta calidad de vida en estos pacientes. Se encontró además, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, que la adherencia al tratamiento presentaba una relación inversa con sintomatología depresiva; y una relación positiva con calidad de vida. Estos resultados avalarían la inclusión del psicólogo en el tratamiento integral de la diabetes.

Palabras clave: *diabetes mellitus, adherencia, calidad de vida, depresión.*



Abstract

This study aims to describe the relationships between adherence to treatment and two variables: quality of life and depressive symptomatology, in adult patients with type 2 diabetes mellitus, treated at family health centers in the province of Concepcion, Chile. The sample was of 101 participants aged 45-65 years old, who were diagnosed with diabetes one year ago or more. The instruments used were: the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Scale of Adherence to Treatment in Diabetes Mellitus II, version III (EATDM-III), and a instrument of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-BREF). The results showed high adherence to treatment, low depressive symptomatology and high quality of life in these patients. Furthermore, using Pearson correlation coefficient, adherence to treatment showed an inverse relationship with depressive symptomatology; and a positive relationship with quality of life. These results support the inclusion of psychologists in the comprehensive treatment of diabetes.

Keywords: diabetes mellitus, adherence, quality of life, depression.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM), según lo indica la Federación Internacional de Diabetes (2011), es una enfermedad crónica que, como tal, afecta la calidad de vida de quienes la padecen, generando grandes gastos económicos en los distintos países, así como también, gran mortalidad. Tal es así, que la FID estima que de no lograrse un manejo adecuado del problema, de los 366 millones de personas afectadas con esta enfermedad que había en el 2011, se pasará a 552 millones en el 2030.

Específicamente en el continente Americano la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) indica que al año 2011 aproximadamente 63 millones de persona tenían DM, estimando que para el año 2030 la cifra aumentará a cerca de 91 millones.

Dos son los principales tipos de DM: Tipo 1 (DM1) y Tipo 2 (DM2), caracterizándose ambas, por una incapacidad de la insulina para ejercer en forma adecuada sus efectos metabólicos. La DM1 es una enfermedad autoinmune en que se destruyen las células que secretan insulina. La DM2 en cambio supone una alteración en la acción de la insulina y a veces en la secreción de la misma, relacionándose directamente con el estilo de vida de la persona, con una dieta poco saludable y escasa actividad física (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2013).

Según lo informa el Ministerio de Salud de Chile (2013), de los 34 países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Chile se ubica en la posición número cinco de los países con mayor prevalencia de DM (considerando DM1 y DM2), con un porcentaje de 9,8% de personas de entre 20 y 79 años de edad que viven con esta enfermedad.

Respecto a los dos tipos de DM, según la OMS (2013) la DM2 es la más frecuente y particularmente en Chile se estima una prevalencia de 9,4% en población mayor de 15 años (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

De no haber una adecuada adherencia al tratamiento, es posible, que se presenten las alteraciones más severas de la DM2, tales como ceguera, insuficiencia renal, úlceras en los pies y amputaciones, pudiendo incluso llevar a la muerte. Y como consecuencia para el Estado, una pérdida en la fuerza laboral y un aumento en los gastos sanitarios (Ortiz, 2006).

Particularmente en Chile al año 2009 se estimaba que el 66% de las personas con DM no controlaban su nivel de glucosa en sangre, lo que refleja un mal control de la enfermedad y, en consecuencia, una inadecuada adherencia al tratamiento (OPS, 2012).

Según la OMS (2004), es fundamental realizar estudios sobre adherencia al tratamiento, sobre todo en países en vías de desarrollo, como Chile, puesto que existen pocos estudios al respecto. Además, es la adherencia la que hace que un tratamiento sea efectivo, por lo que es relevante llevar a cabo estudios en torno a este tema, considerando que en las enfermedades crónicas la adherencia al tratamiento gira en torno al 50%, lo que da cuenta de la alta mortalidad que conllevan las

enfermedades crónicas como la DM2.

La adherencia al tratamiento se define como “el grado en el que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004, p. 3). Esta definición se basa en la conceptualización clásica realizada por Haynes y Sackett (1979), respecto al cumplimiento terapéutico, sin embargo, la OMS (2004) resalta que, a diferencia del simple cumplimiento de las indicaciones, la adherencia se caracteriza por el rol activo que ha de mantener el paciente en el cuidado de su propia salud, estableciendo una adecuada colaboración con su equipo médico.

Se estima que una de cada cuatro personas con DM2 presenta depresión clínica, siendo bidireccional la relación entre ambos problemas de salud, ya que por una parte, parece ser que este trastorno del ánimo incrementa el riesgo de desarrollar DM2, asociándose también a un mal manejo de la DM, mientras que en un sentido inverso el diagnóstico de DM2 puede gatillar también un cuadro depresivo (Semenkovich, Brown, Svrakic y Lustman, 2015).

Según Tovar, Rayens, Gokun y Clark (2013) aquellos pacientes con DM que presentan sintomatología depresiva manifiestan una menor adherencia al tratamiento que aquéllos sin síntomas depresivos o que los tienen en menor intensidad. Además, estos autores plantean que variables como el apoyo social y la autoeficacia parecen actuar como factores mediadores de esta asociación. En esta misma línea, se ha observado que las mujeres con DM que además tienen depresión, presentan mayor probabilidad de morir que quienes solo sufren DM o depresión (Pan et al., 2011).

Por otro lado, la adherencia al tratamiento en DM parece asociarse a una mejor calidad de vida, pues según lo reportado por autores como De Pablos et al. (2014) las personas con un mal control metabólico presentan índices de calidad de vida más bajos que aquéllos que logran un manejo adecuado de la enfermedad.

Un tratamiento que implique un patrón complejo de conductas que contemple diferentes aspectos de la vida del paciente genera menor adherencia al tratamiento. En el caso de la DM, el tratamiento supone diversos cambios, tales como modificaciones en la dieta, mayor actividad física y, generalmente, consumo de medicamentos. La adherencia es aún más difícil cuando existe comorbilidad con otras patologías (Nam, Chesla, Stotts, Kroon y Janson, 2011). En esta misma línea, Broadbent, Donkin y Stroh (2011) han observado que de todos los componentes del tratamiento, los pacientes con diabetes consideran que la medicación es el más útil para el control de su enfermedad.

Se han identificado diversos factores que interfieren en el manejo de la DM, siendo la adherencia al tratamiento un elemento fundamental en este sentido, pues permite reducir la mortalidad y discapacidad, a la vez que mejora la calidad de vida de los pacientes y reduce los costos asociados a la salud (Nam et al., 2011).

Otros factores que influyen en el manejo de la enfermedad son las creencias

y actitudes respecto a la diabetes, el apoyo social, la comorbilidad con otras patologías, la capacidad económica, aspectos culturales como los referidos a las preferencias alimentarias y además, el conocimiento respecto al control de la DM, aunque esto último por sí solo no garantiza un adecuado manejo de la enfermedad (Nam et al., 2011).

Con base en los antecedentes mencionados, el presente estudio se planteó como objetivo conocer la calidad de vida y los índices de depresión que presentan los pacientes diagnosticados con DM2; y la relación existente entre cada una de estas variables y la adherencia al tratamiento, lo cual podría influir directamente en el bienestar de los pacientes y en un mejor control de su enfermedad, de modo de prevenir las complicaciones de la DM2.

Método

Participantes

Los participantes corresponden a pacientes adultos de ambos sexos, atendidos en distintos Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Provincia de Concepción, Chile, diagnosticados con DM2 que no presentaban episodios depresivos antes de su diagnóstico y que aceptaron participar voluntariamente en la investigación. Por medio del autoreporte del paciente y/o la revisión de su ficha clínica se indagó respecto a la existencia previa de episodios depresivos.

Se incluyó a pacientes que recibieron el diagnóstico de DM2 hace un año o más, ya que en este período se podría lograr la elaboración del duelo que supone el diagnóstico de una enfermedad crónica como la DM (Worden, 2010). Se excluyeron a pacientes con comorbilidad con otras enfermedades crónicas, pues se trataría de un factor que podría interferir con las variables en estudio. Pese a esto, no fue motivo de exclusión la hipertensión ni la dislipidemia, por asociarse comúnmente con DM.

A través de un muestreo no probabilístico por accesibilidad, se obtuvo una muestra conformada por 108 sujetos, sin embargo, luego de cotejar con los criterios de exclusión se redujo a 101 participantes: el 67.3% ($n=68$) eran mujeres y el 32.7% ($n=33$) eran hombres. Sus edades fluctuaron entre los 45 y 65 años, con una media de 56.74 años ($D.E.=6.69$).

En cuanto al nivel educacional, el 29.7% ($n=30$) de los participantes encuestados había alcanzado enseñanza media completa, que es el nombre asignado a la educación secundaria en Chile; el 28.7% ($n=29$), básica incompleta o primaria; y el 23.8% ($n=24$), media incompleta.

En relación al tiempo que los pacientes llevaban diagnosticados con DM, como puede observarse en la Tabla 1, cerca de la mitad no superaban los cinco años: 47.5% ($n=48$).

Tabla 1. *Distribución de la muestra según tiempo de diagnóstico.*

	N	%
Entre 1 y 5 años	48	47.5
Entre 5 y 10 años	27	26.7
Más de 10 años	26	25.7
Total	101	100.0

Se indagó también respecto al apoyo otorgado por la familia por medio de un cuestionario sociodemográfico, en que se exploró la frecuencia (desde nunca a frecuentemente) con que se recibe este apoyo. La mayor parte de la muestra manifestó recibir frecuentemente apoyo familiar 65.3% ($n= 66$) (Tabla 2).

Tabla 2. *Distribución de la muestra según apoyo familiar.*

		N	%
Válidos	Frecuentemente	66	65.3
	A veces	16	15.8
	Rara vez	10	9.9
	Nunca	6	5.9
	Total	98	97.0
Perdidos		3	3.0
Total		101	100.0

En cuanto a las características del tratamiento, en la Tabla 3 se observa que la mayoría de los pacientes reportaron que la atención que recibían consistía en dieta, fármaco y ejercicio (31.7%). Le siguen en número los que reciben dieta y fármacos (23.8%).

Tabla 3. *Distribución de la muestra según características del tratamiento.*

	Sí		No		Total %
	N	%	N	%	
Sólo dieta	1	0.9%	100	99.0%	100%
Sólo fármacos	8	7.9%	93	92.1%	100%
Dieta y fármacos	24	23.8%	77	76.2%	100%
Dieta y ejercicio	3	3.0%	98	97.0%	100%
Dieta e inyecciones	1	0.9%	100	99.0%	100%
Fármaco e inyecciones	3	3.0%	98	97.0%	100%
Fármaco y ejercicios	1	0.9%	100	99.0%	100%
Dieta, fármacos y ejercicios	32	31.7%	69	68.3%	100%
Dieta, fármacos e inyecciones	10	9.9%	91	90.1%	100%
Dieta, ejercicio e inyecciones	2	2.0%	99	98.0%	100%
Dieta, fármacos, ejercicios e inyecciones	15	14.9%	86	85.1%	100%
Otros	1	0.9%	100	99.0%	100%

Finalmente, del total de la muestra el 19.8% ($n=20$) de los pacientes manifestó haber recibido atención psicológica después de ser diagnosticados con DM2.

Instrumentos

- Cuestionario sociodemográfico diseñado por los investigadores con la finalidad de describir la muestra estudiada.

- Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, en su tercera versión, EATDM-III: consta de 54 ítems relacionados con factores comportamentales. Utiliza una escala tipo Likert de cinco opciones para evaluar la frecuencia de la ejecución de una situación. Mide 7 factores: Apoyo Familiar; Organización y Apoyo Comunal; Ejercicio Físico; Control Médico; Higiene y Autocuidado; Dieta; y Valoración de la Condición Física. Este instrumento reporta un alfa de Cronbach total de .87 (Villalobos, comunicación personal, 21 de junio, 2008).

- Inventario de Depresión de Beck, segunda versión, BDI-II: consta de 21 ítems, en los que la persona debe escoger entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, en función de su estado en las dos últimas semanas, incluido el día en que se contesta el cuestionario. Fue diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en personas de 13 años y más, siendo uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente para este propósito. En el estudio chileno de validación del instrumento se observó un alfa de Cronbach de .91 (Cova et al, 2007).

- Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, en su versión corta, WHOQOL-BREF: se desarrolló y validó con la colaboración de 15 centros de la OMS en distintos países, con una muestra total de 6473 sujetos, mostrando validez de discriminación, validez de contenido y fiabilidad correcta, pudiendo aplicarse a distintas culturas, a la vez que permite comparar resultados de diferentes países. Se diseñó con base en opiniones de personas con distintas enfermedades, personas sanas y profesionales sanitarios. Consta de 26 ítems, los cuales presentan cinco alternativas de respuesta. Se puede obtener un puntaje general de calidad de vida y puntajes para cuatro dominios: dominio Físico; dominio Psicológico; dominio de Relaciones Sociales y dominio de Ambiente (OMS, 2002). Este instrumento ha obtenido en Chile un alfa de Cronbach de .90 (Andrade y Valenzuela, 2007).

Procedimiento:

Se solicitó permiso a los directores de los respectivos CESFAM para acceder a los pacientes, siendo cuatro los centros que accedieron a participar del estudio.

Se planificó en uno de los CESFAM una aplicación piloto de los instrumentos para ver si los pacientes encontraban alguna dificultad para contestarlos y estimar el tiempo que empleaban en dicha actividad.

A los participantes se les explicaron los objetivos del estudio y las implicaciones que podrían tener los resultados, se les señaló también que se podrían revisar sus

fichas clínicas, que podían retirarse cuando lo desearan y que se resguardaría su confidencialidad. Firmaron un consentimiento informado, accediendo a participar voluntariamente del estudio.

Resultados

Descriptivos

En la Tabla 4 se presenta una descripción de las escalas y sus respectivas sub-escalas en términos de estadísticos de tendencia central y variabilidad. Dentro de las sub-escalas de Adherencia al Tratamiento, se observa que aquella que presenta un mayor promedio es Higiene y Autocuidado ($M = 4.52$), seguida de Control Médico ($M = 4.50$), en tanto la que obtuvo una puntuación más baja fue la de Organización Comunal ($M = 2.23$).

Tabla 4. *Estadísticos descriptivos de Adherencia al Tratamiento, Sintomatología Depresiva y Calidad de Vida.*

	N	Min	Max	M	D.E.
Adherencia al tratamiento	101	1.44	5.36	3.55	0.56
Apoyo Familiar	101	1.00	5.00	3.51	1.02
Organización Comunal	101	1.00	4.70	2.23	0.68
Ejercicio Físico	101	1.00	4.89	3.23	0.90
Control Médico	101	1.00	5.50	4.50	0.70
Higiene y Autocuidado	101	1.80	5.00	4.52	0.63
Dieta	101	1.75	5.00	4.03	0.80
Valoración Cond. física	101	1.00	5.00	2.54	1.37
Sintomatología depresiva	101	0.00	2.29	0.69	0.53
Calidad de vida	101	1.92	4.77	3.25	0.57
Dominio 1 Físico	101	1.43	4.57	3.27	0.67
Dominio 2 Psicológico	101	1.50	4.83	3.32	0.67
Dominio 3 Rel. Sociales	101	1.33	5.00	3.29	0.81
Dominio 4 Ambiente	101	1.71	4.88	3.22	0.61

En cuanto a las sub-escalas de Calidad de Vida, todas presentaron promedios similares, sin embargo, en el dominio de Relaciones Sociales, los puntajes fueron más dispersos ($DE = 0.81$).

Respecto a los síntomas depresivos, los resultados encontrados señalan que existiría un bajo nivel de Sintomatología Depresiva ($M = 0.69$) con poca variabilidad en los puntajes ($DE = 0.63$).

Análisis de correlaciones

Para evaluar las hipótesis del estudio se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson con base en un contraste unilateral (Tabla 5). Se encontró que la escala de Adherencia al Tratamiento posee una baja relación, de tipo inversa, pero significativa, con la escala de Sintomatología Depresiva. Esto quiere decir que las

personas que presentan una mayor adherencia al tratamiento tendrían un menor grado de sintomatología depresiva ($r = -.17$; $p < .05$).

Tabla 5. *Matriz de correlaciones de escalas y sub-escalas (Coeficiente r de Pearson).*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
(1) Adherencia al Tratamiento	1.00													
(2) Sintomatología Depresiva	-.17*	1.00												
(3) Calidad de vida	.50**	-.68**	1.00											
(4) Dominio 1: Físico	.30**	-.64**	.84**	1.00										
(5) Dominio 2: Psicológico	.42**	-.64**	.90**	.71**	1.00									
(6) Dominio 3: Relaciones sociales	.34**	-.48**	.74**	.55**	.58**	1.00								
(7) Dominio 4: Ambiente	.57**	-.54**	.89**	.59**	.76**	.60**	1.00							
(8) AD Apoyo Familiar	.74**	-.14	.38**	.15	.43**	.22*	.44**	1.00						
(9) AD Organización Comunal	.52**	-.09	.29**	.19*	.25**	.12	.37**	.27**	1.00					
(10) AD Ejercicio Físico	.57**	-.10	.35**	.34**	.30**	.16	.28**	.28**	.27**	1.00				
(11) AD Control Médico	.59**	-.21*	.36**	.25**	.28**	.25**	.39**	.29**	.25**	.26**	1.00			
(12) AD Higiene y Autocuidado	.59**	-.11	.31**	.17*	.23*	.33**	.33**	.38**	.11	.30**	.59**	1.00		
(13) AD Dieta	.55**	-.15	.29**	.18*	.15	.34**	.33**	.31**	.05	.07	.42**	.55**	1.00	
(14) AD Valoración de la Cond. Física	.44**	.14	.07	.05	-.00	.02	.06	.33**	.14	.59**	.05	.15	.07	1.00

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$ (unilateral).

En cuanto al puntaje de Calidad de Vida, la correlación existente con Adherencia al Tratamiento es positiva y moderada, pero muy significativa, lo que implica que quienes poseen una alta calidad de vida presentan además una alta adherencia al tratamiento ($r = .50$; $p < .01$).

Como se observa en la Tabla 5, todas las relaciones calculadas entre Adherencia al Tratamiento y el resto de las variables son altamente significativas y positivas, la relación más intensa es con la sub-escala de Apoyo Familiar ($r = .74$; $p < .01$). Con el resto de las sub-escalas de Adherencia existe una relación moderada.

Respecto a la relación de Adherencia al Tratamiento con los dominios de Calidad de Vida Psicológico ($r = .42$; $p < .01$) y Ambiente ($r = .57$; $p < .01$) se observa una correlación moderada, es decir, a mayor puntuación en Adherencia, mayor puntuación en los dominios mencionados. Por otra parte, la relación más baja que establece la variable Adherencia al Tratamiento es con el dominio Físico de la escala

de Calidad de Vida ($r = .30$; $p < .01$).

Discusión

Los resultados obtenidos en cuanto a la escala de Adherencia al Tratamiento contrastan con lo observado en un estudio previo realizado en Chile en pacientes con DM2, en que se encontraron bajos niveles de adherencia (Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez 2011). Sin embargo, se ha de considerar que dicha investigación fue realizada con una muestra mucho más pequeña y perteneciente a un único centro sanitario.

La mayor adherencia observada en Control Médico e Higiene y Autocuidado, pudiera estar dada porque ambas son las sub-escalas de Adherencia que evalúan los aspectos médicos del tratamiento para DM, lo que corrobora lo señalado por Broadbent et al. (2011) respecto a que los pacientes con DM suelen adherir más al uso de la medicación, que al ejercicio o la dieta.

En cuanto a la sub-escala de Organización Comunal, posiblemente se obtuvieron puntajes más bajos debido a que, en general, la mayoría refirió recibir apoyo de parte de sus familiares, por lo que, probablemente, no se interesaban por participar en actividades organizadas por la comunidad, pues no es un aspecto que se promoció en los centros de salud a los que asisten.

El bajo nivel de Sintomatología Depresiva podría deberse, tal vez, a que el apoyo familiar podría estar actuando como factor protector respecto al desarrollo de síntomas depresivos, ya que este factor fue reportado en un alto nivel por la mayoría de los pacientes. Esto concuerda con los planteamientos de otros autores respecto al importante rol que la familia cumple en cuanto al fortalecimiento de la salud mental del paciente con DM (Tovar et al., 2013).

En cuanto a la evaluación de la Calidad de Vida se encontró un nivel levemente superior al puntaje promedio de la escala, observándose además una baja variabilidad de las puntuaciones y niveles similares en todas las sub-escalas, lo cual también pudiera estar relacionado con el apoyo familiar reportado por la muestra, pues según Tovar et al. (2013) el apoyo familiar favorece un adecuado afrontamiento de la enfermedad, mejorando el bienestar y la salud mental del paciente, así como también, su autoeficacia, todo lo cual es de esperar que afecte positivamente, tanto en la adherencia al tratamiento, como en la calidad de vida de la persona, actuando como factor protector en el surgimiento de síntomas depresivos.

Lo anterior concuerda con lo reportado por Walker, Gebregziabher, Martin-Harris y Egede (2015), quienes señalan que el apoyo social es una de las variables psicosociales que interviene en las capacidades de autocuidado del paciente respecto a la DM2.

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes con DM2 que presentan un mayor nivel de adherencia al tratamiento, manifestarían un menor nivel de sintomatología depresiva, lo que coincide con lo encontrado en otras investigaciones, como la de Kilbourne et al. (2005) y la de Lin et al. (2004), quienes señalan que

la baja adherencia al tratamiento se relaciona con la presencia de depresión, puesto que dicha patología mental se asocia con falta de motivación, energía y confianza, elementos fundamentales para la realización de actividades de autocuidado en DM.

La relación existente entre adherencia al tratamiento y sintomatología depresiva podría verse influida por distintos factores, lo cual explicaría la baja intensidad de la correlación encontrada en este estudio. Uno de estos factores podría ser el apoyo de la pareja, aspecto que se observa en la muestra, puesto que la mayoría de los participantes convive o está casado. Esto concuerda con lo señalado por Tovar et al. (2013) en cuanto al apoyo social como mediador de la relación entre síntomas depresivos y adherencia.

Otra variable que tal vez se asocia a la debilidad de la relación existente entre adherencia al tratamiento y sintomatología depresiva es la calidad de vida, puesto que tal como quedó en evidencia en este estudio, quienes presentan mayor calidad de vida manifiestan menor sintomatología depresiva. Esto concuerda con lo planteado por autores como Shafiq, Iftekhar, Hsan y Nisa (2015) quienes señalan que la depresión en pacientes con DM se asocia no solamente a una mala calidad de vida, sino que también a menor apoyo social percibido.

A partir de lo anterior se desprende que la calidad de vida puede estar actuando como factor protector en la muestra, explicándose así el bajo nivel de sintomatología depresiva observado entre los participantes.

Por otro lado, las personas que presentan un mayor nivel de adherencia al tratamiento, reportan a su vez mejor calidad de vida, existiendo una relación directa entre ambas variables y estadísticamente muy significativa, corroborando los resultados encontrados en estudios previos, en que se ha observado que los pacientes con DM2 con un mal control metabólico refieren peor calidad de vida que aquéllos con mejor control de la enfermedad (De Pablos-Velasco et al., 2014).

Dentro de las dimensiones de Calidad de Vida evaluadas en la presente investigación, se encontró una relación moderada y estadísticamente muy significativa entre Adherencia al Tratamiento y la dimensión referida al Ambiente, la cual incluye, entre otras cosas, el impacto de los recursos económicos en la calidad de vida. Lo mismo ocurre entre Adherencia y la dimensión referida al ámbito Psicológico. Además, se observó una correlación fuerte y muy significativa entre estas dos áreas de la Calidad de Vida, es decir, entre lo Ambiental y lo Psicológico.

En definitiva, quienes presentan adecuados niveles de adherencia, tienden a manifestar una percepción positiva respecto a las características de su ambiente y a su estado psicológico, lo que coincide con lo encontrado en otros estudios, donde se ha observado que la adherencia al tratamiento se asocia con diversas variables psicosociales (Walker et al., 2015). Particularmente, según de Vries et al. (2015) vivir en barrios con alta afluencia social, estabilidad residencial y en el que el nivel educacional y económico de las personas es elevado, se relaciona con mejor adherencia en DM2 que vivir en entornos sociales más precarios.

Se debe tener en cuenta, respecto a la presente investigación, que, si bien la

muestra pertenece a nivel socioeconómico bajo y medio, los pacientes reciben por parte del gobierno los medicamentos necesarios para su tratamiento (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

De la relación existente entre Adherencia al Tratamiento y el dominio de Calidad de Vida referida al ámbito Psicológico, se desprende la importancia de realizar intervenciones psicológicas en los pacientes diagnosticados con DM2, pues parece ser que si mejora la calidad de vida del paciente en cuanto a su estado psicológico, mejorará su adherencia al tratamiento. Es decir, estos resultados apoyan la idea de incluir dentro de este equipo médico al psicólogo como un miembro fundamental que puede aportar al bienestar psicológico de la persona y, por ende, al fomento de una adecuada adherencia al tratamiento.

Los resultados de este estudio ponen en evidencia el importante rol que el psicólogo puede desempeñar en el tratamiento integral de la DM2, pudiendo dirigir sus intervenciones principalmente al desarrollo de la autoeficacia y de la motivación para seguir al tratamiento, así como también, al fortalecimiento del apoyo familiar y en términos generales, al adecuado afrontamiento de la enfermedad, movilizandolos todos los recursos con que cuenta el paciente para así lograr una mayor adherencia al tratamiento.

En esta dirección van los aportes de Walker et al. (2015), quienes observaron que los factores psicosociales, como el estrés psicológico, la autoeficacia, el apoyo social, la depresión, etc., influyen en el autocuidado respecto a esta enfermedad por lo que sugieren que las variables psicológicas y sociales sean tomadas en cuenta en las intervenciones con estos pacientes a fin de facilitar el manejo de la enfermedad.

Surge la inquietud, para la realización de futuras investigaciones, respecto a la importancia de utilizar una muestra compuesta de pacientes que hayan presentado depresión previa al diagnóstico de DM, pues, probablemente, su reacción frente a esa situación, así como su adherencia al tratamiento, difiera de la encontrada en el presente estudio.

Conclusión

En la muestra estudiada de pacientes con DM2 se observó, en general, una alta adherencia al tratamiento, alta calidad de vida y baja sintomatología depresiva. La adherencia se relacionó positivamente con calidad de vida e inversamente con síntomas depresivos.

La relación entre adherencia y síntomas depresivos fue débil, aunque estadísticamente significativa, lo que podría deberse a la influencia de terceras variables que tal vez interfieren en esta relación, tales como el apoyo social y la calidad de vida.

El presente estudio resultó ser de suma relevancia, al señalar la importancia de realizar investigaciones que tengan como foco la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas como la DM2, pues son múltiples los factores que parecen intervenir en que el paciente presente una adecuada adherencia, y por ende, no

manifieste complicaciones que afecten mayormente su bienestar.

De los resultados obtenidos resalta la importancia y utilidad de incluir al psicólogo como uno más de los profesionales que puede aportar en el manejo de la DM2, buscando favorecer el estado de salud general de los pacientes.

Referencias bibliográficas

- Andrade, L. y Valenzuela, S. (2007). Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 480-486. doi: 10.1590/S0104-11692007000300018.
- Broadbent, E., Donkin, L. y Stroh, J. C. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 34(2), 338-340. doi: 10.2337/dc10-1779.
- Cova, F., Alvia, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. y Rodríguez C. (2007). Problemas de salud Mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112. doi:10.4067/S0718-48082007000200001.
- DePablos-Velasco, P., Salguero-Chaves, E., Mata-Poyo, J., DeRivas-Otero, B., García-Sánchez, R. y Viguera-Ester, P. (2014). Quality of life and satisfaction with treatment in subjects with type 2 diabetes: Results in Spain of the PANORAMA study. *Endocrinología y Nutrición*, 61(1), 18-26. doi:10.1016/j.endoen.2014.01.011
- de Vries, H.F., Wiebe, D.J., O'Donnell, A. J., Morales, K.H., Small, D.S. y Bogner, H.R. (2015). Neighborhood social environment and patterns of adherence to oral hypoglycemic agents among patients with type 2 diabetes mellitus. *Family y community Health*, 38(2), 169-179. doi: 10.1097/FCH.0000000000000069.
- Federación Internacional de Diabetes (2011). *Plan mundial contra la Diabetes 2011-2021*. Bruselas: Autor.
- Haynes, R.B. y Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kilbourne, A., Reynolds, C., Godd, C., Sereika, S., Justice, A., y Fine, M. (2005). How does depression influence diabetes medication adherence in older patients? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 202-210. doi:10.1097/00019442-200503000-00005
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Guía clínica diabetes mellitus tipo 2*. Santiago: Autor.
- Ministerio de salud de Chile (2011). *Vigilancia de Diabetes Mellitus tipo 2 en Chile. Reporte Nacional*. Obtenido de http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/Taller2011/Dia3/08_VENT_DM.pdf
- Ministerio de Salud de Chile (2013). *Panorama de Salud 2013 Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*. Obtenido de http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf
- Lin, E., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G., Oliver, M.,...Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence and preventive care. *Diabetes Care*, 27(9), 2154-2160. doi: 10.2337/diacare.27.9.2154.
- Nam, S., Chesla, C., Stotts, N.A., Kroon, L. y Janson, S.L. (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(1), 1-9. doi:10.1016/j.diabres.2011.02.002.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*: Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*: Washington, D.C: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Diabetes*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *La diabetes muestra una tendencia ascendente en las américas*. Obtenido de http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=467:la-diabetes-muestra-tendencia-ascendente-americas&Itemid=215
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24(2), 139-148. doi: 10.4067/S0718-48082011000100001.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gática, A. y Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11. doi: 10.4067/S0718-48082011000100001.
- Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., van Dam, R.M., Franco, O.H., Willett, W.C., ... Hu, F.B. (2011). Increased mortality risk in women with depression and diabetes mellitus. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 42-50. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.176.

- Shafiq, S., Iftekhhar, A., Ihsan, I. y Nisa, K. (2015). Depression as related to Quality of Life and Social Support among patients with Diabetes. *Academic Research International*, 6(2), 326-342.
- Semenkovich, K., Brown M.E., Svrakic, D.M. y Lustman, P.J. (2015). Depression in Type 2 Diabetes Mellitus: prevalence, impact, and treatment. *Drugs*, 75(6), 577-587. doi: 10.1007/s40265-015-0347-4.
- Tovar, E., Rayens, M. K., Gokun, Y. y Clark, M. (2013). Mediators of adherence among adults with comorbid diabetes and depression: the role of self-efficacy and social support. *Journal of Health Psychology*. doi: 10.1177/1359105313512514.
- Walker, R.J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B. y Egede, L.E. (2015). Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 34-40. doi:10.1016/j.pec.2014.10.002.
- Worden, W. (2010). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (2a ed.). Barcelona: Paidós.

PROCESO RELACIONAL DE GRUPO: DESARROLLOS EN EL MODELO DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

RELATIONAL GROUP PROCESS: DEVELOPMENTS IN A TRANSACTIONAL ANALYSIS MODEL OF GROUP PSYCHOTHERAPY

Richard G. Erskine, PhD

Institute for Integrative Psychotherapy, Vancouver, BC, Canada

Traducción: María Andreu Sabaté

Revisión por José M. Martínez y Ángela Pérez Burgos

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Erskine, R. G. (2015). Proceso Relacional de Grupo: Desarrollos en el Modelo de Análisis Transaccional de Psicoterapia de Grupo. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 139-159.

Resumen

Este artículo expone algunos de los principios de la Psicoterapia Relacional de Grupo. Diversos modelos han influido en el desarrollo de la Psicoterapia Relacional de Grupo: la terapia por el grupo, la terapia por interpretación, la terapia en el grupo y la terapia mediante el grupo. Se describe la dialéctica entre el modelo de la psicoterapia grupal de "retroalimentación ("feedback")" y el modelo de psicoterapia grupal "centrada en la persona" y se propone una integración de ambos.

La Psicoterapia Relacional de Grupo enfatiza el poder curativo de las relaciones entre los miembros del grupo, la importancia de la indagación fenomenológica, la sintonía afectiva, la validación, el respeto, la identificación y las necesidades relacionales de cada individuo. Las tareas del conductor del grupo incluyen la de estimular el flujo del diálogo en pleno contacto y la enseñanza sobre las necesidades humanas y las relaciones sanas.

Palabras clave: Proceso Relacional de Grupo, terapia de grupo, las relaciones de grupo, la sintonía, la confrontación, enfoque "centrado en la persona", necesidades relacionales, el respeto, la vergüenza, Eric Berne, Martin Buber, la indagación fenomenológica



Abstract:

This article portrays some of the principles of Relational Group Psychotherapy. Several models have influenced the development of relational group psychotherapy: therapy-by-the-group; therapy-by-interpretation; therapy-in-the-group; and therapy-through-the-group. The dialectic between the "feedback" and the "person-centered" trends is described and an integration of models is proposed. Relational Group Psychotherapy emphasizes the healing power of relationships among group members, the importance of phenomenological inquiry, affective attunement, validation, respect, identification, and each individual's relational-needs. The leader's tasks include stimulating the flow of contactful dialogue and to teaching about human needs and healthy relationships.

Keywords: Relational Group Process, group therapy, group relationships, attunement, confrontation, "person-centered", relational-needs, respect, shame, Eric Berne, Martin Buber, phenomenological inquiry.

En *Análisis Transaccional en Psicoterapia: una Psiquiatría Social e Individual Sistemática*, Eric Berne (1961) empieza su capítulo sobre “Terapia de Grupo” diciendo: “El Análisis Transaccional es ofrecido como un método de terapia de grupo porque es un enfoque racional, inherente a la misma situación de grupo y derivado de ella” (p.165). Él escribe que un grupo de AT es diferente de otros grupos que se basan específicamente en conceptos teóricos de un grupo como “entidad metafísica” (p.165), (como el análisis de grupo psicodinámico), o diseñados para potenciar el crecimiento (como los grupos de encuentro), o usar técnicas “oportunistas” (p.165), (como en los grupos de Terapia Gestalt).

Berne entonces continúa explicando lo que quiere decir con un enfoque racional: “El objetivo del análisis transaccional en la terapia de grupo es ayudar a cada paciente a atravesar las etapas progresivas del análisis estructural, el análisis transaccional propiamente dicho, el análisis de los juegos, y el análisis del guión, hasta que alcance el control social” (1961, p.165). La perspectiva “racional” y el enfoque estructurado de Berne tienen sentido cuando consideramos que los ejemplos de Berne en los capítulos 9 y 10 provienen de su experiencia con su “grupo de mujeres límites (borderline)” o de los pacientes hospitalizados descritos en el capítulo 15 (David Kuffer, comunicación personal, 16 de Septiembre de 1969). La comprensión racional y el control social son objetivos terapéuticos iniciales esenciales con esta población de pacientes.

Eric Berne (1961) proporcionó una base conceptual para el enfoque transacción-por-transacción en terapia de grupo. Describió cómo utilizaba la terapia-por-interpretación (therapy-by-interpretation) para analizar las transacciones actuales de cada miembro del grupo, para identificar patrones del guión de vida y para proporcionar alternativas a los juegos psicológicos. Los escritos de Berne sobre la psicoterapia de grupo también ilustran un modelo específico y muy útil de terapia a través de las interacciones de los miembros del grupo entre sí. Los métodos centrales en la Terapia de grupo que hacía Berne fueron sus explicaciones de las transacciones complementarias, cruzadas y ulteriores y sus interpretaciones basadas en la teoría sobre los estados del yo que participan en los juegos, la transferencia y los guiones de vida. La eficacia terapéutica de Berne como psicoterapeuta de grupo parece radicar en su integración de dos modelos de psicoterapia de grupo: la terapia mediante el grupo (therapy-through-the-group) y la terapia por interpretación (therapy-by-interpretation).

Lo que yo encuentro significativo en la afirmación inicial de Berne es la frase “enfoque inherente a la misma situación de grupo y derivado de ella”. Esta intrigante frase me ha llevado a experimentar con una serie de maneras de utilizar el poder curativo y potenciador del crecimiento que es “inherente” a una situación de grupo segura y eficaz. He buscado modelos de psicoterapia de grupo que sean efectivos para clientes que sufren de estrés prolongado, negligencias acumulativas, trauma agudo y/o humillaciones repetidas. Este artículo está escrito para exponer diversas influencias, experimentos y descubrimientos en la búsqueda de esa experiencia

terapéutica “inherente” al grupo, potenciadora del crecimiento, y el desarrollo de un modelo de terapia Analítico Transaccional mediante un Proceso de grupo Relacional.

Evolución de la Psicoterapia de Grupo

La historia de la evolución de la Psicoterapia de grupo es una larga y fascinante historia constituida por muchas contribuciones, conceptos y modelos (Bion, 1989; Rutand y Stone, 1993; Yalom, 1995; Ormont, 2003). Los anales tanto de *The American Group Psychotherapy Association* (La Asociación Americana de Psicoterapia de Grupo) como de *The International Group Psychotherapy Association* (La Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo) están repletos de ejemplos ricos del uso efectivo de varios modelos. Más que describir una historia detallada de las contribuciones de diferentes modelos y teorías de la psicoterapia de grupo, me gustaría describir sólo algunos modelos de psicoterapia de grupo que han influido en mi práctica profesional como Analista Transaccional. Estos modelos pueden describirse como *terapia por el grupo*, *terapia por interpretación*, *terapia mediante el grupo* y *terapia en el grupo*. Mi experimentación y aplicación de estos diferentes modelos en psicoterapia, educación y en consultoría de organizaciones ha influido el desarrollo de un modelo integrado: *Proceso Relacional de Grupo*.

Terapia “por” el grupo (“Therapy-by-the-group”): en los años 30 Alcohólicos Anónimos (AA) empezó como un grupo sin líder. AA se basa en la teoría de que el alcoholismo es una enfermedad y que los individuos necesitan el apoyo del grupo para parar de beber. El programa de los Doce Pasos da forma a los métodos grupales; cada aspecto del grupo está determinado por uno de los doce pasos. Se anima a los miembros a practicar uno de los doce pasos diariamente y a contar su historia en los encuentros, a menudo una y otra vez, mientras los miembros escuchan respetuosamente. AA es un ejemplo principal de *terapia por el grupo*.

A principios de los años 70 Hobart Mowrer amplió el ámbito de aplicación del modelo de Alcohólicos Anónimos para incluir el tratamiento de grupo de la depresión y la ansiedad. Además de subrayar la honestidad y la responsabilidad, enfatizó igualmente la integridad y la implicación personal de cada miembro del grupo en ayudar a los otros miembros a cumplir con el programa de los doce pasos (1972). Aunque los Grupos de Integridad de Mowrer fueron originalmente diseñados para el tratamiento de la depresión y ansiedad agudas, sus ideas y métodos también fueron usados en la terapia de grupo con población general adulta.

Durante dos períodos académicos el Dr. Mowrer y yo co-dirigimos un grupo de estudiantes universitarios graduados en el que experimentamos el uso de una combinación de los conceptos de los Grupos de Integridad con la enseñanza de la teoría del Análisis Transaccional. Cada semana el grupo de dos horas de duración comenzaba con una introducción a un concepto del AT de 20 minutos, como los Estados del Yo, las transacciones cruzadas y ulteriores, las caricias, el OK-corril, la estructuración del tiempo, los juegos o el guión. Aunque yo enseñaba a los grupos una considerable cantidad de teoría de AT, no usábamos la interpretación como

hacia Berne. En su lugar, hacíamos uso de un modelo de terapia por el grupo para explorar como el AT y los conceptos de AA podían ser usados en la vida de los miembros del grupo para potenciar el sentido de honestidad, responsabilidad e integridad de cada persona.

En 1945 en la Universidad de Chicago, Carl Rogers y Robert Neville desarrollaron la Terapia de Grupo no directiva para tratar la neurosis de guerra. Esta forma de terapia por el grupo, influida por el trabajo de Harry Stack Sullivan, enfatizaba un proceso democrático de igualdad y animaba a los miembros del grupo a compartir entre sí sus historias y emociones traumáticas. Los traumas de guerra sanaban al contarse mutuamente sus historias una y otra vez, a la vez que recibían una respuesta empática (Robert Neville, comunicación personal, 20 de Septiembre de 1967). En una terapia de grupo no-directiva, el rol del líder es el de modelar la empatía, la congruencia y una consideración positiva incondicional hacia los miembros del grupo. El líder no realiza interpretaciones. La terapia en un grupo no-directivo no se basa en una teoría de la motivación, de la personalidad o de la psicopatología, sino en la idea que las personas necesitan ser auténticas unas con otras en lo relativo a sus experiencias emocionales (Rogers, 1951, 1961). En mis primeros dos años como psicoterapeuta de grupo usé exclusivamente este modelo. A lo largo de los años he vuelto a menudo a él cuando ocurría que la vergüenza era un tema central, cuando el poder de la empatía y la identidad de los miembros del grupo eran esenciales para la curación del trauma y la negligencia en la crianza, o cuando me pareció que otros modelos eran demasiado deterministas.

La Terapia por interpretación (Therapy-by-interpretation): Los tipos de grupo antes descritos son diferentes de manera singular en los principios, métodos y tareas del terapeuta respecto a las terapias de grupo psicoanalíticas que subrayan la importancia de la interpretación del terapeuta. En los años 50 se iniciaron varios tipos de grupos psicoanalíticos bajo la influencia inicial de Wilfred Bion en la Clínica Tavistock de Inglaterra. La tarea del analista era la de interpretar el comportamiento de los miembros del grupo según las premisas teóricas de varios autores psicoanalíticos (particularmente Sigmund Freud, Anna Freud y Melanie Klein) y los supuestos básicos propuestos por Bion (1970). Los miembros del grupo eran alentados a hablar entre ellos y se suponía que, en el curso de una discusión de grupo, cada miembro revelaría su transferencia y psicopatología infantiles a través de sus interacciones dentro del grupo.

El líder sólo hablaba para realizar interpretaciones autoritarias basadas en la teoría psicoanalítica sobre las motivaciones patológicas de los miembros del grupo sobre la base de su comportamiento (a menudo en los últimos minutos de cada sesión). Por ejemplo, las interpretaciones del comportamiento de un individuo podían ser atribuidas a una agresividad no resuelta, a envidia, atracción sexual edípica o a una transferencia infantil que se revelaban comportamentalmente bajo la forma de dependencia, de una respuesta de lucha o huida, o de emparejamiento y unidad (Banet y Hayden, 1997). En los grupos psicoanalíticos, la autoridad de la

teoría parece prevalecer, en ocasiones, por encima de la experiencia fenomenológica de los miembros del grupo.

En mi experimentación con el modelo de terapia por interpretación he comprobado que el uso de la interpretación autoritaria puede tener el efecto positivo de estimular la reflexión de los miembros del grupo sobre sus motivaciones, comportamientos y transferencia. Esto incluso puede producir algunos cambios adaptativos en el comportamiento. No obstante, tales interpretaciones determinadas por la teoría pueden también tener un efecto negativo ya que pueden estar bastante distantes de la experiencia subjetiva del cliente (siendo por tanto no muy útiles), a menudo avergonzando algunos miembros, y pueden también provocar que otros miembros se retraigan o se adapten a alguna expectativa teórica o norma. En mi práctica me he abstenido del uso de un modelo de terapia-por-la interpretación y me he centrado en cambio en una comprensión inter-subjetiva de las motivaciones, los afectos, y comportamientos de cada cliente, así como en una comprensión co-constructiva entre los miembros del grupo sobre sus relaciones interpersonales.

Los años 60 fueron una época rica para el desarrollo de la terapia de grupo. Surgieron tres tendencias, a menudo superpuestas, que se influyeron mutuamente: terapia por interpretación, terapia en grupo y terapia mediante el grupo. Durante esta época, Eric Berne hizo uso de un modelo psicoanalítico modificado para analizar las transacciones de los miembros del grupo en orden a determinar cuáles eran transferenciales y cuáles no. Se centró principalmente en las transferencias entre los miembros del grupo que finalizaban en juegos psicológicos y reforzaban sus Guiones de vida. Un claro ejemplo del uso activo de Berne de la Teoría del AT en la terapia de grupo viene representado en su descripción de su “grupo semanal de madres de niños con trastornos” en el Atascadero State Hospital (Berne, 1961, p.176).

A diferencia de los terapeutas de grupo de base psicoanalítica de su tiempo, Berne se mantenía activo en las discusiones de grupo haciendo explicaciones, confrontaciones e interpretaciones basadas en su teoría (Berne, 1966) durante el proceso, en vez de esperar hasta el final como en la mayoría de los grupos psicoanalíticos. Aunque estaba activo en el proceso de grupo y fomentaba una sensación de igualdad implicando a los miembros del grupo en hacer contratos para el cambio conductual y en hablar directamente entre ellos, “Sus métodos principales eran la explicación, la confrontación y la interpretación” (Barbara Rosenfeld, comunicación personal, 18 de Noviembre de 1976).

Aunque Berne no hacía interpretaciones basadas en el psicoanálisis sobre las motivaciones patológicas de los individuos (se centró en cambio en las transacciones entre los miembros del grupo), tanto los grupos de Análisis Transaccional de Berne como los Grupos Psicoanalíticos pueden ser vistos como ejemplos de Terapia a través de la Interpretación.

Terapia en el grupo (Therapy-in-the-group): También a lo largo de los años 60 Fritz Perls desarrolló un modelo de Terapia-en-el-grupo. En este modelo el

psicoterapeuta realizaba psicoterapia individual dentro del grupo mientras los miembros del grupo observaban la terapia individual. Los miembros del grupo participaban tanto vicariamente como a través de palabras de apoyo al final del trabajo, pero había poca interacción de grupo. El psicoterapeuta era altamente directivo en la psicoterapia individual animando al cliente a realizar experimentos psicológicos, a expresarse y a explorar experiencias emocionales inconclusas.

Los Grupos de Terapia Gestalt de Perls introdujeron por vez primera el concepto de *Terapia en el grupo* y tuvieron una gran influencia en cómo el Análisis Transaccional y otras formas de terapia de grupo se llevaron a cabo durante los años 70. El uso del modelo de *Terapia en grupo* del Análisis Transaccional se encuentra claramente ilustrado en *Changing Lives Through Redecision Therapy* (Goulding y Goulding, 1979) y en *Psicoterapia Integrativa en acción* (Erskine y Moursund, 1988/2011). Yo he usado a menudo este tipo de métodos individualizados de *terapia en el grupo*, sobre todo en los maratones de terapia, para estimular un cambio profundo en el Guión de Vida del cliente. Los miembros del grupo se benefician por identificación y por medio de la discusión grupal al final del trabajo. Sin embargo, en un grupo de este tipo hay una escasez de contacto interpersonal a menos que el psicoterapeuta fomente la interacción de todo el grupo después de la terapia individual.

Terapia mediante o a través del grupo (Therapy-through-the-group): Otra tendencia de los años 60 fue influenciada por la emergencia de los Grupos de Encuentro que ponían énfasis en el crecimiento interpersonal y en el desarrollo del potencial humano (Egan, 1970). Los Grupos de Encuentro comenzaron como una forma de entrenamiento en relaciones humanas y no fueron propuestos originalmente como una forma de psicoterapia. Con el tiempo, el modelo de crecimiento interpersonal fue utilizado en diversos contextos clínicos como una forma de terapia a través del grupo.

La teoría de los Grupos de Encuentro estaba basada en un modelo cibernético según el cual todos nos influimos mutuamente en una mirada de formas. Esta teoría se articula en torno a la noción de que el comportamiento de una persona en el grupo influye directamente en el comportamiento de los demás componentes. Todos nosotros nos influimos constantemente tanto consciente como inconscientemente.

Los Grupos de Encuentro pretendían que los diversos miembros del grupo describieran el comportamiento de los demás y la forma en que ese comportamiento les afectaba. Cada miembro del grupo era alentado a dar información retroactiva (“feedback”) a otros miembros del grupo y a verbalizar y ser muy confrontativo, incluso agresivo, al describir su comportamiento. La confrontación directa era vista como una forma de autenticidad. Tanto el comportamiento de un individuo como su posible falta de expresión emocional eran entendidos como su “problema” (un problema a resolver a través de la interacción grupal). La teoría se basaba en la idea de que las personas están a menudo desconectados de sí mismas y necesitan un encuentro intenso con los otros para llegar a ser más auténticas (Egan, 1971).

Desafortunadamente, la falta de respeto que a menudo se daba durante la retroalimentación (“feedback”) y un marcado énfasis en el cambio conductual hicieron a estos grupos avergonzar y traumatizar a algunos participantes. No eran apropiados para clientes que hubieran sufrido negligencia en su desarrollo o traumas agudos.

Por mi parte he experimentado a menudo con el uso de diádas, pequeños grupos, y con ejercicios de encuentro para todo el Grupo (así como con el movimiento físico, la danza y las representaciones psicodramáticas) con el objeto de facilitar a los clientes el descubrimiento de su propio potencial y para aumentar su conocimiento sobre la forma en que hacen impacto en los demás. He encontrado que es esencial cuando se utiliza este modelo de terapia-a través-del-grupo que el psicoterapeuta mantenga un entorno de protección que comunique claramente el respeto a la singularidad de cada persona.

La Retroalimentación (“Feedback”) y la Dialéctica Centrada en la Persona

Sobre los años 80 muchos psicoterapeutas de grupo fueron influidos de algún modo por la variedad de modelos que he descrito previamente. Experimentaron en diferentes direcciones con las relaciones interpersonales y la psicoterapia grupal. Yo también me vi influido por los modelos anteriores y traté de encontrar una modalidad de psicoterapia de grupo que fuera efectiva para cambiar los patrones relacionales de los Guiones de Vida de mis clientes. Busqué un modelo de terapia de grupo que fuera relacional y co-constructivo (uno que usara plenamente el potencial terapéutico “intrínseco” a los procesos interactivos de los miembros del grupo). Experimenté usando el Análisis Transaccional con dos estilos de psicoterapia grupal: el abordaje que se centra en la *retroalimentación* (“feedback”) y el *centrado en la persona*. Estas dos tendencias reflejan desarrollos importantes en la psicoterapia de grupo y representan polos opuestos en un continuum de *terapia mediante el grupo* (*therapy-through-the group*).

En la misma línea, Kapur y Miller (1987) presentaron un estudio de investigación comparando los factores terapéuticos centrales en Análisis Transaccional y en la terapia psicodinámica. Este estudio de investigación describe como “los clínicos de AT ponían un fuerte énfasis en animar a los pacientes a ganar mayor introspección (“insight”) sobre los motivos de su comportamiento” pero poco en la interacción de grupo (p.298). En cambio, los terapeutas de grupo psicodinámicos enfatizaban un proceso de grupo que facilitara la universalidad, el altruismo y la cohesión. El objetivo de los terapeutas de grupo psicodinámicos era “entretejer al grupo y proporcionar esto como la base terapéutica para el cambio personal” (p.299). Kapur y Miller conjeturan que la alta valoración de la retroalimentación (“feedback”) interpersonal en los grupos de AT puede explicar el bajo nivel de altruismo en estos grupos en comparación con los grupos psicodinámicos. En la conclusión de este artículo de investigación los autores sugieren que los terapeutas de grupo de AT integren procedimientos que “fomenten la cohesión del grupo y la universalidad variando las técnicas terapéuticas, descentralizando el liderazgo y

promoviendo la libre interacción entre los miembros del grupo” (p.299).

Muchos de los grupos de psicoterapia de Análisis Transaccional actuales y otros orientados teóricamente a la psicoterapia de grupo emplean un enfoque “de retroalimentación” para facilitar la interacción grupal. Aunque un enfoque como este es interactivo, también a menudo refleja la perspectiva teórica del líder o la opinión de una persona particular o un conjunto de personas. Se alienta la franqueza y el ser directos. El énfasis se pone en la perspectiva del que habla (una perspectiva que es considerada de buena fe y más importante que escuchar y aprender de la otra persona). La intención terapéutica de la retroalimentación (“feedback”) es influir y modificar los comportamientos y patrones relacionales de los miembros del grupo determinados por su Guión. El mensaje social es “Esta es la forma en que tú me afectas”. El énfasis está en el cambio.

La confrontación por parte del líder del grupo o de un miembro a otro del grupo se considera esencial para el proceso de terapia. El ser directo es entendido a menudo como una expresión de la autenticidad del que habla y de la “realidad de cómo yo te veo”. En un grupo orientado a la retroalimentación (“feedback”) el foco está en la percepción de cada uno de los miembros y en la interpretación del comportamiento de los otros miembros del grupo. La retroalimentación (“feedback”) puede que no describa con precisión la experiencia interna y subjetiva del individuo sino como otros miembros del grupo lo perciben. La franqueza es a menudo fomentada en este tipo de grupos. Es definida como hablar siendo congruente con los propios sentimientos, interpretaciones y opiniones sobre el comportamiento de los otros miembros del grupo. Por ejemplo, un miembro del grupo puede describir o interpretar a otro con una declaración como “Estás enfadado y retraído... tu siempre te sientes superior”.

Teóricamente, la ventaja del modelo de “la retroalimentación (“feedback”)” es que es efectivo en ofrecer la perspectiva y opinión del líder del grupo o de un miembro hacia otro. Cuando un miembro del grupo hace un pronunciamiento como el descrito anteriormente, se espera que el miembro del grupo que lo recibe responda como si el interlocutor inicial esté describiendo la realidad o la única verdad (Banet y Hayden, 1997). La auto-reflexión en la línea con la confrontación es alentada; hablar de la propia experiencia subjetiva puede ser definido como “estar a la defensiva” (Bion, 1989).

Entre las desventajas de un grupo orientado a la retroalimentación (“feedback”) se encuentra el hecho de la poca atención que reciben los procesos internos del individuo (como el miedo, la vergüenza, la incertidumbre, etc.) que pueden manifestarse con expresiones que aparentemente son de ira, retraimiento o con un comportamiento de superioridad. Un grupo que se basa en el uso frecuente de un modelo de retroalimentación (“feedback”) puede cambiar el comportamiento de Guión de sus miembros, pero también puede aumentar el sentimiento de vergüenza de éstos y de no ser comprendido dentro del grupo. En lugar de invitar a la conexión inter-subjetiva y al crecimiento interpersonal real, el enfoque de “retroalimentación

(“feedback”)” puede desencadenar sumisión o retraimiento.

En cambio, un grupo de psicoterapia centrado en la persona se ocupa de cómo las experiencias subjetivas de cada miembro se manifiestan en el grupo (Rogers, 1961). Pone el énfasis terapéutico en el proceso fenomenológico de cada individuo y en la importancia de compartir la propia experiencia subjetiva con alguien que escuche con interés e implicación (Snygg y Combs, 1949). En un grupo centrado en la persona la propia perspectiva personal, opinión o interpretación es vista como inadecuada para comprender cada una de las otras personas en el grupo. Por lo tanto, hay un énfasis en la indagación, comprensión y sintonía con la experiencia interna del otro –una resonancia con su afecto, su perspectiva personal y con la forma en que da sentido a las cosas. Se basa en la siguiente asunción por parte del líder y de cada miembro del grupo: “no sé nada del proceso interno del otro; mi observación e interpretación no son suficientes para entender la experiencia de otra persona”.

Uno de los principios de un grupo centrado en la persona es aprender a ver y experimentar al otro como él o ella se experimenta a sí mismo, adentrarse vicariamente en la experiencia subjetiva del otro. Para conocer al otro se considera esencial escuchar cuidadosamente e indagar respetuosamente (Rogers, 1971). Se da una importancia central a la empatía con las historias de los otros miembros del grupo y la sintonía con los afectos, ritmo y modo de pensar de los demás. La confrontación generalmente no forma parte de estos grupos centrados en la persona. Desde este enfoque de terapia de grupo se asume que cuando las personas se experimentan siendo verdaderamente comprendidas, sin interpretación o ridículo, su nivel de estrés y vergüenza disminuye y se pueden expresar más libremente y resolver problemas psicológicos (Bozarth, 1986).

Una de las desventajas de este modelo es que puede poner demasiado énfasis en la experiencia subjetiva y la importancia de la empatía. Puede no prestar suficiente atención a los efectos de la conducta de un miembro del grupo sobre los demás. Al hacer hincapié en la experiencia interna, subjetiva, de cada miembro, un grupo de este estilo puede pasar por alto el dar la debida atención a comportamientos tales como: el efecto de las transacciones cruzadas, proyecciones e interpretaciones erróneas, el impacto que un miembro puede tener en otro, o las dimensiones conductuales de los Guiones de Vida. Otra desventaja es que los miembros del grupo pueden mostrarse “amables” entre sí en lugar de expresar auténticamente lo que perciben. Cuando el grupo es “amable”, los aspectos significativos de los comportamientos de Guión de sus miembros pueden no recibir nunca atención terapéutica ni una oportunidad para la resolución.

Mi propia práctica de la terapia de grupo viene influida por un deseo profesional de resolver la dialéctica entre el uso de un enfoque basado en la retroalimentación (“feedback”) y otro centrado en la persona. A lo largo de mi carrera como psicoterapeuta de grupo he experimentado para combinar estas dos perspectivas a una síntesis que sea terapéuticamente efectiva. Los clientes necesitan un enfoque terapéutico que incluya los elementos centrales tanto del enfoque

terapéutico de retroalimentación (“feedback”) como del centrado en la persona. Una síntesis así provee el entorno terapéutico en el cual los clientes pueden aprender a: renunciar a los viejos patrones de los Guiones de Vida, involucrarse de manera consistente en transacciones complementarias, vivir una vida libre de reacciones tempranas de supervivencia y de introyecciones parentales, evitar juegos psicológicos, ser conscientes de uno mismo, los otros y el entorno, y tener una vida rica en intimidad. Pienso que la solución a la polémica entre estas dos perspectivas se encuentra en la integración hábil de los dos modos de conducir una terapia de grupo. El objetivo es desarrollar una terapia efectiva que sea co-constructiva y relacional –una terapia que sea verdaderamente “inherente” al grupo.

Proceso Relacional de Grupo.

El Proceso Relacional de Grupo enfatiza el contacto interpersonal transacción a transacción, los procesos de relación intersubjetivos, y la influencia recíproca y mutua de cada uno de los miembros del grupo en los otros. Tanto el foco del terapeuta como el de los miembros del grupo se encuentra en la interacción entre el momento presente y la emergencia de patrones relacionales inconscientes que pueden ser una expresión de experiencias arcaicas. Los miembros del grupo aprenden a relacionarse entre ellos a través del reconocimiento, la indagación fenomenológica, la validación y la normalización. La curación de la ansiedad, la depresión, las negligencias acumulativas y el trauma se vuelve posible a través de las relaciones de cuidado y en pleno contacto de los miembros del grupo, que atienden a la experiencia subjetiva y necesidades relacionales de cada persona (Erskine, Moursund y Trautmann, 1999). El Proceso Relacional de Grupo es la implementación del “*I and Thou*” (“Yo y Vos”) de la filosofía de Martin Buber (1958).

Las tareas del terapeuta: Cuando utilizo un modelo de Proceso Relacional de Grupo mi propósito es combinar lo mejor del modelo de “retroalimentación (feedback)” y del modelo centrado en la persona. Una de las responsabilidades del líder es alentar a todos los miembros del grupo a atender a la experiencia fenomenológica de cada persona y participar activamente proporcionando respuestas respetuosas. Un punto focal importante de la terapia es la creación de una experiencia inter-subjetiva en la que cada miembro se implique plenamente con cada uno de los otros.

A menudo empiezo un Proceso Relacional de Grupo poniendo el acento en enseñar la importancia de una misión co-construida dentro del grupo. Esto se logra animando a los miembros del grupo a ser empáticos, escuchar, indagar y a resonar con los demás. Los miembros del grupo aprenden, y con suerte aprecian, el punto de vista y los sentimientos de los otros. Se alienta a los miembros del grupo a ser receptivos y a hablar acerca de sus percepciones, sentimientos y reacciones entre ellos.

Cuando los miembros del grupo están en sintonía con el afecto y las necesi-

dades relacionales de los demás y son respetuosos en sus transacciones mutuas, la calidad de la retroalimentación (“feedback”) que proporcionan se convierte en un activo valioso para promover el crecimiento de cada persona. Un grupo orientado a lo relacional que sea eficaz incluirá por supuesto algo de retroalimentación (“feedback”): “Así es como te veo”. Sin embargo, en un grupo conducido con eficacia la retroalimentación (“feedback”) se da en sintonía con los afectos del otro y respetuosamente. Este respeto se basa en la conciencia de que las observaciones formuladas pueden no describir con precisión la experiencia del otro. Es en la integración tanto del modelo de trabajo centrado en la persona como del modelo de “retroalimentación (“feedback”)” como se crea un “Nosotros” viable, una experiencia compartida, más que solamente una perspectiva de “Tú” o “Yo”.

Este proceso recíproco de implicación respetuosa hacia los puntos de vista de los otros miembros del grupo permite a todos elaborar y enriquecer la expresión de sus propias experiencias. La Psicoterapia Relacional de Grupo proporciona a cada miembro del grupo una oportunidad para expresarse, ser comprendido, para crecer en un vínculo emocional, para desarrollar la propia identidad única y para expresar la propia integridad.

El terapeuta tiene diversas tareas incluyendo: presentar los principios y las prácticas que validan la individualidad e importancia de cada persona y las múltiples relaciones en el grupo, proporcionando un sentido de cohesión, continuidad y estabilidad, y el de animar a los miembros del grupo a cuestionar y retar sus creencias, fantasías y comportamientos. El diálogo terapéutico es construido en la honestidad, responsabilidad, integridad y gentileza. Decir la verdad sobre uno mismo y cómo cada persona siente a los otros miembros del grupo (y al líder) es una característica importante del Proceso Relacional de Grupo.

El Proceso Relacional de Grupo efectivo ofrece a menudo un contraste entre las experiencias relacionales actuales de la persona y sus procesos psicológicos internos relativos a memorias implícitas y procedimentales, conclusiones y creencias de Guión, proyecciones y expectativas, y sus formas de auto-regulación arcaicas y maduras. Este hecho enfatiza la importancia de una indagación fenomenológica, de las necesidades relacionales de cada miembro del grupo y del poder reparador del interés genuino y la implicación de las personas.

Otra tarea del líder es enseñar y enfatizar la importancia de una escucha activa, del reconocimiento y la normalización. Esta no es una normalización que aplaque o minimice la importancia de un problema. Es una normalización que reconoce como normal la función psicológica de los afectos, fantasías, los procesos de autoprotección, las creencias de guión y los modos de afrontamiento de la persona —una manera normal de auto-estabilización en un contexto familiar o escolar histórico estresante, negligente o traumatizante.

El Proceso Relacional de Grupo saca al psicoterapeuta del rol de interpretar y de la posición de trabajar individualmente con cada persona; el centro de atención del líder está en facilitar las relaciones entre los miembros del grupo. El líder se

centra en enseñar sobre las necesidades y las relaciones humanas, y en orientar y facilitar relaciones de implicación entre los miembros del grupo. La imagen que utilizo para un Psicoterapeuta Relacional de Grupo es la de un director de orquesta que mantiene el ritmo, ajusta el volumen, indica los gestos a los diversos músicos, cuándo han de tocar sus solos, y facilita a la orquesta tocar en armonía unos con otros.

Las relaciones reparadoras en grupos se basan en una implicación cuidadosa y en un trabajo conjunto orientado al beneficio común del bienestar de los miembros. Otra tarea del psicoterapeuta de grupo es facilitar a los miembros del grupo la indagación de la experiencia fenomenológica de cada uno de los otros miembros y llegar a quienes no participan activamente o que pueden ser reacios a hablar de lo que están sintiendo. Una ilustración de esto ocurrió en una sesión de grupo donde Charles habló sobre el estrés que sintió durante la dolorosa y prolongada enfermedad y, finalmente la muerte, de un querido amigo suyo. Su duelo fue intenso. Más tarde agradeció tanto a los miembros del grupo como al psicoterapeuta su estímulo y apoyo para que hablara sobre un asunto del que se había mostrado reacio a hablar. Charles continuó describiendo el alivio que sintió después de hablar y llorar sobre su dolor con el grupo. Habló con cada uno de los miembros del grupo acerca de cómo su dolor se había transformado en un sentimiento de agradecimiento por el enriquecimiento que supuso esa amistad en su vida.

Con el apoyo del líder del grupo, Charles se interesó entonces por las experiencias de otras dos personas que no habían hablado y habían sufrido recientemente la muerte de seres queridos. Ambos dijeron que les resultaba difícil hablar de la muerte y sus relaciones perdidas a causa del temor a sentirse abrumadas por una intensa tristeza, pero al ser testigos de la historia llena de emoción de Charles, fueron capaces de expresar algo de su propio dolor. Esto condujo a todo el grupo a hablar sobre la importancia de las conexiones interpersonales, las pérdidas, la tristeza, y cómo todos tenían una historia de distracción de la intensidad de sus sentimientos. Una tarea importante del psicoterapeuta de grupo es la de orquestar la consciencia de los miembros del grupo sobre sus propias necesidades relacionales mientras son respetuosos y responsivos a las necesidades de los otros.

En esta situación me pareció más apropiado animar a Charles a indagar sobre las experiencias de esos dos miembros del grupo. Me basé en la empatía e identificación que existía entre ellos tres y quise fortalecer los lazos entre ellos. También estaba centrado en establecer un modelo de implicación dentro del grupo. Con otros clientes puedo ser yo quien inicie la indagación, en vez de persuadir a un miembro del grupo para que lo haga. El que yo muestre o no mi interés por la experiencia emocional de alguien depende de la calidad de la conexión que esa persona tenga con los otros miembros del grupo y/o la necesidad de la persona de confiar en mí. Con otra persona pudiera indagar sobre su experiencia fenomenológica cuando está silenciosa, la importancia del silencio, y/o la calidad de la seguridad que

necesita.

En un Proceso Relacional de Grupo busco establecer un marco cultural en el cual cada miembro estará implicado activamente con los otros participantes en el grupo sin perder su propia individualidad. Cada intervención terapéutica se basa en una evaluación de las necesidades relacionales de cada persona y del grupo en su conjunto hecha en una fracción de segundo. En la situación descrita anteriormente los dos miembros del grupo no necesitaban ningún estímulo para expresar su duelo silente; necesitaban que otra persona familiarizada con el sufrimiento llegara a ellos, les preguntara por sus sentimientos y mostrara interés en su historia. La universalidad, la cohesión, el altruismo y la intimidad se crean a través de transacciones gentiles y respetuosas como éstas.

Principios del modelo: Un principio rector de la Psicoterapia Relacional de Grupo es el respeto por la experiencia fenomenológica de cada persona. A través de una consideración positiva, la comprensión, la amabilidad y la compasión, cada miembro del grupo establece una relación interpersonal que proporciona afirmación de la singularidad e integridad del otro. La integridad se define mejor con las palabras de Shakespeare's: "*Sé fiel a ti mismo, y a eso seguirá, como la noche al día, que no podrás ser entonces falso para nadie*" (Hamlet: acto 1, escena 3).

El contacto interpersonal entre los miembros del grupo es el contexto terapéutico en el que cada persona explora sus sentimientos, necesidades, recuerdos y percepciones. Esto no quiere decir que en un Proceso Relacional de Grupo se trate sólo de ser "agradable y superficial" entre unos y otros. Por el contrario, cuando realmente nos comprometemos en usar lo mejor de un modelo de retroalimentación ("feedback"), esto puede implicar discusiones incómodas, desafíos al punto de vista de la otra persona o confrontaciones a sus comportamientos. A través de la integración del modelo de retroalimentación ("feedback") y del modelo centrado en la persona, la discusión, el reto o la confrontación hechos con honestidad y respeto a la perspectiva del otro, de una manera no-humillante, a menudo construyen la confianza en la relación y fomentan la integridad.

La confrontación, cuando se usa en un Proceso Relacional de Grupo, es hecha con sensibilidad hacia la vergüenza potencial que puede causar y con la consciencia de una posible retraumatización. Como psicoterapeuta de grupo animo a los miembros de éste a pedir el consentimiento de la persona antes de hacerle una confrontación, como por ejemplo "Tengo algo que decirte que puede ser incómodo. ¿Quieres oírlo y hablar de tus reacciones?". También guío a los miembros del grupo a implicarse en una indagación fenomenológica y relacional después de una confrontación: "¿Cómo experimentaste lo que te han dicho?", "¿Qué sentido le das a que te lo haya dicho ahora y no antes?", "¿Es posible que te haya malinterpretado y no haya entendido tu experiencia?". Cuando se acompaña la confrontación con una indagación cortés y respetuosa sobre la calidad actual de la relación interpersonal, la posibilidad de sentir vergüenza disminuye; la integridad se ve reforzada para cada persona involucrada en el intercambio.

La confrontación en psicoterapia de grupo es sólo útil cuando la persona que la recibe experimenta a la persona que hace la confrontación como estando “involucrado en mi bienestar”. Si falta ese sentido de conexión interpersonal y colaboración, entonces la confrontación crea un conflicto interpersonal. El resultado puede ser la resistencia y el resentimiento, así como la interrupción de la alianza de trabajo con el grupo. Por lo tanto, es esencial que el psicoterapeuta de grupo desarrolle una cultura centrada en lo relacional dentro del mismo –una cultura que fomente la sintonía, la comprensión, la aceptación y la implicación interpersonal entre los miembros.

Una cultura centrada en lo relacional se consigue mediante el modelado y la enseñanza que hace el terapeuta para el grupo sobre el contacto interpersonal y el respeto, centrando la atención de los miembros del grupo en las propias necesidades relacionales y en las de los otros, explorando posibles rupturas en la relación entre los miembros y fomentando la implicación de los miembros del grupo en la resolución de malentendidos. En cualquier grupo de terapia las confrontaciones entre los miembros del grupo se dan inevitablemente. El terapeuta eficaz hace uso de las percepciones de todo el grupo para trabajar con las personas involucradas, con la persona que hace la confrontación para descubrir las motivaciones subyacentes a la confrontación y con la persona que recibe la confrontación para explorar sus sentimientos, asociaciones y reacciones auto-protectoras. Un grupo desarrolla cohesión e intimidad en la medida en que se funda en la experiencia; entonces, las confrontaciones entre los miembros del grupo pueden darse con sensibilidad, respeto e indagación. Los modelos tradicionales de retroalimentación (“feedback”) y centrado en la persona son incompatibles si son usados de manera intercambiable y prematura. La confrontación sólo puede ser integrada de manera efectiva en un Proceso Relacional de Grupo cuando se ha establecido confianza mutua y un propósito compartido.

En un grupo de terapia centrado en lo relacional, no es sólo el terapeuta el que apoya, indaga y anima a los miembros del grupo para expresar lo que están sintiendo y pensando. La indagación y empatía de los miembros del grupo entre sí, y su estímulo mutuo para que todos sean escuchados, pueden constituir importantes transacciones de apoyo psicológico cuando expresan una experiencia similar de pérdida, estrés, negligencia o trauma. En un grupo conducido con eficacia ocurren de manera sinérgica diversos elementos:

- Los miembros del grupo hablan de sus experiencias, percepciones y afectos de manera auténtica.
- Otros miembros del grupo se escuchan plenamente unos a otros y piensan como las percepciones de los otros individuos se asemejan o diferencian con las suyas propias.
- Nuevas experiencias emergen –experiencias comunes que son singularmente diferentes a las que cada individuo ha conocido con anterioridad.
- Surgen nuevos puntos de vista, cambian las creencias de Guión y se producen

experiencias emocionales nuevas a medida que los recuerdos relacionales antiguos se contraponen con lo que está ocurriendo relacionamente en el grupo.

Estas nuevas experiencias son únicas simultáneamente en los ámbitos individual y relacional. Al crear una experiencia compartida el grupo construye un lugar que no pertenece de manera exclusiva a nadie en particular, y sin embargo, pertenece a todos y a cada uno –un lugar creativo de relación.

El proceso terapéutico: la Psicoterapia Relacional de Grupo a menudo empieza con el reconocimiento de las necesidades y sentimientos de cada persona. El líder frecuentemente animará al grupo a centrarse en la necesidad de seguridad de cada persona –la libertad de ser “como son” sin crítica, ridiculización o humillación. Uno de los primeros pasos en la curación del estrés, de las negligencias acumulativas y en la resolución del trauma es que cada persona tenga la seguridad de que no será avergonzado en el grupo. Esto suele ir acompañado del estímulo a los miembros del grupo para hablar de experiencias humillantes pasadas y la forma en que fueron heridos, enojados o permanecen temerosos en un grupo.

A menudo se invita a los miembros del grupo a recordar experiencias con carga emocional en las que no se sintieron seguros. Procuramos crear un espacio seguro en el que los miembros del grupo pueden compartir sus fantasías, atender las sensaciones corporales y describir las interrupciones relacionales específicas que han ocurrido en la familia, con amigos o en la escuela. Es importante destacar que creamos la calidad en las relaciones dentro del grupo que facilita a sus miembros hablar sobre cómo se las arreglaron con el miedo, la ira, las interrupciones relacionales, la negligencia en la infancia, las rupturas afectivas o con experiencias traumáticas. El objetivo es ayudar tanto a la persona involucrada como a los miembros del grupo a comprender cómo las memorias implícitas y las formas arcaicas de relación pueden ser recreadas nuevamente dentro del grupo, en sus familias y en su vida cotidiana. El grupo ofrece un lugar seguro en el que los participantes pueden experimentar con nuevos comportamientos, actitudes y relaciones. El foco a menudo se desplaza de lo que la persona necesitó de los otros significativos en la situaciones originales de formación del Guión a lo que la persona necesita en la actualidad de cada uno de los miembros del grupo. Esta conversación puede moverse de un miembro del grupo a otro con el énfasis en el tipo de seguridad y de relación interpersonal que cada uno necesita del otro.

Por ejemplo, en un grupo que se había reunido durante varias sesiones, la conversación entre sus miembros parecía tornarse superficial. Me sentía desalentado al ver que diversos miembros del grupo evitaban cualquier tema con carga emocional. Algunos de ellos repetían viejas historias, unos pocos parecían avergonzados, mientras que un par de personas sólo hablaban de acontecimientos actuales –todos ellos evitaban hablar sobre las experiencias que formaron su Guión en la infancia temprana. Después de una de esas sesiones me sentí muy preocupado por la ausencia de expresión emocional o contacto interpersonal en el grupo. Me sentí avergonzado de mi pobre trabajo terapéutico en el grupo y busqué supervisión con

una colega. Ella me recordó la investigación que yo había hecho sobre la vergüenza. Me di cuenta de que nunca nadie en el grupo había hablado de la vergüenza, aunque la mayoría de los miembros del grupo estaban mostrando síntomas de una vergüenza debilitante. Cada persona, incluyéndome a mí, estaba viviendo su sufrimiento en silencio (Erskine, 1994/1997).

Empecé la siguiente sesión exponiendo que nadie había usado la palabra “vergüenza” en nuestras sesiones anteriores. Describí mi sensación de vergüenza cuando me di cuenta que no estaba realizando un trabajo competente. Expresé mi temor ante su posible ridiculización. Mi discurso sobre la “vergüenza” obtuvo como respuesta varios minutos de silencio. Luego cada uno de los miembros del grupo habló de su propia vergüenza y la forma en la que con frecuencia se sentían debilitados por su sensación de que “algo está mal en mí”. Durante las siguientes sesiones el grupo entero habló sobre cómo fueron culpados o humillados en la escuela, en grupos anteriores y en sus familias. Estas conversaciones llevaron a los miembros del grupo a darse cuenta de cómo todos necesitaban seguridad en el grupo y la oportunidad de expresarse a sí mismos sin ser ridiculizados. Entonces se comprometieron mutuamente a que no hubiera transacciones humillantes y a que, si este tipo de transacciones se dieran inadvertidamente, el grupo resolvería el conflicto. La cultura del grupo cambió a medida que cada uno habló sobre experiencias humillantes, sobre cómo pensaban que los otros podían rechazarlos “si supieran” y sobre recuerdos dolorosos de su infancia que anteriormente habían permanecido en secreto para el grupo. Este se vivificó. Se convirtió en un lugar de conexión interpersonal y de curación.

A menudo el debate sobre la seguridad suele conducir a que alguien exprese su necesidad de ser validado y confirmado por parte de los otros miembros del grupo. Mucha gente ha tenido la experiencia en relaciones previas de que su comportamiento o su forma de dar sentido a las cosas han sido descontados, ignorados o de algún modo no validados. La falta de validación es a menudo vergonzante y se suma al estrés. Cuando encontramos valor en lo que el otro está diciendo le proporcionamos validación.

Como mencioné antes, una tarea importante de la Psicoterapia Relacional de Grupo es suministrar a cada miembro una sensación de validación. Un ejemplo de ello: de manera frecuente un miembro del grupo puede decir algo muy emotivo y los otros se mantienen en silencio. Esto es a menudo porque los miembros del grupo creen que están siendo respetuosos. Sin embargo, la persona que ha hablado experimenta a menudo la respuesta silenciosa como una falta de validación de los propios sentimientos o del sentido de sí misma. La persona puede empezar a dudar de sí misma y de lo que está diciendo; esto puede dar lugar a estrés interno, vergüenza y retraimiento. Es responsabilidad del líder identificar estos momentos en el grupo en que se da una falta de validación y animar a los participantes a hablar de lo que están sintiendo en respuesta a la persona. Esta responsividad basada en el sentir suministra una validación indispensable.

Cada uno de nosotros necesita depender de otros que sean estables, confiables y protectores. El grupo de psicoterapia puede satisfacer esta necesidad cuando sus miembros respetan de manera consistente los afectos, fantasías y el proceso de auto-protección de cada persona. El grupo ejerce una función protectora cuando existe un lugar seguro y la sintonía y la implicación necesaria para entender la expresión emocional o las memorias implícitas que un miembro del mismo está experimentando. En algunos momentos de nuestra vida todos nosotros necesitamos confiar en otros para obtener comprensión, apoyo y guía. Un grupo en contacto pleno interpersonal ofrece esa función relacional importante. En algunos grupos identifico el significado de la historia, en su mayor parte inconsciente, que un miembro del grupo está re-actuando con su comportamiento y la importancia de la paciencia y la aceptación por parte de los miembros del grupo como una forma de proporcionar estabilidad y fiabilidad.

Todos nosotros tenemos la necesidad de ver confirmadas nuestras experiencias personales. La confirmación se produce cuando dialogamos con alguien que nos entiende porque ha tenido una experiencia similar. El líder del grupo está pendiente y alienta a los miembros del grupo a hablar sobre la forma en que se identifican con lo que una persona está diciendo que pudiera ser similar a su propia experiencia. Con frecuencia, la conversación fluye entonces entre varios miembros del grupo que van contribuyendo con la singularidad de su propia experiencia. Es al compartir sus experiencias cuando las personas dejan de sentirse solas y de preocuparse por si son raras o están locas. Las experiencias compartidas son un importante antídoto para la vergüenza y suponen una importante reducción del estrés. La cohesión del grupo y la sensación de pertenencia y universalidad de sus miembros aumentan cuando las experiencias personales de éstos son confirmadas.

El terapeuta de grupo, además de estimular a que los miembros del grupo compartan entre sí experiencias similares, apoya a cada persona en el grupo para que exprese su singularidad. La gente tiene la necesidad de conocer y expresar su propia autodefinición, individualidad y diferencia, a la vez que se recibe reconocimiento y aceptación por parte de los otros miembros del grupo. La autodefinición es la comunicación de la identidad elegida por uno mismo a través de la expresión de las preferencias, intereses e ideas sin humillación o rechazo. El Psicoterapeuta Relacional de Grupo alienta en cada persona la expresión de su identidad e integridad y la normalización por parte del grupo de la necesidad de auto-definición de todos. En algunas situaciones familiares y escolares los intentos de autodefinición del niño fueron ridiculizados o castigados. Cuando se frustra la autodefinición, la tensión interna aumenta y se pierde el sentido de uno mismo. Un líder de grupo efectivo facilita que cada individuo defina su Self en relación con los demás.

Todo el mundo tiene la necesidad de hacer un impacto en aquellos con quienes está involucrado. La necesidad de hacer impacto empieza con el primer llanto del bebé y perdura a lo largo de la vida. El sentimiento de competencia que tiene un individuo en una relación surge al atraer la atención y el interés del otro, al influir

sobre los temas de los que hablar, y al modificar las emociones o la conducta del otro. La sintonía con la necesidad de hacer impacto por parte de un miembro del grupo se produce cuando los otros miembros se permiten ser impactados emocionalmente por él y responder compasivamente cuando el que habla está triste, proporcionar seguridad cuando tiene miedo, tomarle en serio cuando está enfadado y estar entusiasmados cuando está alegre.

Muchas personas en el grupo necesitan que los otros inicien el contacto, que los demás lleguen a ellos de una manera que reconozcan su presencia y demuestren su importancia en la relación. El psicoterapeuta de grupo modela cómo iniciar el contacto, explica la importancia de entablar contacto y alienta a los miembros a tomar la iniciativa entre ellos. Muy a menudo las personas no se atreven a entablar contacto porque piensan que pueden ser invasivos o salvadores, o recuerdan normas de la escuela que prohibían a los niños hablar entre ellos durante la clase. La iniciativa que los miembros del grupo toman entre sí a menudo reduce el estrés en el grupo o la sensación de estar solos. Por ejemplo, un miembro del grupo puede decir a otro: “Me he dado cuenta de que has estado en silencio durante un rato. Me gustaría saber lo que estás experimentando”. Esta iniciativa es una invitación a implicarse conjuntamente en el proceso terapéutico.

La necesidad de expresar agradecimiento, gratitud o dar afecto es importante en las relaciones humanas. Cuando los miembros del grupo proveen un sentimiento de seguridad, validación, estabilidad y fiabilidad, una experiencia compartida, una oportunidad para la auto-definición y para hacer impacto, y muestran iniciativa entre sí, los individuos suelen estar agradecidos y quieren expresar su afecto. El líder de grupo efectivo facilita a los miembros la expresión de su agradecimiento y gratitud. Periódicamente, celebramos los logros y éxitos de los miembros del grupo.

Conclusión

En mis años de experimentación con la psicoterapia de grupo he descubierto que un grupo basado en estos principios del Proceso Relacional de Grupo es un medio efectivo de comunicar los conceptos del Análisis Transaccional. Es a través de la progresión de la confianza, la relación compartida, la validación, la fiabilidad y seguridad consistentes y la respuesta continuada a las necesidades relacionales de cada individuo que la capacidad curativa y el poder potenciador del desarrollo que son “inherentes” al grupo se actualiza en las vidas de sus componentes. Esta implicación respetuosa del grupo pone fin a la sensación de vergüenza de sus miembros, repara las negligencias acumuladas a lo largo del desarrollo, disuelve el estrés crónico y cura el trauma.

El desarrollo de este modelo de terapia de grupo no ha finalizado; sigue siendo un experimento activo. Debe perfeccionarse continuamente de acuerdo a la composición única de cada grupo, en respuesta a las necesidades relacionales específicas de sus miembros, en función del contexto cultural de cada grupo y a través de los valores y las habilidades del líder del grupo.

Mientras escribo este artículo siento curiosidad pensando en qué otros aspectos de este modelo están aún por desarrollar: ¿Hay formas más eficientes y eficaces para resolver problemas de la terapia de grupo tales como la diferenciación, la inclusión, la pasividad, la competición, la envidia o la confluencia? ¿Cuál es el equilibrio adecuado entre la atención del terapeuta hacia aspectos de Guión de un miembro individual y los procesos en curso del grupo? ¿Cuándo es apropiado incluir métodos experienciales, regresión guiada, terapia corporal y/o terapia de redecisión dentro de un grupo centrado en lo relacional? ¿Cuáles son los efectos a corto y largo plazo de ser miembro de un grupo centrado en lo relacional? Hay un gran número de posibilidades de investigación. Por favor, únense a mí en la experimentación de los diversos aspectos del Proceso Relacional de Grupo como una forma de aplicar las teorías del Análisis Transaccional en psicoterapia de grupo.

Nota Editorial:

Este artículo apareció publicado en Transactional Analysis Journal, Vol. 43, No. 4, pp. 262-275, October 2013, *Transactional Analysis Journal*, 43, (4), 262-275, October 2013.

Agradecemos el permiso de la International Transactional Analysis Association. © ITAA, para su publicación.

Nota del autor:

Un agradecimiento especial a los miembros de los Seminarios de Desarrollo Profesional del Instituto de Psicoterapia Integrativa por su contribución en el desarrollo y perfeccionamiento de Proceso Relacional de Grupo.

Referencias bibliográficas

- Banet, A.G. y Hayden.C. (1997). A Tavistock Primer. In J.E. Jones y W. Pfeiffer (Eds), *The 1997 Annual Handbook for group facilitators*. La Jolla, California: University Associates.
- Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. Nueva York: Grove Press.
- Berne, E. (1966). *Principles of group treatment*. Nueva York: Grove Press.
- Bion, W.R. ((1970). *Attention and interpretation: scientific approach to insight in psychoanalysis and groups*. Nueva York: Basic Books.
- Bion,W.R. (1989). *Experiences in groups*. Londres: Tavistock Routledge.
- Bozarth, J.D.(1986). The basic encounter group: An alternative view. *The Journal for Specialists in Group Work*, 11(4):228-232.
- Buber, M. (1958). *I and thou*. (R.G.Smith,Trans.). Nueva York: Scribner. (Original work published 1923).
- Egan, G. (1970). *Encounter: Groups for interpersonal growth*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Egan, G. (1971). *Encounter groups: Basic Readings*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Erskine, R.G. (1994/1997). Shame and self-righteousness: Transactional Analysis perspectives and clinical interventions. In: R. G. Erskine (Ed) *Theories and methods of an integrative Transaction Analysis: A volume of selected articles* (pp. 46-67). San Francisco: TA Press. (Original work published 1994. *Transactional Analysis Journal*, 24, 86-102).
- Erskine, R.G. y Morusund, J.P. (1988/2011). *Integrative psychotherapy in action*. Londres: Karnac Books. (Trabajo original publicado en 1988 por Sage, Newbury Park, CA).

- Erskine, R.G. Morusund, J.P. y Trautmann, R.L. (1999). *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. NY: Burnner/Mazel.
- Goulding, M.M. y Goulding, R.L. (1979). *Changing lives through redecision therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Kapur, R. y Miller, K. (1987). A comparison between therapeutic factors in TA and psychodynamic therapy groups. *Transactional Analysis Journal*, 17:294-300.
- Mowrer, O.H. (1972). Integrity groups: principles and procedures. *The Counseling Psychologist*, 3:7-33.
- Ormont, L. (2003). *Group psychotherapy*. Nueva York: Jason Aronson.
- Perls, F.S. (1967). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.
- Perls, F.S. (1973). *The Gestalt approach and eyewitness to therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Rogers, C. R. (1951). *Client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person*. Nueva York: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1970). *On encounter groups*. Nueva York: Harrow Books.
- Shakespeare, W. (1982). *Hamlet. The Arden Shakespeare*. (Ed)H.Jenkins). NY: Methven.
- Snygg, D. y Combs, A. W. (1949). *Individual behaviour: a new frame of reference for psychology*. Nueva York: Harper.
- Rutan, J.S. y Stone, W.N. (1993). *Psychodynamic group psychotherapy (2nd ed.)*. Nueva York: Guilford.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.

APLICACIÓN DE EMDR EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA TRAUMÁTICA: REPLICACIÓN CON DOS ESTUDIOS DE CASO

APPLICATION OF EMDR IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH TRAUMATIC SYMPTOMS: REPLICATION WITH TWO CASE STUDIES

Idoia Zorrilla Larrainzar

Miguel A. Santed Germán

José M. Reales Avilés

Universidad Nacional de Educación a Distancia. UNED. Madrid-España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Zorrilla Larrainzar, I., Santed Germán, M. A. y Reales Avilés, J. M. (2015). Aplicación de EMDR en el Tratamiento de Pacientes con Sintomatología Traumática: Replicación con dos Estudios de Caso. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 161-178.

Resumen

En este trabajo se informa de dos diseños de caso único con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) para estudiar la eficacia de la técnica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) en su modalidad auditiva en la recuperación de recuerdos, mediante las diferencias en su número, y si concurre una reducción de los síntomas disociativos y traumáticos después de aplicada ésta. Se utilizan dos diseños de series temporales de reversión A-B-A-A. El procedimiento de investigación se ha basado en el análisis de medidas repetidas así como en los patrones de cambio (nivel, ausencia o presencia de tendencia y tipo de tendencia). El análisis visual y estadístico de los resultados muestra que se produjo un aumento en la recuperación de recuerdos traumáticos, junto con una reducción de la sintomatología disociativa y traumática.

Palabras clave: TEPT, EMDR, recuerdos, diseño de caso único.

Abstract

In this paper we perform two single-case designs diagnosed with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) to study the effectiveness of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) auditory modality in the recovering of memories, by the differences in its number, and whether that condition is a reduction of traumatic and dissociative symptoms after application treatment. We used two time series designs A-B-A-A reversal. The investigation procedure was based on repeated measures analysis and exchange patterns (level, presence or absence of trend and type of trend). The visual and statistical analysis of the results shows that there was an increase in the recovery of traumatic memories, along with a reduction in dissociative and traumatic symptomatology.

Keywords: PTSD, EMDR, memories, single-case design.

Fecha de recepción: 15/6/2015 Fecha de aceptación: 26/6/2015

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: idzola@cop.es

Dirección postal: C/Alfonso el Batallador nº2-Oficina 7. C. P. 31007 Pamplona Navarra.

© 2015 Revista de Psicoterapia



Las personas que han estado expuestas a un suceso traumático pueden desarrollar Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2002). Los síntomas desarrollados pueden ser agrupados en tres categorías: reexperimentación persistente de la experiencia traumática en forma de recuerdos (imágenes, pensamientos o percepciones); evitación de los estímulos asociados al trauma (incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma) junto con embotamiento y falta de capacidad general de respuesta y por último, síntomas persistentes de hiperactivación. Actualmente se enfatiza la respuesta de la persona frente al acontecimiento traumático más que a la gravedad de éste como en anteriores clasificaciones (DSM-III; APA, 1980). En el actual DSM-5 (APA, 2013), se divide el criterio C en: evitación de recuerdos dolorosos, pensamientos o sentimientos relacionados con el evento y recordatorios externos (personas, actividades y situaciones). Se detalla además para el criterio D, alteraciones negativas en las cogniciones y estado de ánimo asociados con el suceso traumático, evidenciado en la incapacidad para recordar un aspecto traumático del suceso (amnesia disociativa).

Se especifica en esta última edición, un subtipo de TEPT con destacados síntomas disociativos (despersonalización/desrealización). El individuo satisface los criterios diagnósticos para el TEPT y, además, experimenta síntomas persistentes o recurrentes de: *despersonalización*, como experiencias de sentirse separado de, y como si uno es un observador, fuera de los propios procesos mentales o del cuerpo (por ejemplo, la sensación como si uno está en un sueño, sensación de irrealidad del yo o el cuerpo, o que el tiempo se mueve lentamente); *desrealización*, como experiencias de irrealidad en su entorno (por ejemplo, el mundo alrededor de la persona se experimenta como irreal, distante, de ensueño, o distorsionado). (Para una consulta detallada ir a: <http://www.dsm5.org>).

Entre la sintomatología del TEPT encontramos una falta de asimilación e integración de las experiencias que ha generado el suceso traumático, lo que provoca que éstas sean revividas continuamente (Van der Kolk y Fisler, 1995). Los síntomas disociativos son un elemento característico de la respuesta psicopatológica del trauma a largo plazo y son los fenómenos disociativos los predictores más importantes de la sintomatología postraumática crónica (Engelhard, Van den Hout, Kindt, Arntz y Schouten, 2003). La disociación durante el trauma explicaría la reexperimentación involuntaria del acontecimiento traumático (Van der Kolk y Fisler, 1995). Estos recuerdos parecen fragmentados y desorganizados en pacientes con TEPT. La investigación ha demostrado que una disminución en la fragmentación de los recuerdos se ve reflejada en una disminución de los síntomas postraumáticos (Foa, Keane y Friedman, 2000).

La técnica EMDR ha sido descrita como un método psicoterapéutico que acelera el procesamiento de la información y facilita la integración de los recuerdos traumáticos (Shapiro, 2002, 2007; Van der Kolk et al., 1996). Reconocida como “*eficaz*” en el tratamiento del Estrés Postraumático (Bisson y Andrew, 2007;

Bradley, Greene, Russ, Dutra, y Westen, 2005; Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009; Hertlein y Ricci, 2004; Maxfield y Hyer, 2002). Según el modelo teórico propuesto (Solomon y Shapiro, 2008), el Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), los síntomas presentes son el resultado de experiencias previas no procesadas y almacenadas de forma disfuncional. El EMDR implicaría la trasmutación de tales experiencias, a través de la activación del sistema intrínseco de procesamiento de la información del cerebro, en resoluciones adaptativas. El modelo PAI postula la existencia de un sistema de procesamiento de la información que asimila las nuevas experiencias en las redes de memoria ya existentes. La literatura respecto del uso del EMDR en el procesamiento de recuerdos traumáticos en pacientes con disociación (Chemtob, Tolin, Van der Kolk y Pitman, 2000) señala que los efectos beneficiosos del EMDR en este tipo de pacientes requiere una planificación por fases del tratamiento como parte del protocolo EMDR. De esta manera, el protocolo estándar EMDR (8 fases) ha de ser modificado en su uso con pacientes con disociación de acuerdo a los principios del tratamiento con trauma fraccionado (Knipe, 2008; Lazrove y Fine, 1996). En este trabajo se ha llevado a cabo un protocolo modificado de EMDR para pacientes con disociación (Lazrove y Fine, 1996).

En el presente artículo se realiza una replicación de un trabajo anterior (en prensa), para contrastar en dos sujetos diferentes y con un seguimiento más amplio (tres años), los resultados obtenidos en el primero. Una de las características de los diseños $N=1$ es la medición continuada en el tiempo, de forma que los efectos de la manipulación de las variables estudiadas se replican dentro del propio sujeto, siendo éste su propio control experimental. Una forma de incrementar la validez externa en este tipo de diseños, ya que su generalización es escasa, es realizar repeticiones en otros sujetos.

Analizaremos si la técnica EMDR, en su modalidad auditiva, aumenta la recuperación de recuerdos traumáticos y ordinarios (no traumáticos), realizando un acercamiento fraccionado a los recuerdos que sirvan de dianas en sesiones separadas, de manera que éstos lleguen a estar menos cargados emocionalmente y así permitir que la evitación a los estímulos traumáticos existente en estos individuos con TEPT quede reducida o desaparezca. Esta reducción en la evitación permitiría recuperar otras características del recuerdo traumático que ayudarán a la integración completa de esas vivencias, reflejándose en una disminución de los síntomas disociativos.

Método

Participantes

Se han empleado dos diseños $N=1$. A continuación se describen las características demográficas y socioeconómicas de los sujetos y sus patologías (DSM-IV-TR, APA, 2002):

- Sujeto 1: mujer de 42 años, con estudios de grado medio, funcionaria, casada y madre de dos hijos, con un nivel socio económico medio. Presenta las siguientes patologías: Trastorno Depresivo mayor (F33.4) crónico moderado sin síntomas psicóticos, en remisión parcial; Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1) (309.81) crónico, demorado; Abuso Físico (T 74.1) (V61.21) y Negligencia en la Infancia (T 74.0) (V61.21) en el Eje I, junto con un Trastorno de la Personalidad no Especificado (F60.9) (301.9) en el Eje II.

- Sujeto 2: mujer de 43 años, con estudios de grado superior, funcionaria, casada y madre de dos hijos, con un nivel socioeconómico medio. Diagnosticada al inicio del tratamiento de: Trastorno Dismórfico Corporal (F45.2) (300.7); Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1) (309.81) crónico, demorado; Abuso Físico (T 74.1) (V61.21) y Negligencia en la Infancia (T 74.0) (V61.21) en el Eje I y un Trastorno de la Personalidad no especificado (F60.9) (301.9) en el Eje II [Tr. de la Personalidad Compulsiva Rígida, nivel paranoide (DSM-III-TR, APA, 1987)].

Variables

Las variables dependientes (VD's) utilizadas en este trabajo fueron el número de recuerdos ordinarios, esto es, cualquier recuerdo de su vida, y los recuerdos traumáticos operativizados mediante auto-registros que las pacientes completaban fuera de las sesiones clínicas. Se ha definido "recuerdo" como una unidad de memoria compuesta de situación y acciones encadenadas, junto con las emociones y sensaciones asociadas a esa unidad. Además, se midieron los síntomas disociativos y traumáticos, a través de distintos instrumentos aplicados antes de la intervención y después de ésta, así como en el seguimiento realizado tres años después. Dichos instrumentos se describen posteriormente. La variable independiente (VI) utilizada, es la presencia o ausencia de protocolo de intervención EMDR (modalidad auditiva).

Instrumentos

Para estudiar el nivel de recuerdo de las participantes se han utilizado auto-registros que permiten evaluar, por una parte, el número de recuerdos y, por otra, si se trata de recuerdos ordinarios (no traumáticos) ó traumáticos. El número de años registrados ha sido en cada caso, la edad de cada sujeto, desde su año de nacimiento hasta su edad actual, reflejándose la edad que tenían cada año y un apartado en blanco que completaron con recuerdos tanto ordinarios como traumáticos.

Para medir el nivel de disociación se ha utilizado la escala DES (*Escala de Experiencias Disociativas*) (Bernstein y Putnam, 1986, versión española de Icarán, Colom, y Orenge, 1996) al tratarse de una de las escalas más utilizadas en investigación disociativa con excelentes propiedades psicométricas (Bernstein y Putnam, 1986; Bleich, Kotler, Kutz y Shalev, 2002; Waller, Putman y Carlson, 1996). En este trabajo también se ha utilizado una versión abreviada del DES, el DES-Taxon (DES-T), a partir de las puntuaciones alcanzadas en ocho preguntas del

DES que permiten clasificar a los individuos que puntúan alto en ellas como una categoría que presentan disociación patológica. Las puntuaciones en el DES-*T* y en el DES fueron comparadas en once muestras clínicas y no clínicas. Los autores (Waller, Putman y Carlson, 1996), concluyen que el DES-*T* es una medida sensible de la disociación patológica y psicométricamente consistente para la evaluación de los fenómenos disociativos patológicos (Spitzer, Frevberger, Brähler, Beutel y Stieglitz, 2015).

Se ha utilizado la Entrevista Clínica Estructurada para los Desórdenes Disociativos Revisada (SCID-D-R), (Steinberg, 1995) que permite diagnosticar los cinco trastornos disociativos del DSM-IV-TR (APA, 2002). El SCID-D-R posee excelentes propiedades psicométricas (Steinberg, 2000).

Para examinar el nivel de síntomas traumáticos se ha utilizado la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT), (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa, 1997, 1998). Se trata de una entrevista estructurada utilizada para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1995) en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Dispone de 17 ítems que se contestan en un formato de escala tipo *Likert* de cero a tres según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Las propiedades psicométricas de la escala son asimismo muy satisfactorias (Echeburúa et al., 1997).

Diseño y Procedimiento

Para este trabajo empleamos un diseño experimental de caso único ($N=1$) replicado en dos sujetos diferentes. Se trata de dos diseños de series temporales de reversión A-B-A-A. El procedimiento se ha basado en el análisis de medidas repetidas y en los patrones de cambio (nivel, presencia o ausencia de tendencia y tipo de tendencia). Este diseño ha sido elegido como instrumento de investigación dentro del proceso terapéutico de cada sujeto para examinar y realizar inferencias sobre las relaciones de causalidad entre las variables dependientes (nº de recuerdos ordinarios y traumáticos, nivel de disociación y trauma) y la intervención con EMDR.

Se recogieron varias medidas de las VD's: número de recuerdos ordinarios (no traumáticos) y traumáticos, tanto antes de la intervención, para establecer la línea base, como al finalizar cada intervención (EMDR) y en el seguimiento a tres años.

Las dos pacientes de cada diseño $N=1$ completaron un listado de recuerdos por cada año de su biografía, cada día durante diez días, para establecer la línea base (LB) de sus recuerdos en referencia a los sucesos traumáticos antes de iniciar el tratamiento. El objetivo del auto-registro de recuerdos fue determinar qué recordaba el paciente y cómo lo recordaba. Aunque estadísticamente no podamos comparar los recuerdos ordinarios con los recuerdos traumáticos por tratarse de un diseño $N=1$, clínicamente el número de recuerdos ordinarios nos ayuda a establecer una referencia cuantitativa. De tal forma podemos observar, si a medida que avanza el

tratamiento se produce una emergencia gradual de los contenidos traumáticos como propone Shapiro (2002). Además, como medida pre-tratamiento, completaron el DES para medir su nivel disociativo, el SCID-D-R para determinar la medida de sus manifestaciones disociativas y la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT, para establecer el nivel de gravedad del trauma.

Según el protocolo utilizado (para una descripción detallada véase Lazrove y Fine, 1996), la fase de *estabilización* y reducción de síntomas antecede al inicio de la *identificación y desensibilización* del material traumático. A continuación, se estructura la terapia enfocada en el trauma a aspectos específicos únicos, como dianas o “*targets*” en sesiones separadas, sin pretender, como es habitual en el protocolo estándar de EMDR, identificar y desensibilizar cualquier asociación que se produzca con el evento traumático; se consigue de esta manera, que los recuerdos lleguen a estar menos cargados emocionalmente y así, permitir que la evitación fóbica que los pacientes presentan a cualquier estímulo (interno o externo) relacionado con el trauma quede reducida o desaparezca. Antes de iniciar el tratamiento mediante la técnica EMDR se les entrenó en técnicas de “enraizamiento” (lugar seguro interno) (Kluft, 1989; Linehan, 1993). En dicha técnica, se le pide al sujeto que cierre los ojos y visualice un lugar seguro, real o imaginario, en el presente o en el pasado. Con esa imagen, se le pide que abra los ojos y siga los dedos del terapeuta. Se realiza un set de movimientos oculares de entre 30 y 60 segundos, para instalar ese lugar como seguro. A continuación, se le pide que perciba la información que está recibiendo, qué siente. Si el paciente contesta que se siente tranquilo y seguro, se indica que ése es, su “lugar seguro” y que puede volver a él cuando lo necesite dentro de la sesión. Una vez establecidas, se recuerdan dichas técnicas antes del inicio de cada sesión.

Las pacientes acudían una vez a la semana a consulta durante tres meses consecutivos. Se aplicaba el protocolo EMDR modificado para pacientes disociativos. La duración de las sesiones oscilaba entre 60 y 90 minutos. Al finalizar cada intervención se les entregaba un auto-registro a completar en casa y lo entregaban al inicio de la sesión siguiente. Una vez finalizada la intervención, se volvieron a pasar los mismos instrumentos que utilizaron en el pre-test para medir el nivel disociativo y traumático (DES, SCID-D-R y EGS- TEPT) y, con una periodicidad semanal, se realizó el seguimiento, en el cual las sujetos completaban la lista de recuerdos que entregaban semanalmente, durante tres semanas consecutivas. Trascurridos tres años de la intervención, se volvieron a tomar medidas en todos los instrumentos disociativos y traumáticos utilizados, junto con siete mediciones más del número de recuerdos.

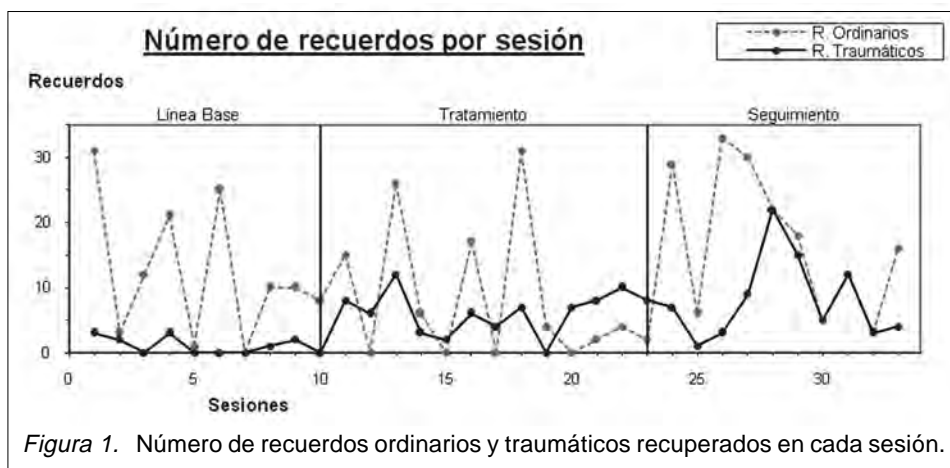
Resultados

Caso 1:

Hemos realizado el análisis visual de resultados junto con el análisis estadístico. Se detallan a continuación.

Análisis Visual de los Resultados

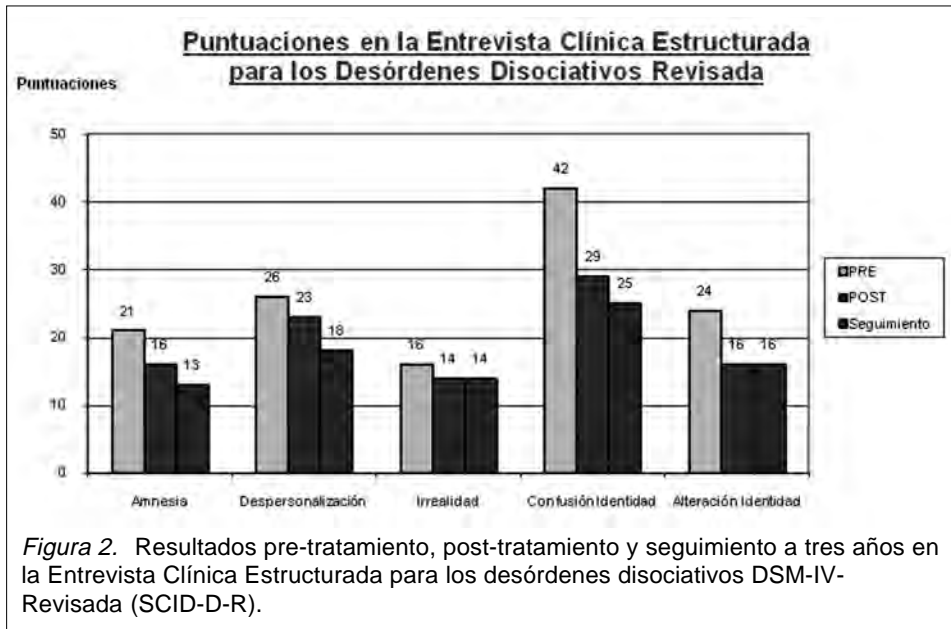
Se representan gráficamente (véase la Figura 1) los resultados obtenidos por la primera sujeto experimental (Caso 1, $N=1$) en referencia al número de recuerdos nuevos recuperados en cada sesión.



En todas las mediciones observadas se encuentra una recuperación de recuerdos ordinarios (línea discontinua) abrupta, en el sentido de que no es paulatina y gradual, sino que presenta importantes desigualdades entre medición y medición en todas las fases. Respecto de la recuperación de los recuerdos traumáticos (línea continua), observamos que éstos son menos desiguales en todas las fases observadas. Durante las diez primeras mediciones (LB) los recuerdos traumáticos apenas se recordaban; al pasar a la fase de intervención con la técnica EMDR (a partir de la sesión nº 11), los recuerdos traumáticos se ven progresivamente incrementados y en el seguimiento, parecen incluso aumentar.

En la Figura 2 se representan, las puntuaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y las obtenidas en el seguimiento a tres años desde la intervención en la Entrevista Clínica Estructurada para los Desórdenes Disociativos del DSM-IV Revisada (SCID-D-R).

Queda reflejada una importante reducción de todos los síntomas disociativos que mide el test. Los resultados en la Escala de Experiencias Disociativas (DES) mostraron un descenso en la subescala “ensimismamiento y fuga a la fantasía” (desde 30 en el pre test hasta 14.44 en el post test y, continúa descendiendo hasta



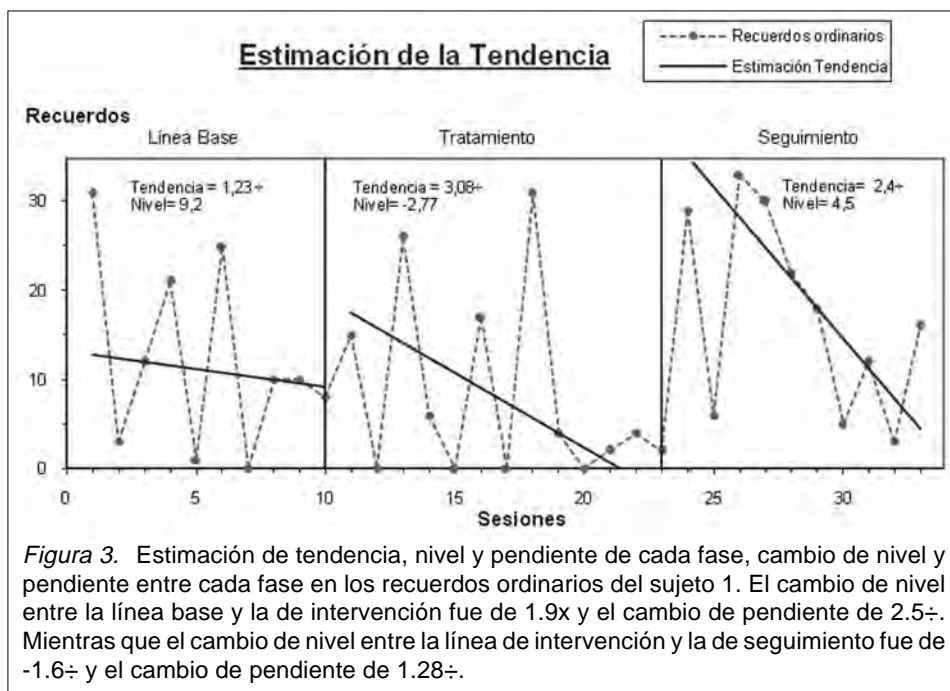
12.22 en el seguimiento). Mientras que en las restantes subescalas (disociación amnésica y despersonalización-desrealización) existe una reducción que, aunque menos importante que la mencionada, continúa durante la fase de seguimiento a tres años, hasta puntuar cero en ambas.

En cuanto a los síntomas postraumáticos estudiados a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT), encontramos resultados semejantes a los anteriores. Nuevamente se detecta un descenso generalizado en todas las subescalas del test. Dicha reducción es más significativa en las subescalas “manifestaciones somáticas” (pre test =18; post test = 14; seguimiento=7) y “evitación” (pre test =16; post test =9; seguimiento=6). Resultando la puntuación global de la escala en: pre test=34; post test= 21; seguimiento= 15.

Hemos obtenido una estimación de la tendencia (*split middle*) que refleja visualmente la “tasa de cambio” ó “línea de aceleración” predecible en la variable número de recuerdos ordinarios (véase la Figura 3).

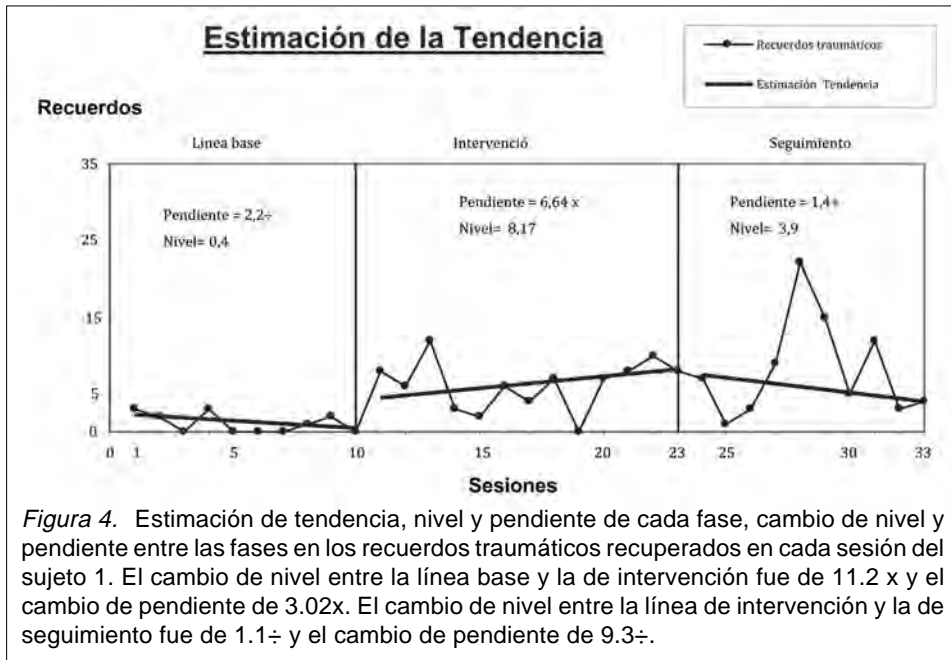
Se ha dibujado la línea que deja por debajo y por encima de sí el 50% de las observaciones (Arнау Gras, 1984; Barlow y Hersen, 1988; White, 1974). Nuestros resultados mostraron que el nivel de la fase de línea base fue de $n_{10} = 9.2$, el de intervención $n_{23} = -2.77$ y el nivel de seguimiento $n_{33} = 4.5$.

Se ha realizado el cálculo numérico del nivel y la pendiente de los datos de cada fase, así como el *cambio de nivel* y el *cambio de pendiente* entre las fases base e intervención, y entre intervención y seguimiento para realizar una inferencia acerca de la efectividad de la intervención sobre el número de recuerdos comparando todas las fases. La estimación del “cambio de nivel” entre la fase base y la intervención,



arroja una razón de (1.9 x) y expresa en qué medida es más alta la intersección de las diferentes líneas de aceleración. Se ha realizado la misma comparación entre las fases de intervención y seguimiento obteniendo una razón de (-12.67 x).

De igual manera, para analizar el “cambio de pendiente” entre dos fases, se divide la pendiente más grande por la más pequeña, a no ser que las pendientes presenten direcciones opuestas, en cuyo caso se multiplican. El cambio de pendiente entre la línea base y la fase de intervención fue (3.08: 1.23= 2.5 ÷). El cambio de nivel y de pendiente recoge y sintetiza el cambio de nivel entre las fases. En referencia al “cambio de pendiente” entre las fases de intervención y seguimiento el cálculo realizado consistió en dividir la pendiente de mayor magnitud (3.08), entre la de menor magnitud (2.4). Debido a que en este caso, las pendientes entre ambas fases presentaban direcciones opuestas, se han multiplicado sus valores, obteniendo una razón de (1.28÷). Como se puede apreciar en la Figura 3 la pendiente en la fase de línea base es ligeramente decreciente lo que conlleva el predecir una disminución progresiva en la recuperación de recuerdos ordinarios si continuamos realizando observaciones y todo se mantiene igual. Esta tendencia se incrementa al realizar la intervención, ya que en esta fase la pendiente de la línea mantiene una tendencia negativa. Respecto del seguimiento, la tendencia es decreciente, aunque el aumento en la recuperación de recuerdos ordinarios después de la intervención con EMDR continúa inclusive tres años después.



La recuperación de recuerdos traumáticos (Figura 4), presenta una tendencia negativa y un nivel muy bajo.

Durante las mediciones de línea base los recuerdos traumáticos apenas aparecen. Sin embargo, en la fase de intervención, esa tendencia empieza a aumentar de forma creciente junto con el nivel, y en el seguimiento la tendencia se vuelve decreciente pero continuando con un nivel casi cuatro veces mayor que en la fase línea base. Así, al analizar el cambio entre las distintas fases, nos encontramos un importante incremento entre línea base e intervención (3.02), y un aumento de nivel aún más llamativo (11.2). Esto nos indica un importante incremento en la tendencia a recuperar recuerdos traumáticos después de la intervención, y continúa con una tendencia más leve en el seguimiento, aunque todavía exista una recuperación substancial después de tres años.

Análisis Estadísticos

Como complemento a los análisis visuales de los datos en el diseño $N=1$, presentamos también el ANOVA de los resultados obtenidos. En la Tabla 1, se muestran los estadísticos descriptivos para cada tipo de recuerdo en función de la fase.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos para los recuerdos ordinarios y traumáticos en función de la fase de estudio para el sujeto 1

Recuerdos	Base	Tratamiento	Seguimiento
Ordinarios	12.1(10.43)	8.23 (10.59)	22.67(14.57)
Traumáticos	1.1(1.28)	6.23(3.29)	3.67(3.05)

Nota: valores muestrales de la media y la desviación típica (entre paréntesis)

Siguiendo nuestra división entre recuerdos ordinarios y traumáticos hemos categorizado cada fase del diseño como una muestra distinta de datos, de tal modo que nos permita realizar un análisis de varianza (ANOVA) considerando cada fase (base, tratamiento y seguimiento) como un nivel de un factor (Fase) de medidas repetidas. Los resultados para la variable dependiente “número de recuerdos normales” mostraron que el factor Fase fue significativo [$F(6, 13) = 4.59$, $MCE = 7.31$, $p < .05$]. El análisis de las comparaciones *a posteriori* mostró que la fase de tratamiento difirió significativamente de las fases de línea base y de seguimiento ($p < .001$), mientras que estas últimas, no difirieron entre sí ($p > .05$).

A continuación, realizamos el mismo análisis aplicado a las puntuaciones del recuerdo traumático. Los resultados mostraron que el factor Fase fue significativo [$F(2, 10) = 7.49$, $MCE = 1.02$, $p < .05$]. El análisis de las comparaciones *a posteriori* mostró que las fases de tratamiento y de evaluación no difirieron significativamente entre sí, pero la fase de línea base difirió significativamente con respecto a la fase de tratamiento ($p = .049$) y con respecto a la fase de evaluación ($p = .048$).

Caso 2:

Análisis Visual de los Resultados

A continuación se representan gráficamente (véase la Figura 5) los resultados obtenidos por la segunda sujeto experimental (Caso 2, $N=1$) respecto al número de recuerdos nuevos recuperados en cada sesión.

En la medición de línea base la recuperación de recuerdos ordinarios parece decrecer hasta la mitad de las sesiones de intervención con EMDR, a partir de ahí se inicia de forma abrupta, una importante recuperación de recuerdos que parece mantenerse durante el resto de mediciones de la intervención e incluso, durante prácticamente todas las mediciones del seguimiento tres años después. Respecto a la recuperación de los recuerdos traumáticos (línea continua), observamos una pauta más paulatina y constante, incrementándose éstos de forma visualmente clara a partir del inicio de la intervención, para continuar hasta el seguimiento, aunque parece que ese incremento tiende a debilitarse en las últimas mediciones.

En la Figura 6 se representan las puntuaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a tres años respectivamente, obtenidas en la Entrevista Clínica Estructurada para los Desórdenes Disociativos del DSM-IV Revisada

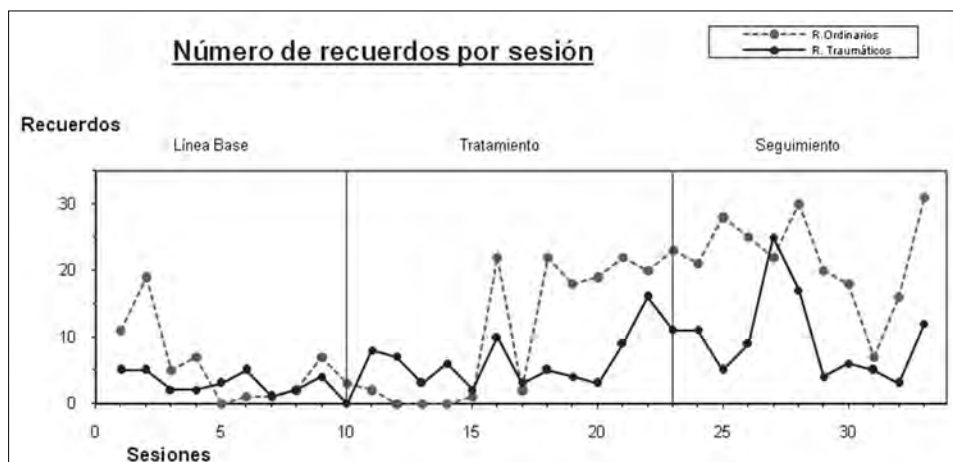


Figura 5. Número de recuerdos ordinarios y traumáticos recuperados en cada sesión por la sujeto 2.

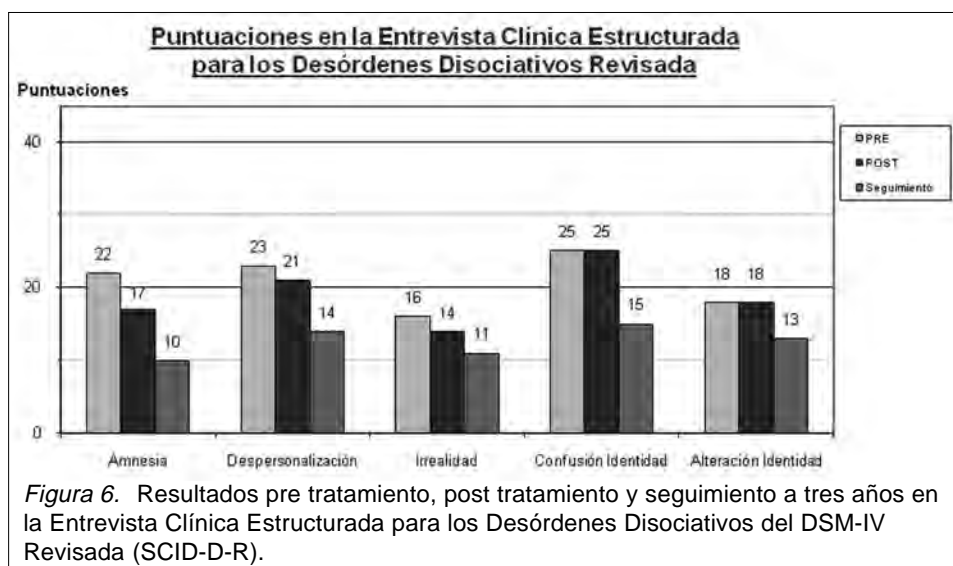


Figura 6. Resultados pre tratamiento, post tratamiento y seguimiento a tres años en la Entrevista Clínica Estructurada para los Desórdenes Disociativos del DSM-IV Revisada (SCID-D-R).

(SCID-D-R) por la segunda sujeto.

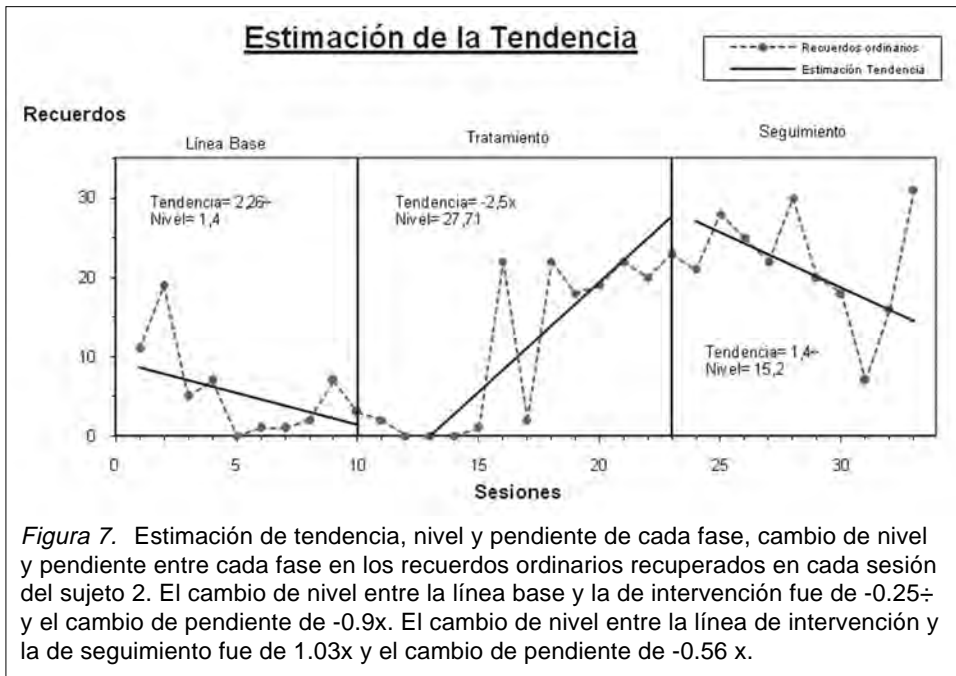
Al comparar las puntuaciones pre y post tratamiento encontramos una reducción en “amnesia”, “despersonalización” e “irrealidad”, mientras las subescalas “confusión de la identidad” y “alteración de la identidad” permanecen estables. Es en el seguimiento, donde aparece una importante reducción en todas las subescalas que componen la entrevista.

Los resultados en la Escala de Experiencias Disociativas (DES) mostraron un importante descenso en la subescala “ensimismamiento y fuga a la fantasía” (pre test = 25.56; post test= 2.22; seguimiento= 2.2). Mientras la subescala “disociación

amnésica” refleja también un importante descenso (pre test = 6.25; a post test= 0; y seguimiento= 0).

En cuanto a los síntomas postraumáticos estudiados a través de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-TEPT), encontramos una importante reducción en el post-test respecto al pre-test en todas las subescalas, así como en la puntuación total. Esta reducción generalizada continúa incluso tres años después de la intervención. Nuevamente, se detecta un descenso en todas las subescalas del test; excepto en “manifestaciones somáticas” dónde contrariamente a lo esperado, se incrementa ligeramente pasando de 0 en el pre y post test a 1 en el seguimiento. Detallado en subescalas: “reexperimentación” (pre test = 7, post test= 5, seguimiento= 2); “evitación” (pre test = 9, post test= 5, seguimiento= 1); “aumento de activación” (pre test = 6, post test= 4, seguimiento= 3). Debido a este descenso en casi todas las subescalas, excepto en “manifestaciones somáticas”, la puntuación total del test se ve reducida desde 22 en el pre test a 14 en el post test y a 6 en la fase de seguimiento.

De forma similar al caso anterior, hemos obtenido una estimación de la tendencia (*split middle*) que refleja visualmente la “tasa de cambio” ó “línea de aceleración” predecible para la recuperación de recuerdos en el Caso 2.



Como se puede apreciar en la Figura 7, la pendiente en la fase de línea base es decreciente ($2.26x$), lo que conlleva el predecir una disminución progresiva en la recuperación de recuerdos ordinarios. Esta tendencia cambia en intervención

(-2.5x), obteniendo una tendencia positiva. En el seguimiento, podemos encontrar una tendencia decreciente (1.4÷), aunque más baja que en la fase línea base. Nos encontramos una tendencia diferente respecto a los recuerdos traumáticos siendo la pendiente negativa en las fases línea base (1.5÷) y seguimiento, siendo en ésta última más acusada (2.29÷).

Sin embargo, durante la intervención con EMDR, la pendiente es positiva (1.72x), es en esta fase, donde nos encontramos el nivel más alto (10) de todas las fases. (Figura 8).

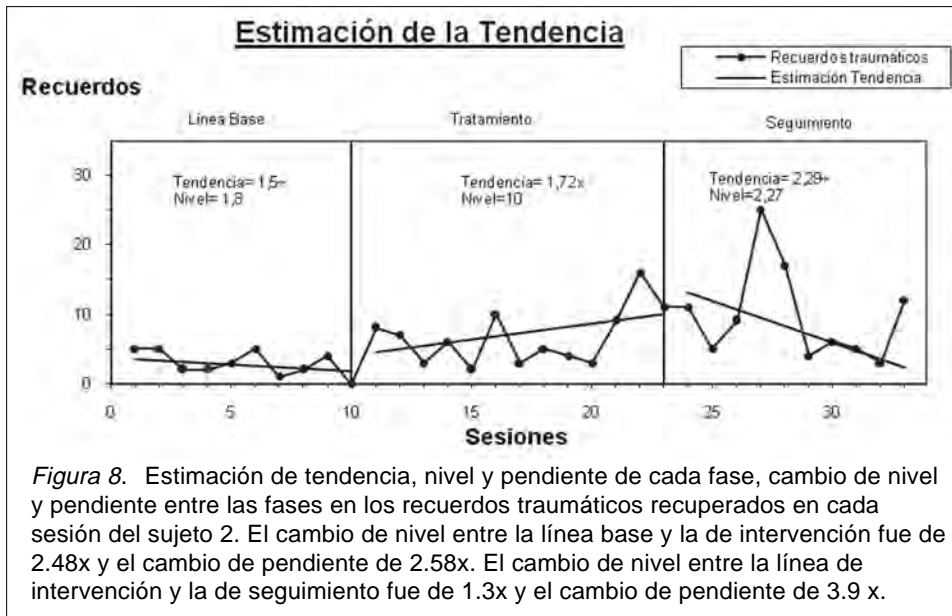


Figura 8. Estimación de tendencia, nivel y pendiente de cada fase, cambio de nivel y pendiente entre las fases en los recuerdos traumáticos recuperados en cada sesión del sujeto 2. El cambio de nivel entre la línea base y la de intervención fue de 2.48x y el cambio de pendiente de 2.58x. El cambio de nivel entre la línea de intervención y la de seguimiento fue de 1.3x y el cambio de pendiente de 3.9 x.

Análisis Estadísticos

Como complemento a los análisis visuales de los datos en el diseño N=1, presentamos también el ANOVA de los resultados obtenidos en el Caso 2. En la Tabla 2, se muestran los estadísticos descriptivos para cada tipo de recuerdo en función de la fase.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos para los recuerdos ordinarios y traumáticos en función de la fase de estudio para el sujeto 2

Recuerdos	Base	Tratamiento	Seguimiento
Ordinarios	5.6(5.8)	11.61 (10.49)	21.8(7.2)
Traumáticos	2.9(1.79)	6.69(4.05)	9.7(6.9)

Nota: valores muestrales de la media y la desviación típica (entre paréntesis)

Los resultados del ANOVA para la variable dependiente “número de

recuerdos normales” mostraron que el factor Fase fue significativo [$F(1, 11) = 9.62$, $MCe = 1.02$, $p < .05$]. El análisis de las comparaciones *a posteriori*, mostró que las fases de tratamiento y seguimiento, difirieron significativamente de la fase línea base ($p = .001$). A continuación, realizamos el mismo análisis a las puntuaciones del recuerdo traumático. Los resultados mostraron que el factor Fase fue significativo [$F(5, 11) = 5.31$, $MCe = 1.02$, $p < .01$]. El análisis de las comparaciones *a posteriori* mostró que las fases de tratamiento y de evaluación no difirieron significativamente entre sí, pero la fase de línea base difirió significativamente con respecto a la fase de tratamiento ($p = .049$) y con respecto a la fase de evaluación ($p = .048$).

Discusión

Los resultados en los dos casos estudiados, apoyan nuestra hipótesis de que tras la intervención con EMDR, la medida de los recuerdos traumáticos es mayor en el post-test y el seguimiento que en el pre-test. Tenemos que rechazar sin embargo, nuestra hipótesis de que la recuperación de recuerdos ordinarios sea mayor después de aplicada la intervención con EMDR, ya que, en el segundo caso estudiado, se cumple dicha condición pero no en el primero, donde, aunque parece que existe mayor recuperación, los análisis de tendencia apuntan una disminución de éstos si continuamos realizando observaciones.

Aceptamos en ambos casos la hipótesis de que el nivel de los síntomas disociativos y traumáticos (puntuación total y subescalas), son menores en el post-test y en el seguimiento que en el pre-test.

Según nuestros resultados, la aplicación de la intervención (EMDR) parece facilitar la recuperación de los recuerdos traumáticos en los sujetos estudiados en este trabajo. Junto con una importante reducción del nivel disociativo y traumático en los instrumentos utilizados, por lo tanto rechazamos nuestras hipótesis nulas. Los resultados respecto a la recuperación de los recuerdos ordinarios o neutros, no parecen ser tan consistentes, ya que se cumple nuestra hipótesis únicamente en el Sujeto 2. Respecto al Caso 1, su recuperación durante el tratamiento es menor aunque se incrementan en la fase de seguimiento y la tendencia de respuesta es negativa si continuamos realizando observaciones. Como desconocemos qué puede estar influyendo en ese aumento de la recuperación memorística pasados tres años desde la intervención, aceptamos nuestra hipótesis nula respecto a la recuperación de recuerdos neutros. Y planteamos dichos resultados para futuras líneas de investigación.

Como pauta general, los pacientes recuperaban más recuerdos ordinarios, sin contenido traumático, en la fase de línea base por lo que se podría considerar la existencia de cierta evitación a recuerdos más dañinos. Esta pauta cambia en la fase de intervención en las dos pacientes, donde se produce una mayor emergencia de recuerdos traumáticos que en la fase anterior. En un caso, como se ha señalado más

arriba, esta emergencia es paulatina a lo largo de toda la fase de intervención, y en el otro es más abrupta. Durante las sesiones de seguimiento se observa una pauta de incremento en ambos tipos de recuerdos, esto es, se ven incrementados tanto los recuerdos ordinarios como los traumáticos en las dos sujetos estudiadas. Esta pauta se mantiene desde la intervención en comparación al periodo de línea base, aunque parece descender a medida que realizamos mediciones.

Podemos afirmar que la intervención realizada produce un efecto “de incremento” en la recuperación de recuerdos traumáticos, objetivo de nuestra otra hipótesis de trabajo.

Respecto al diseño utilizado, los análisis de investigaciones de caso único (*single case research* ó *SCR*), son necesarios para apoyar las intervenciones basadas en la evidencia con un “tamaño del efecto” ó índice de mejora del paciente y, están recibiendo una importante atención en los últimos años (Jenson, Clark, Kircher, y Kristjansson, 2007; Kazdin, 2008; Odom, 2009).

Las conclusiones de este proyecto nos permiten apuntar nuevas líneas de investigación y tratamiento a seguir, en este tipo de sintomatología. Habría que establecer qué tipo de estimulación de las existentes en EMDR (visual, auditiva y kinestésica) sería más eficaz para el tratamiento de patologías específicas.

Por otro lado, el nuestro, ha sido un acercamiento cualitativo y sería conveniente estudiar de forma cualitativa la calidad, viveza e intensidad de los recuerdos.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). *The diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (3ª.ed.). DSM-III. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *The diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (3ª.ed.rev). DSM-III-TR. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4ª. ed.).DSM-IV. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4ª. ed.rev). DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorder*, (5ª.ed.). DSM5. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Arnau Gras, J. (1984). *Diseños experimentales de psicología y educación*. Vol.2. México: Trillas.
- Barlow, D.H. y Hersen, M. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.1984)
- Bernstein, E.M. y Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-734.
- Bisson, J. y Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*,1. Advanced online publication. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I. y Shalev, A. (2002). A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community*. Jerusalem, Israel.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. y Westen. D. (2005). A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 162(2), 214-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>

- Chemtob, C. M., Tolin, D. F., Van der Kolk, B. A. y Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. En E. B. Foa, T. M. Keane y M.J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, pp. (139-155), (333-335). New York: Guilford Press.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96): 527-555.
- Engelhard, I. M., Van den Hout, M. A., Kindt, M., Arntz, A. y Schouten, E. (2003). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 41, 67-78.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. y Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD, second edition: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Hertlein, K.M y Ricci, R.J. (2004). A systematic research synthesis of EMDR studies: implementation of the platinum standard. *Trauma, Violence y Abuse* 5(3):285-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838004264340>
- Icarán, E., Colom, R. y Orenge-García, F. (1996). Estudio de validación de la escala de experiencias disociativas con muestra de población española. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24, 7-10.
- Jenson, W. R., Clark, E., Kircher, J. C. y Kristjansson, S. D. (2007). Statistical reform: Evidence-based practice, meta-analyses, and single subject designs. *Psychology in the Schools*, 44, 483-49.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 149-159.
- Kluft, R. P. (1989). Playing for time: temporizing techniques in the treatment of multiple personality disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis* 32, 90-97.
- Knipe, J. (2008). *Protocolo estándar EMDR para resolver recuerdos traumáticos*. Caja de herramientas EMDR. Congreso anual EMDREA. Londres.
- Lazrove, S. y Fine, C. G. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9, 289-299.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Maxfield, L. y Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology* 58(1): 23-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1127>
- Odom, S. L. (2009). The tie that binds: Evidence-based practice, implementation science, and outcomes for children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29, 53-61.
- Shapiro, F. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, D.C: American Psychological Association Press.
- Shapiro, F. (2007). EMDR, Adaptive Information Processing, and Case Conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.1.2.68>
- Solomon, R.W. y Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model: Potential mechanisms of Change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.
- Spitzer, C., Freyberger, H., Brähler, E., Beutel, M.E. y Stieglitz, R. (2015). Psychometric evaluation of the Dissociative Experiences Scale-Taxon (DES-T). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 65(3-4): 134-139. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1395690>
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of Menninger Clinic* 64 (2), 146-163.
- Van der Kolk, B.A. y Fislser, R.E. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mendel, F.S., McFarlane, A. y Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83-93.

- Waller, N.G., Putman, F.W. y Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociation types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods* 1(3), 300-321.
- White, O.R. (1974). *The split-middle: A quickie method of trend estimation*. Experimental Education Unit, Child Development and Mental Retardation Centre. Seattle: University of Washington.

RELACIÓN ENTRE LA EMPATÍA DEL TERAPEUTA Y LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

RELATIONSHIP BETWEEN THERAPIST'S EMPATHY AND TREATMENT OUTCOMES

Alberto Gimeno Peón¹

Rocío Coto Lesmes²

Anxo Barrio Nespereira¹

Isabel Saavedra Rionda²

Clara Vicente Palacios³

Marina Lagarón Criado¹

Teresa Álvarez Casariego¹

Jorge Hernández González⁴

Alicia González Fernández¹

1 Hospital de Cabueñes. 2 Hospital Universitario Central de Asturias. 3 Hospital San Agustín.

4 Hospital Carmen y Severo Ochoa

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gimeno Peón, A., Coto Lesmes, R., Barrio Nespereira, A., Saavedra Rionda, I., Vicente Palacios, C., Lagarón Criado, M., Álvarez Casariego, T., Hernández González, J. y González Fernández, A. (2015). Relación entre la Empatía del Terapeuta y los Resultados del Tratamiento. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 179-189.



Resumen

*La empatía del terapeuta es un factor considerado necesario por diversos paradigmas de psicoterapia, sugiriendo su relación con los resultados de la misma. El objetivo de este trabajo es observar la existencia de dicha relación en una muestra de pacientes y comprobar si existe un vínculo entre los rasgos de personalidad de estos y la empatía percibida en sus terapeutas. **Método:** En una muestra de 30 sujetos se registraron los resultados de la terapia tras cinco sesiones mediante el test CORE-OM y la empatía que los pacientes percibían en su terapeuta (con la subescala de Comprensión Empática de la Escala de Relación Barrett-Lennard), así como los rasgos de personalidad medidos con el NEO-FFI. Se comprobó si la media en empatía percibida en el terapeuta era diferente en el grupo de los pacientes que mejoraban significativamente con respecto a los que no lo hacían. Se analizaron los datos con el fin de observar si existía relación entre la personalidad del paciente y su percepción de la empatía del terapeuta. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de los que mejoraron ($p = .04$, intervalo de confianza: $.08 - 13.21$). Se halló una correlación positiva significativa entre el rasgo de personalidad Extraversión y el nivel de empatía percibida ($p = .04$, intervalo de confianza: $.02 - .65$). **Conclusiones:** La empatía del terapeuta tiene un papel importante en el proceso de tratamiento y las variables de personalidad influyen en la percepción de la misma.*

Palabras clave: empatía, psicoterapia, evaluación de resultado, personalidad, interacción terapéutica.

Abstract

Therapist Empathy is a factor deemed necessary by various paradigms of psychotherapy, suggesting its relationship with the results of it. The objective of this work is to observe the existence of such a relationship in a sample of patients and check whether there is a link between personality traits of these and their and their perception of empathy of therapists. Method: In a sample of 30 subjects the treatment outcomes were recorded after five workouts using CORE-OM test and perceived empathy in their therapist (with subscale Empathic Understanding from Barrett-Lennard Relationship Scale) as well as personality traits measured by NEO-FFI. It was checked whether the average perceived therapist empathy was different in the group of patients significantly improved with respect to those who did not. It conducted an analysis of the data in order to observe whether there was a relationship between the patient's personality and perceived therapist empathy. Results: Statistically significant differences favoring the group that improved ($p = .04$, confidence interval: $.083 - 1.32$) were found. A significant positive correlation between the personality trait Extraversion and the level of perceived empathy ($p = .041$, confidence interval: $.02 - .65$) was found. Conclusions: therapist empathy plays an important role in the treatment process and personality variables influence the perception of it.

Keywords: empathy, psychotherapy, outcome assessment, therapeutic interaction.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones destinadas a comprobar si la empatía mostrada por el terapeuta es un componente eficaz en psicoterapia han arrojado resultados positivos. Recientes metanálisis llevados a cabo por la Task Force de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) han llevado a la conclusión que la empatía del terapeuta es un factor que goza de apoyo empírico suficiente como para ser considerado un buen predictor de los resultados de la terapia, siendo esto válido para diferentes orientaciones teóricas, en formatos individuales y grupales y para pacientes con diferentes niveles de gravedad (Norcross, 2011; Norcross y Wampold, 2011).

Carl Rogers fue uno de los principales autores en mostrar interés por estudiar cómo la relación terapéutica afectaba a los resultados de la terapia. Rogers creía que existían una serie de condiciones que debían darse en una terapia para que los resultados de la misma fuesen positivos (Rogers, 1957): congruencia del terapeuta, aceptación incondicional del paciente y la empatía del terapeuta. A lo largo de su carrera, se preocupó de demostrar empíricamente la relación entre estos factores y la mejoría de los pacientes. Basándose en las condiciones descritas por Rogers, Barrett-Lennard desarrolló una escala para evaluar la empatía que el paciente percibe en su terapeuta y encontró que las puntuaciones obtenidas con este instrumento correlacionaban con los resultados de la psicoterapia centrada en el cliente (Barrett-Lennard, 1962; Kurtz y Grummon, 1972).

Desde entonces, no solo los terapeutas de orientación humanista han señalado la importancia de una relación empática en el marco de la psicoterapia, sino que se ha convertido en un componente fundamental para terapeutas que trabajan con otros modelos teóricos, desde psicoanalistas (véase, por ejemplo: Kohut, 1977) hasta terapeutas cognitivos (Becky, Rush, Shaw y Emery, 2012, entre otros). Es más, la mayoría de las escuelas de psicoterapia considera que las tres condiciones señaladas por Rogers son relevantes en el proceso de terapia (Feixas y Miró, 1993), si bien no son suficientes por sí mismas para producir un cambio.

En una línea muy similar se encuentran los trabajos centrados en estudiar la importancia de la relación terapéutica. Por ejemplo, disponemos de datos recientes que indican que la fuerza de la alianza terapéutica en las primeras sesiones de psicoterapia correlaciona con la mejoría sintomática de los pacientes (Botella y Corbellá, 2011).

En cuanto a la empatía como componente específico, es necesario señalar que una de las características que lo convierten en un elemento relevante del proceso terapéutico es el hecho de que el terapeuta sea capaz de transmitir esa comprensión empática a su paciente de tal forma que este pueda llegar a percibirla. De hecho, la empatía del terapeuta percibida por el paciente o por un observador es mejor predictor del resultado de la terapia que la valoración que hace el primero acerca de sí mismo, encontrándose, además, que esta relación es más fuerte cuando se observa en terapeutas que con menor experiencia (Elliot, Bohart, Watson y Greenberg,

2011). Investigaciones recientes han hallado también una relación significativa entre la empatía percibida y el descenso de las puntuaciones en medidas diversas de psicopatología, así como modificaciones en el tipo de vinculación en pacientes con un estilo de apego inseguro (Watson, Steckley y McMullen, 2014).

Una revisión de la literatura científica sobre el tema nos muestra que la empatía no solo es un elemento clave en psicoterapia, sino que también es relevante en otro tipo de relaciones de ayuda, como es el caso de la relación entre médico y paciente. Disponemos de datos que apoyan la hipótesis de que la empatía percibida en el médico está relacionada con la adherencia al tratamiento y con la satisfacción con la atención recibida, así como con el descenso de la ansiedad y el estrés, con un mejor diagnóstico y con mejores resultados clínicos (Derksen, Bensing y Lagro-Janssen, 2013; Kim, Kaplowitz y Johnston, 2004).

Al tiempo que se siguen haciendo avances en este área, que incluyen el hallazgo de correlatos psicofisiológicos de la empatía percibida (Marci, Ham, Moran y Orr, 2011), queda por averiguar qué otras variables pueden estar interviniendo en la percepción que un paciente tiene de la empatía de su terapeuta. Hasta donde los autores conocen, no se disponen de datos publicados que relacionen características de personalidad del evaluador (el paciente, en este caso) con las puntuaciones dadas en el constructo del que nos estamos ocupando.

En este artículo se presenta un estudio llevado a cabo con los siguientes objetivos: comprobar si en una determinada muestra de sujetos se verifican los resultados obtenidos en otras poblaciones (la empatía percibida en el terapeuta está relacionada con los resultados del tratamiento psicológico) y observar qué papel juega en dicha percepción la personalidad del paciente.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 30 pacientes que fueron atendidos en varios Centros de Salud Mental (CSM) y en un Centro de Atención Primaria (CAP) del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), así como en la Unidad Asistencial de Formación e Investigación en Psicoterapia (UFIP) del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

En la Tabla 1 se puede observar que la mayoría de los participantes fueron mujeres (73.3%), con una media de edad de 38.6 años. El 43.3 % de los pacientes estaban solteros y el 40% casados. Más de la mitad (56.7%) tenía empleo en el momento de la evaluación. La mayoría tenía un nivel académico universitario (33.3%) o de Formación Profesional / Bachillerato (33.3%).

Variables e instrumentos

Variables sociodemográficas: se tomaron medidas de sexo, edad, número de hijos, estado civil, situación laboral, convivencia y nivel de estudios. Se recogieron

de la historia clínica del paciente.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra (n = 30)

	<i>n</i>	<i>(%)</i>
Edad <i>Media (Desviación Típica)</i>	38.56	(14.26)
Sexo		
Hombres	8	(26.7)
Mujeres	22	(73.3)
Estado civil		
Soltero/a	13	(43.3)
Casado/a	12	(40.0)
Convivencia en pareja	4	(13.3)
Viúda/o	1	(3.3)
<i>Nivel educativo</i>		
Estudios de primaria completos	4	(13.3)
Estudios de secundaria completos	5	(16.7)
Bachillerato / FP	10	(33.3)
Universitario	10	(33.3)
Valores perdidos	1	(3.3)
Situación laboral		
Estudiante	5	(16.7)
Trabajando	17	(56.7)
Sin trabajo / buscando primer empleo	1	(3.3)
Parado, habiendo trabajado antes	3	(10.0)
Retirado, jubilado o pensionista	2	(6.7)
Labores del hogar	2	(6.7)

Variables clínicas: se registraron diagnósticos, estado clínico inicial y estado clínico tras la intervención. Los diagnósticos fueron recogidos mediante la historia clínica, en la cual se siguen los criterios de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). El estado clínico se evaluó empleando la versión española del CORE-OM (Feixas et al, 2012). Se trata de una prueba con formato de auto-informe, compuesta por 34 ítems tipo Likert con valores de cero a cuatro para cada uno de ellos. La puntuación total se obtiene a partir de las cuatro dimensiones que evalúa: Bienestar subjetivo (cuatro ítems acerca de la percepción del paciente sobre su estado general), Problemas/síntomas (12 ítems acerca de ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos), Funcionamiento general (12 ítems sobre relaciones sociales e íntimas y funcionamiento cotidiano) y Riesgo (seis ítems sobre conductas suicidas y de agresión). Para comprobar si se ha producido un cambio en el estado del paciente se compara una medida previa a la intervención con una medición posterior. Cambios iguales o superiores a .5 serían indicadores de que se ha producido un cambio fiable.

De personalidad: la personalidad del paciente fue medida empleando el cuestionario NEO-FFI (McRae y Costa, 2004), versión reducida del NEO-PI-R (Costa y McRae, 1992), que permite obtener mediciones en cinco rasgos de personalidad (Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la Experiencia, Cordialidad y Responsabilidad), y cuya versión en español posee buenas propiedades psicométricas (Fabregat, Plana, Vilanova, Dolcet y Gallart, 2009).

Empatía del terapeuta: se empleó la subescala de Comprensión Empática de la versión en español del Cuestionario de Relación Barrett-Lennard (Celis, 1999). Esta subescala está compuesta por 16 ítems tipo likert en los que se le pregunta al paciente cómo de empático percibe a su terapeuta en general.

Procedimiento

Se incluyeron en el estudio a aquellas personas mayores de edad que acudieron al menos a cinco consultas con el mismo terapeuta, entre Noviembre de 2013 y Febrero de 2015, a los centros participantes en el estudio (siete CSM de cuatro áreas sanitarias del SESPA: Cangas de Narcea, Avilés, Gijón y Oviedo; un CAP de Gijón; un CSM de Madrid en el que se recibían pacientes de la UFIP), que fueron atendidas por los colaboradores de la investigación (un Psicólogo Clínico, siete residentes de Psicología Clínica y una residente de Psiquiatría) y que aceptaron participar en la misma.

Antes de comenzar la recogida de datos, fueron solicitadas las autorizaciones oportunas del Comité de Bioética y de los responsables de los Servicios de Salud Mental implicados. Los terapeutas participantes en el estudio ofrecían la participación voluntaria en la investigación a los pacientes que les llegaban derivados de la forma habitual. A aquellos que accedieron se les facilitó un consentimiento informado por escrito.

La recogida de datos se llevó a cabo en dos momentos. El primero tuvo lugar durante la primera o segunda consulta. En esa ocasión los pacientes respondieron el NEO-FFI y el CORE-OM. Posteriormente, tras finalizar la quinta entrevista se volvieron a recoger datos con el CORE-OM y se entregó a los participantes el cuestionario de Comprensión Empática. Estos fueron instruidos para entregar este último test en un sobre cerrado, de manera que se pudieran minimizar posibles sesgos atribuidos a la sinceridad en las contestaciones.

Análisis estadísticos.

Todos los datos fueron analizados en la Unidad de Investigación del Hospital de Cabueñes (Gijón), con el programa estadístico R, versión 3.1.2 (R Core Team, 2014). Para determinar las características de la muestra se emplearon pruebas descriptivas. Para cada sujeto se calculó la diferencia entre la primera y la segunda medida con el CORE-OM (puntuaciones totales) y se obtuvieron dos grupos de casos: los que igualaron o superaron una puntuación de .5 se incluyeron el *grupo con mejoría significativa* y los que mostraron puntuaciones inferiores en el *grupo*

sin mejoría significativa; en ambos grupos se calculó el valor promedio de empatía del terapeuta y se efectuó una prueba T de comparación de medias. Se empleó la prueba del coeficiente de correlación de Pearson para comprobar la relación entre los rasgos de personalidad y la empatía percibida.

RESULTADOS

En la Tabla 2 de muestran las características clínicas y de tratamiento de la muestra. Como se puede observar, en su mayoría los diagnósticos pertenecían al grupo de los trastornos de ansiedad y casi la mitad de la muestra fue diagnosticada de trastorno de adaptación (40%).

Tabla 2

Características clínicas y de tratamiento de la muestra (n = 30)

	n	(%)
<i>Grupos diagnósticos</i>		
Trastornos de ansiedad	22	(73.3)
Trastorno de adaptación	12	
Trastorno de pánico	3	
Trastorno de ansiedad generalizada	2	
Trastorno mixto ansioso-depresivo	2	
Trastorno obsesivo-compulsivo	2	
Reacción a estrés grave sin especificación	1	
Trastornos afectivos	3	(10.0)
Distimia	2	
Trastorno afectivo no especificado	1	
Otros:	5	(16.7)
Problemas potenciales psíquicos o psicosociales	2	
Ludopatía	1	
Trastorno por atracón	1	
Sin diagnóstico	1	
<i>Tipo de tratamiento</i>		
Exclusivamente psicológico	21	(70.0)
Combinado (psicoterapia y fármacos)	9	(30.0)
<i>Situación en el momento de la última evaluación</i>		
Sigue a tratamiento	12	(40.0)
Alta	18	(60.0)

Todos los casos recibieron tratamiento psicológico, en su mayoría de forma exclusiva. En las ocasiones en las que se emplearon psicofármacos, estos estaban pautados casi en su totalidad por otros profesionales (médicos de atención primaria, principalmente). Al finalizar la evaluación (tras la quinta sesión de terapia) más de la mitad de los sujetos habían recibido el alta por parte de su terapeuta de referencia.

El grupo con mejoría significativa estuvo formado por los 13 participantes (43.3% de la muestra) que alcanzaron el valor considerado indicativo de cambio fiable utilizando la escala Total (que incluye todos los ítems) del CORE-OM (Feixas

et al, 2012). El grupo sin mejoría significativa incluyó a los otros 17 pacientes (56.7%). Se llevó a cabo la prueba T de comparación de medias para muestras independientes, hallándose una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) a favor del grupo con mejoría (Tabla 3). No se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en relación a variables sociodemográficas (prueba *Chi cuadrado*).

Tabla 3*Comparación de medias en empatía percibida*

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Con mejoría	31	7,93	13	44
Sin mejoría	24,35	9,60	6	40

$t = 2.07, df = 27.79, p = .04^*$
Intervalo de confianza: .08 – 13.21

Nota. * $p < .05$

Se llevó a cabo la prueba de correlación de Pearson con el fin de comprobar si se observaba alguna relación entre las variables de personalidad y la puntuación en empatía percibida (Tabla 4). Únicamente el rasgo Extraversión mostró una correlación estadísticamente significativa con la variable empatía del terapeuta ($p < .05$).

Tabla 4*Correlaciones entre los rasgos de personalidad y empatía*

Rasgos de personalidad (p)	
Neuroticismo	.561
Extraversión	.042*
Apertura a la experiencia	.099
Cordialidad	.587
Responsabilidad	.232

Nota. * $p < .05$

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los datos actuales confirman la hipótesis de que la empatía del terapeuta juega un papel importante en los resultados del tratamiento. Puede observarse como el valor promedio en esta variable es superior en el grupo de los pacientes que mejoran (en cuanto a su estado clínico) con respecto al grupo de aquellos que no mejoran de forma significativa, y que esta diferencia alcanza un grado suficiente de significatividad estadística. Estos datos apoyan los encontrados anteriormente en otras investigaciones (Barrett-Lennard, 1962; Elliot, Bohart, Watson y Greenberg, 2011; Kurtz y Grummon, 1972; Norcross, 2011; Norcross y Wampold, 2011).

Con respecto a las variables de personalidad del paciente y su influencia en la

empatía percibida, se ha podido observar que las personas que puntúan alto en Extraversión es más probable que den puntuaciones más altas en la escala de empatía percibida en el terapeuta. Este dato abre nuevos interrogantes que podrían dar lugar a otras vías de estudio. Sería posible plantearse si los pacientes más extrovertidos tienen mayor capacidad para detectar la conducta empática de otras personas, o si su personalidad les lleva a valorar más que a otros esa característica en su terapeuta; o tal vez tenga que ver con una mayor sensibilidad al sesgo de deseabilidad social. En cualquier caso, lo más probable es que los resultados no se puedan atribuir a la influencia de un único factor y que se produzca toda una serie de interacciones entre los diferentes elementos que se encuentran presentes en la relación terapeuta-paciente: los interlocutores (con sus características de personalidad, expectativas, estados psicológicos y físicos...), el contexto, el proceso terapéutico, etc.

Existen varias limitaciones en este trabajo que conviene señalar. En primer lugar, el tamaño de la muestra es reducido. Durante la recogida de datos un número considerable de casos se perdió antes de llegar a la quinta consulta, principalmente debido al abandono de la terapia por parte de algunos pacientes. En segundo lugar, el análisis estadístico empleado (prueba T de comparación de medias) no nos permite hacer interpretaciones causales. Cabe aquí plantearse la posibilidad de que los pacientes que mejoran más valoren mejor a sus terapeutas por este mismo hecho, más que por la capacidad del profesional para mostrarse empático, por ejemplo. Otra limitación tiene que ver con las propiedades psicométricas de la escala de Comprensión Empática: aunque la versión original de la escala de Barrett-Lennard cuenta con buenas propiedades, no disponemos de datos de fiabilidad y validez de la versión española.

Los resultados obtenidos son congruentes con las investigaciones que muestran la importancia de la relación terapéutica en las primeras sesiones y su contribución a los resultados del tratamiento (Botella y Corbellá, 2011). Se encontró una mejoría clínica en casi la mitad de la muestra (43%) en un reducido número de sesiones (cinco), y el 60% de los casos fueron dados de alta bajo criterio facultativo. Estos resultados son llamativos si tenemos en cuenta que se considera que generalmente hacen falta entre 13 y 18 sesiones de psicoterapia para que exista una mejoría en el 50% de los pacientes (Hansen y Lambert, 2003; Hansen, Lambert y Forman, 2002).

Resulta igualmente interesante el hecho de que no hubo correspondencia entre el número de casos dados de alta y el número de casos que alcanzó una mejoría significativa en el test CORE-OM, lo cual nos invita a reflexionar acerca de los criterios subjetivos, psicométricos y clínicos de aquella y la concordancia (o falta de la misma) entre ellos.

En resumen, podemos confirmar la hipótesis de la diferencia en el promedio de empatía percibida en el terapeuta a favor del grupo de los pacientes que mejoran más (a nivel sintomático). Existen diferencias y éstas son estadísticamente signifi-

cativas. Hace falta aumentar el tamaño de la muestra y corregir ciertos errores mencionados más arriba en el diseño de la investigación con el fin de aumentar la validez externa de la misma. La influencia de los rasgos de personalidad podrá también ser estudiada de forma más exacta con el incremento del número de casos.

Los resultados de las investigaciones revisadas a lo largo de este trabajo nos muestran que no todo reside en una técnica o tratamiento psicológico específico. El factor humano, el hecho de mostrar interés genuino en el sufrimiento ajeno y mostrarse como una persona con capacidad para entender las vivencias de otra y no solo como mero administrador de una u otra terapia, ha demostrado tener mucha importancia a la hora de ayudar a los demandantes de ayuda psicológica a lograr alcanzar una solución a sus problemas.

AGRADECIMIENTOS

En la investigación descrita colaboraron también las siguientes personas, a las cuales se les agradece su apoyo: Elena Pérez Fernández, Javier Fernández Méndez, Leticia León Quiosmondo, y Lía Corral Rego.

Referencias bibliográficas.

- Fabregat, A. A., Plana, A. B., Vilanova, D. S., Dolcet, J. M., y Gallart, S. (2009). Versiones cortas del NEO-PI-R: el NEO-FFI frente al NEO-FFI-R. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, (2), 335-350.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(43), 1.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (2012). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (20ª Ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Botella, L., y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de psicología*, (101), 21-34.
- Celis, A. (1999). Proceso de adaptación del Inventario de la relación de ayuda de GT Barrett-Lennard. *Revista de Psicología*, 8(1), 163-171.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *NEO PI-R professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Derksen, F., Bensing, J., y Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), 76-84.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., y Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43.
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., García, E. y López, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. (<http://revistadepsicoterapia.com/la-version-espa-ola-del-core-om-clinical-outcomes-in-routine-evaluation-outcome-measure.html>)
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia (14ª Ed.). Barcelona: Paidós.
- Hansen, N. B., y Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5(1), 1-12.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., y Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: science and practice*, 9(3), 329-343.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., y Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation y the health professions*, 27(3), 237-251.
- Kohut, H. (1977). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.

- Kurtz, R. R., y Grummon, D. L. (1972). Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 39(1), 106.
- Marci, C. D., Ham, J., Moran, E., y Orr, S. P. (2007). Physiologic correlates of perceived therapist empathy and social-emotional process during psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(2), 103-111.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587-596.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd Ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
- R Core Team (2014). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria: RC Team.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), 95-103.
- Watson, J. C., Steckley, P. L., y McMullen, E. J. (2014). The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research*, 24(3), 286-298.

VIOLENCIA Y RUPTURA DE PAREJA: LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

VIOLENCE AND PARTNER BREAKING UP: A PROFESSIONALS' PERSPECTIVE

David Jimeno De La Calle

Psicólogo de la Asociación para la protección del menor en procesos de separación de sus progenitores (APROME)

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Jimeno De La Calle, D. (2015). Violencia y ruptura de pareja: La perspectiva de los profesionales. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 191-208.

Resumen

La violencia asociada a los contextos de pareja requiere del desarrollo de una investigación exhaustiva que ayude al legislador a diseñar proyectos que se ajusten en la mayor medida posible a la realidad existente sobre esta materia. La presente investigación pretende, a través de la metodología cualitativa, conocer las impresiones que los profesionales de los Puntos de Encuentro familiar mantienen con respecto a la violencia y su relación con el proceso de ruptura. Los resultados muestran que los profesionales emplean una serie de criterios para diferenciar entre tipos de parejas violentas. Estos resultados pueden encuadrarse en la perspectiva teórica de Kelly y Johnson (2008) y posibilita la apertura a nuevos planteamientos de intervención tanto para el funcionamiento de los Puntos de Encuentro familiar, como para el marco jurídico que regula este tipo de situaciones.

Palabras clave: violencia de pareja, divorcio, punto de encuentro familiar, maltrato de pareja, profesionales.

Abstract

Inter-relationship violence requires the undertaking of exhaustive research in order to aid legislators in the design of projects that best address the realities of this issue. Through the use of qualitative methodology, the aim of this investigation is to gather the impressions of the professionals involved in the work of Family Meeting Points (Puntos de Encuentro Familiar), and examine the connection between the breakdown of a relationship and the violence associated with this. The results show that practitioners use a variety of criteria when evaluating these situations which relate to the type of relationship, the level of violence used and perceived degree of fear in the victim. These criteria also serve to differentiate and profile types of violent partners. Affinities pertaining to the theoretical framework of Kelly and Johnson (2008) are also demonstrated in the findings, in turn allowing new interventional approaches in both the workings of Family Meeting Points as well as the legal framework regulating situations of these types.

Keywords: intimate partner violence, divorce, family meeting point, intimate partner abuse, professionals.

Fecha de recepción v1: 10/4/2015. Fecha de recepción v2: 28/6/2015. Fecha de aceptación: 30/6/2015

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: davjimeno@gmail.com

Dirección postal: C/ Torres Quevedo, Nº 23. Piso 1ºb. (37004) Salamanca - España

© 2015 Revista de Psicoterapia



1.- INTRODUCCIÓN

Existe una vinculación muy poderosa entre la violencia en los contextos de pareja y el proceso de ruptura. Gottman (1999), cuando habla del proceso de desestabilización de la pareja, deja claro que dicho proceso estimula la agresividad entre los cónyuges. Johnston (1994) habla de divorcio altamente conflictivo y Arhons (2005), en su tipología sobre las formas de parentalidad, identifica diferentes tipos de relación entre ex-esposos, alguno de los cuales es eminentemente agresivo. Kelly y Johnson (2008) mencionan la existencia de un tipo de violencia que se produce a consecuencia de la ruptura de pareja y Stark (2007) señala que en situaciones de control coercitivo el mayor riesgo de letalidad para la víctima se produce cuando ésta pretende finalizar con la relación. Aún así, la mayor parte de las investigaciones efectuadas en materia de violencia y de divorcio se han llevado a cabo por separado y en su mayoría han operado con el estudio de las personas implicadas en estos procesos, existiendo pocas investigaciones sobre cuál es la perspectiva que tienen los profesionales sobre este tipo de problemáticas. La presente investigación, pretende conocer cuales son las impresiones de los profesionales de los Puntos de Encuentro familiar (en adelante PEF), con respecto a la violencia, el proceso de ruptura de pareja y su relación.

Con respecto a la violencia

Aunque su ámbito de estudio es relativamente reciente, la violencia ejercida entre los miembros de una pareja ha convivido con el ser humano desde el principio de los tiempos (Lorente y Lorente, 1998), y no son pocas las referencias en otras épocas que mencionan, no sólo la permisividad, sino también la conveniencia de la violencia contra la esposa, justificada desde un sistema social patriarcal y de sumisión de la mujer. A pesar de que estos hechos han sido habituales a lo largo de la historia, no han sido considerados detestables y condenables por la sociedad hasta las últimas décadas del siglo XX, gracias a los movimientos feministas y en defensa de la igualdad de género. A finales de la década de 1970 se comenzó a investigar en profundidad la violencia en las relaciones de pareja y tras el análisis de los resultados de diferentes investigaciones, se pudieron identificar dos perspectivas diferentes (Johnson, 1995). La primera perspectiva, que fue desarrollada a partir de la investigación con muestras clínicas (en casas de acogida, hospitales, juzgados...), concluyó que la violencia en la pareja era cometida principalmente contra las mujeres a consecuencia de vivir en sociedades eminentemente patriarcales y era ejercida como una forma de control global sobre ellas (Dobash y Dobash, 1979; Walker, 1984). La segunda perspectiva, identificada a partir de datos recogidos de la población general, concluyó que la violencia en las parejas era más bien frecuente y se producía por igual entre ambos cónyuges (Gelles y Straus, 1979). A partir de esta diferenciación, en los años 90 diversos autores (Johnston, 1993, Johnson, 1995) comenzaron a considerar que tal vez fuera simplista incluir todas las formas de violencia en la pareja dentro de un mismo marco. Johnson (1995) llegó a la

conclusión de que las dos perspectivas mencionadas anteriormente encontraban resultados tan dispares debido a que operaban con muestras diferentes y que sus resultados se explicaban por la presencia de dos tipos de violencia diferentes: el Terrorismo Íntimo y la Violencia Situacional de Pareja. A partir de esta base y tras progresar en sus estudios, el autor identificó cuatro tipos de violencia (Johnson, 2008).

- *Terrorismo Íntimo*: Denominado también Control Coercitivo Violento (Kelly y Johnson, 2008), implica el uso de la violencia como forma de control hacia el otro. Se ejerce de forma casi exclusiva por el hombre hacia la mujer y los actos violentos, con el tiempo, se vuelven más frecuentes, más lesivos y vienen acompañados de otro tipo de conductas que coinciden con las identificadas por los autores Pence y Paymar (1993) en su “Rueda de Poder y Control”. Este tipo de violencia, al margen del riesgo de letalidad, puede dejar secuelas físicas y psicológicas y generar algún tipo de patología en la víctima. Algunas investigaciones encuentran niveles elevados de miedo y ansiedad (Johnson, 2008), depresión (Golding, 1999) e incluso síndrome de estrés postraumático en la víctima (Johnson, 2008).
- *Resistencia violenta*: Este tipo de violencia se da con mayor frecuencia en mujeres y se produce como reacción a las agresiones recibidas ante una situación de control coercitivo violento. Cuando el agresor comete actos que pueden atentar contra la vida de la víctima, o de los hijos, la Resistencia Violenta puede derivar en el asesinato del cónyuge.
- *Violencia situacional de pareja*: Este tipo de violencia no está asociado a dinámicas de control global sobre la otra persona, sino que surge de conflictos de pareja que pueden escalar y concluir con la agresión. Normalmente, se producen por igual en hombres y mujeres, son poco frecuentes y lesivas en las parejas, y tienden a desaparecer con el tiempo, aunque, cuando estas acciones se vuelven crónicas, se producen con mayor frecuencia y severidad. Si bien no se debe menospreciar este tipo de violencia ya que puede resultar igual de letal, es menos probable que genere patología en la víctima.
- *Control Violento Mutuo*: Se produce en un mínimo número de casos y su principal característica es que ambos miembros de la pareja son violentos y pretenden mantener el control global de la relación. Son los menos observados porque no suelen aparecer en las estadísticas.

Posteriormente Kelly y Johnson (2008) incluyeron un elemento diferente dentro de la tipología, la Violencia Instigada por la Separación y excluyeron el concepto Control Violento Mutuo. La Violencia Instigada por la Separación define la violencia ejercida tras la ruptura de pareja, cuando entre ellos no hay una historia previa de agresiones. Estos actos, que se dan en igual medida en hombres y mujeres, no responden al patrón del terrorismo íntimo por no existir un historial de control,

intimidación y miedo durante el matrimonio. Más bien, la violencia se genera en forma de pérdida de control psicológico tras una separación traumática, su nivel de gravedad oscila de menor a mayor severidad y normalmente es ejercido por quien es dejado.

El hecho de que cada vez se tuviera más en consideración la gravedad de los actos violentos en el hogar, generó que los estamentos políticos tuvieran que desarrollar una serie de propuestas que se ajustaran en mayor medida a las demandas de búsqueda de igualdad social y de protección contra la violencia producida en los hogares. En España, esta situación propició la creación de dos leyes al respecto: la ley 27/2003 de 31 de julio, **Reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica** y la Ley Orgánica 1/2004, 28 de diciembre, **de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**. La ley de violencia doméstica es la que regula todos los actos violentos cometidos contra miembros de la familia (cónyuges, hijos, padres...) y la ley de violencia de género regula únicamente la violencia cometida contra la mujer. Esta última señala que este tipo de agresiones son de naturaleza más severa porque atentan contra el derecho de igualdad de género y son consideradas de carácter machista, como consecuencia de vivir en una sociedad eminentemente patriarcal.

Con respecto al proceso de ruptura

La disolución de una relación de pareja suele ser un proceso doloroso que conlleva, al menos en alguna medida, un grado de conflicto entre los implicados en la ruptura. El nivel de enfrentamiento con el que se llegará al proceso de desvinculación de pareja, lejos de reducirse con la finalización de la relación, puede mantenerse o incluso aumentar durante un tiempo tras la separación, y esto es muy importante, porque es la conflictividad en el divorcio, y no el divorcio en sí, es lo que puede dejar secuelas en los hijos (Kelly, 1993). Existe una amplia bibliografía que identifica la ruptura de pareja en términos de proceso (Ahrns, 2005; Carter y McGoldrick 1981; Everett y Volgy, 1991) y todos los autores identifican una serie de etapas que deben resolverse afrontando una serie de dificultades y realizando una serie de tareas que deben ser superadas. Se considera que lleva entre año y medio y tres años, tras la ruptura, estabilizar los sentimientos de la pareja (Cseh-Szombathy, Koch-Nielsen, Trost y Weda, 1985), pero cuando la inestabilidad familiar se mantiene durante ese tiempo, la situación puede cronificarse, generando lo que se puede denominar como divorcio altamente conflictivo (Johnston, 1994).

El criterio profesional en situaciones de violencia y divorcio

Como ya se mencionó anteriormente, existe poca investigación sobre cual es la perspectiva de los profesionales con respecto a las situaciones de violencia, y menos aún en la relación entre violencia y ruptura de pareja. Una de estas pocas investigaciones fue la realizada por Haselschwerdt, Hardesty y Hans (2011) y tuvo como objeto de estudio averiguar si los profesionales de los equipos psicosociales

adscritos a diferentes juzgados consideraban la violencia de pareja como un criterio fundamental en la toma de decisiones sobre la custodia y el régimen de visitas. Lo que se halló en la investigación fue que, aunque la mayoría de los evaluadores realizaban distinciones entre los tipos de violencia, la naturaleza de esta distinción variaba en función de si ellos partían de una perspectiva feminista o una perspectiva familiar de la violencia. Quienes partían de un concepto feminista de la violencia, habían recibido una mayor formación profesional sobre la violencia de pareja, tenían mayor capacidad de identificar dinámicas de poder y control e indicaban que no se podía separar el maltrato contra la pareja de la relación con los niños, por lo que era necesario tener en cuenta la historia de violencia para decidir la organización de la parentalidad de forma adecuada. Por su parte, quienes partían desde la perspectiva de la violencia familiar, tenían una menor formación de violencia y una mayor tendencia a entender la violencia como algo mutuo y derivado del contexto de pareja, asumían que la violencia contra la esposa no implicaba que el esposo no pudiera ser un buen padre y veían las denuncias falsas por violencia como más habituales. Estos autores destacaron que los profesionales que mantenían una postura feminista sobre la violencia eran más proclives a diferenciar entre los tipos de violencia propuestos por Johnson (Terrorismo íntimo vs. Violencia situacional de pareja), aunque no los conocieran, que los defensores de la violencia familiar. A partir de los resultados, Haselschwerdt et al. (2010), resaltaron la importancia de identificar diferentes tipos de violencia para tomar decisiones más adecuadas con respecto a la organización de los contactos del menor con ambos progenitores.

Al igual que en la citada investigación, se ha considerado que las impresiones de los profesionales que trabajan con situaciones de divorcio y violencia son especialmente interesantes y que los profesionales que atienden los Puntos de encuentro familiar podrían aportar información relevante sobre esta temática.

Los Puntos de Encuentro Familiar

Calzada, Sacristán y de la Torre (2011) definen los Puntos de Encuentro Familiar como “servicios especializados, que intervienen profesionalmente desde el ámbito psicosocial en aquellas situaciones de separación familiar en las que los contactos/relación de los hijos/as con el padre, la madre o algún miembro de la familia presenta dificultades” (p. 27).

En materia de separación y divorcio, la población con la que trabaja en los PEF posee las siguientes características:

- Las parejas que acuden a los Puntos de Encuentro tienen hijos como fruto de su relación.
- Hablamos de separaciones que por sus características particulares no facilitan que sus implicados alcancen una buena adaptación a la situación.
- Los casos de ruptura de pareja atendidos en los Puntos de Encuentro vienen derivados del juzgado de forma casi exclusiva.

La actividad de estos servicios en Castilla y León está regulada por el Decreto

11/2010 de 4 de marzo, **por el que se regulan los Puntos de Encuentro Familiar en Castilla y León y su autorización de funcionamiento** y pretende dar cobertura al derecho que tiene el menor a mantener la relación con sus padres, aunque estos estén separados, tal y como recoge la convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989, y ratificada en España el 30 de noviembre de 1990, y el derecho de los padres que no conviven normalmente con sus hijos, a mantener contacto con ellos, tal y como establece en el artículo 94 del Código Civil en su regulación del derecho de visitas, comunicaciones y estancias.

2.- METODOLOGÍA

Para la presente investigación se ha optado por el análisis de contenido, una forma de metodología cualitativa, debido a que se han efectuado pocas investigaciones sobre la violencia de pareja desde la perspectiva del profesional, y se ha buscado obtener impresiones generales que sirvan de base para investigaciones futuras. Conviene destacar que los resultados y conclusiones aquí expuestos, así como las tablas y figuras incluidas en el presente escrito son exactamente los obtenidos en el Trabajo de Grado no publicado efectuado por Jimeno (2011).

Objetivos

El objetivo fundamental que la investigación se propuso fue el siguiente:

“Conocer las impresiones que los profesionales tienen de las situaciones de violencia de pareja con las que intervienen y su relación con el proceso de ruptura.”

Esta información nos permitiría conocer si los profesionales de los PEF identifican diferencias entre posibles formas de violencia en la pareja, averiguar los criterios que emplean para establecer estas posibles diferencias y conocer en que medida las impresiones de los profesionales se ajustan al contenido de la legalidad en materia de violencia de género. Esto posibilitaría ampliar la perspectiva profesional en esta materia para proponer nuevas formas de intervención que se integren a las ya existentes.

Método

Debido a la carencia de medios materiales para seleccionar una muestra más amplia, el método de trabajo consistió en efectuar dos entrevistas grupales integradas por dos grupos de 5 y 6 técnicos de diferentes Puntos de Encuentros familiar de la comunidad de Castilla y León, aunque no de todos. La muestra fue seleccionada en función de la disponibilidad y el interés de los entrevistados para participar en las entrevistas. Todos los trabajadores estaban en activo en ese momento y el único requisito para poder participar en la investigación consistía en haber recibido formación profesional sobre los PEF y/o haber trabajado en ellos durante más de un año.

La entrevista se realizó con un formato de preguntas abiertas donde se debía dar respuesta a estas cuatro cuestiones:

- ¿Percibe el profesional del Punto de Encuentro que todas las formas de violencia son iguales, o existen diferencias entre ellas?
- ¿En el caso de identificarse posibles diferencias, cuales serían?
- Según el criterio del profesional de los Puntos de Encuentro, ¿Cuáles serían las características de las situaciones que acuden al Punto de encuentro en las que se ha producido violencia?
- ¿Cómo se relaciona la violencia con el proceso de divorcio?

Población y muestras

Se optó por efectuar las entrevistas grupales a los profesionales de Puntos de Encuentro familiar de Castilla y León. La muestra fue seleccionada en función del interés por participar y la disponibilidad de las personas invitadas. La muestra estaba compuesta por 9 mujeres y 2 varones de edades comprendidas entre los 25 y 54 años de edad y el rango de tiempo de permanencia como técnicos en este servicio de los entrevistados oscilaba entre los 1 y 11 años. Todos los profesionales estaban titulados en algunas de las diferentes ramas de los servicios sociales y habían recibido diferentes cursos de formación en violencia de género (Tabla 1).

Tabla 1

Formación profesional y académica de los participantes en la investigación, (Jimeno, 2011).

	Titulación académica profesional				
	Psicología	Trabajo social	psicopedagogía	magisterio	
Nº	4	4	2	1	
Participantes					
	Otro tipo de formación (Master, Cursos de Experto, otros cursos sobre la materia...)				
	Violencia de Género	Mediación	Igualdad de oportunidades	Intervenciones en psicoterapia	Otros
Nº	11	6	1	1	2
Participantes					

Selección de categorías objeto de análisis

La selección de las categorías se realizó en dos fases: En la primera, a partir de la revisión bibliográfica efectuada, se extrajeron una serie de dimensiones que, en función de su relevancia en los textos seleccionados, la frecuencia con que aparecen y la coincidencia con otros autores, se consideró que era necesario emplear para el análisis posterior. Por ejemplo, los autores Gelles y Straus (Gelles 1974, Gelles y Straus, 1979) defendían que la violencia se producía por igual entre ambos cónyuges y de ahí se extrajo la categoría enfrentamiento mutuo, frente a dinámicas

de uno ataca-otro evita, más propias de otras formas de violencia. En la segunda, se incluyeron modificaciones en el primer análisis a partir de la lectura repetida y activa de las transcripciones realizadas, hasta conseguir desarrollar un sistema de categorías adecuado. Así, por ejemplo, aunque Johnson (Johnson, 2008) establece diferencias entre tipos de violencias en función del control y al principio se incluyó en el sistema de categorías, después tuvo que ser apartado ya que los profesionales apenas lo mencionaron, aunque si hablaban de asimetría en la pareja.

Análisis de datos

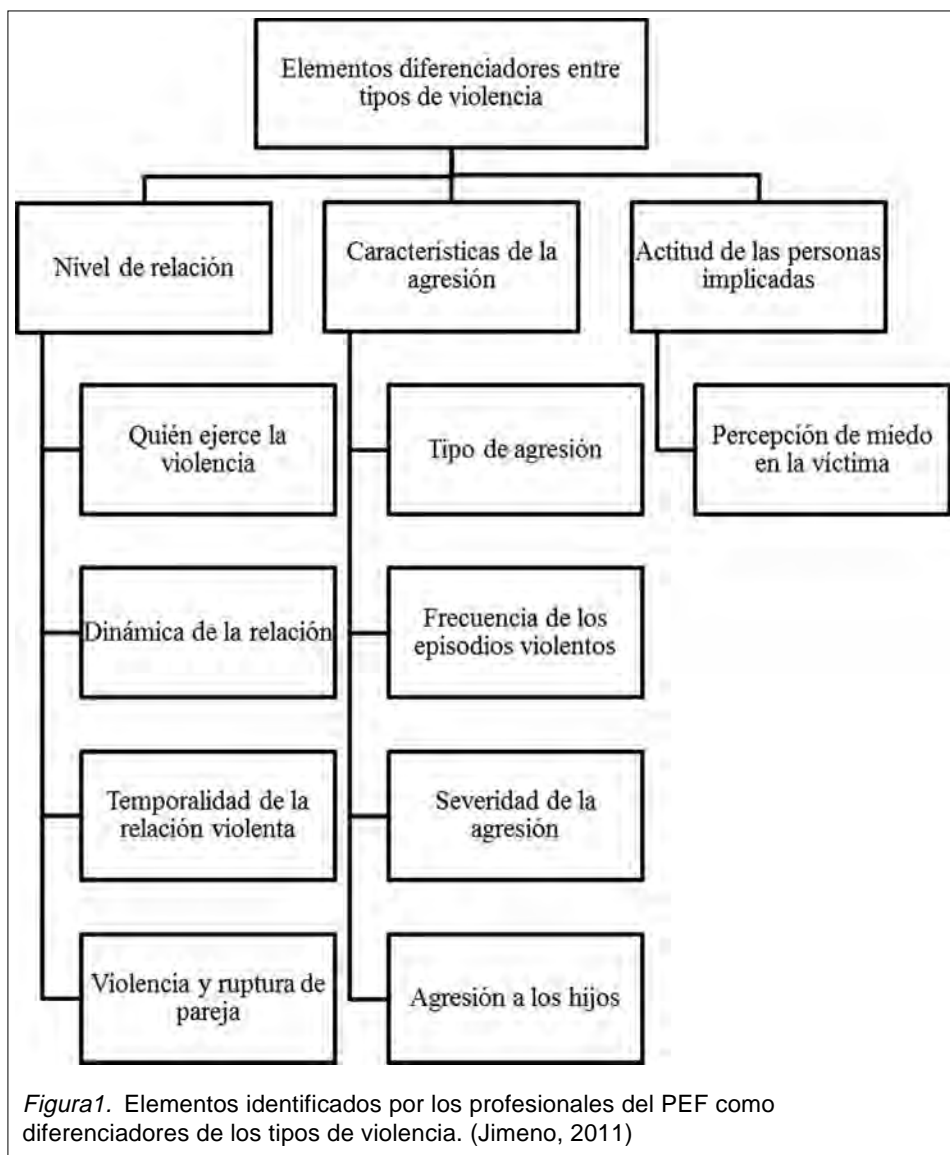
El programa de análisis cualitativo empleado fue Nudist 6. Este programa se basa en la asociación entre determinados textos y una serie de categorías para poder extraer el porcentaje de texto con respecto al total de los que se dice en el que se menciona cada una de ellas. Este dato es importante ya que cuanto mayor es el porcentaje del texto que incluye una categoría, mayor relevancia tendrá dicha categoría dentro del sistema de representaciones del profesional. Para realizar la interpretación de los datos, se efectuó una selección de los elementos que en mayor porcentaje eran mencionados en el texto y aquellos que se consideraron más relevantes tras el análisis bibliográfico, para después integrarlo en un modelo común. Para ello, primero se seleccionaron aquellas categorías que estaban contenidas en un porcentaje mayor al cuatro por ciento del total del texto, y éstas se compararon con los criterios más relevantes del modelo de Kelly y Johnson y del marco legislativo español en materia de violencia de género. La lista de categorías definitiva se resume en la figura 1. La categoría agresión a los hijos es la única seleccionada únicamente por su relevancia, ya que este aspecto es especialmente significativo en el contexto de trabajo de los Puntos de Encuentro.

3.- RESULTADOS

De la combinación de la revisión bibliográfica y el análisis de los datos recogidos en las entrevistas, se extrajeron tres niveles diferentes (véase Figura 1) sobre los que se asientan las características de las relaciones de pareja violentas según los profesionales. El primer nivel tiene que ver con las dinámicas de relación de pareja, el segundo con la forma en que se presenta el acto violento y el tercero con la actitud mostrada por parte de los miembros de la pareja. Cada uno de estos niveles se desglosa en una serie de categorías sobre las que se observan diferencias en las formas en que se produce la violencia, se señala el porcentaje del texto total que se refiere a cada categoría y se destacará un fragmento de las transcripciones a modo de ejemplo.

Nivel de Relación

En este nivel se identifican posibles diferencias en los actos violentos cometidos en función de las características de la relación en la pareja. Estas diferencias pueden observarse a cuatro niveles:



Según quien ejerce la violencia: Un 16% del texto en su totalidad identifica diferencias en función de si la violencia se ejerce de uno de los cónyuges, sobre el otro (10%), o si predominan las agresiones mutuas (7'5%). Además, se percibe la violencia unidireccional como más grave, se asocia en mayor medida con el concepto de maltrato y considera en mayor medida al hombre como agresor.

Participante 9 (mujer).- [...] vienen situaciones muy diferentes al punto de encuentro, las que vienen con una violencia muy prolongada en el tiempo, las puntuales, unas más severas que otras en las que las mujeres [...] tienen

miedo a la pareja y otras en las que no y el enfrentamiento es mutuo y continua mucho más tiempo [...]

Según la dinámica de la relación: A este respecto, un 4'5% de la conversación se refiere al tipo de relación de pareja, en términos de simetría y asimetría de poder, y un 6'2% habla del nivel de conflicto entre los cónyuges en términos de enfrentamiento mutuo o dinámicas de búsqueda-evitación del conflicto. El texto menciona un desequilibrio de poder a favor del hombre en un 3,4% del texto frente al 1'9% que menciona la existencia de dominio por parte de la mujer.

Participante 8 (hombre).- [...] si yo te empujo o te empujo más fuerte puedo ser violento incluso en mi forma de actuar contigo, pero no necesariamente eso puede ser interpretado como un maltrato, a lo mejor ella no se siente maltratada... no sé si me explico, es lo que decíamos si dos personas se insultan están teniendo una discusión para mí violenta, o es una pareja con violencia, ¿Está maltratando a la otra persona? es lo que decías tu, si uno está aquí arriba, y el otro está aquí abajo, si. Si los dos están en el mismo nivel, no sé, se están peleando.

Según la temporalidad de la relación violenta: El 9,0% del texto indica diferencias entre tipos de violencia en función del tiempo que la pareja se ha mantenido en una dinámica de relación violenta. Tal y como expresan los entrevistados:

Participante 11 (mujer).- [...] si ha sido algo más puntual y entonces han decidido separarse no es igual que una separación que viene arrastrando malos tratos desde hace mucho tiempo, entonces yo si considero importante la temporalidad como un factor que diferencia a las parejas.

Según la violencia y la ruptura de pareja: Un 7'4% del texto, menciona la asociación entre violencia y ruptura de pareja. El profesional tiende a diferenciar entre si la ruptura es la causa de la violencia, percibida ésta como de menor intensidad, o si la violencia se producía antes de la ruptura y se continúa efectuando una vez finalizada la relación, elemento asociado en mayor medida con el maltrato.

Participante 7 (mujer).- pues que si que hay veces que el hecho de plantear una separación general, que empiecen a comportarse violentamente entre ellos. Porque uno no la quiere, se resiste a esa separación entonces... empieza a intentar ser violento con el otro, o dirigirse a él de forma violenta, y hace que la separación sea más difícil. Ya no yéndonos sólo a la violencia de género o violencia cuando si que hay un maltrato, sino a un proceso que se inicia y uno no quiere y el otro si, si que da lugar a que pueda surgir la violencia entre ellos que luego llega la separación más enconada, donde no puedes hacer casi ningún tipo de acuerdo porque ellos están muy violentos entre ellos y no ha habido a lo mejor violencia física ninguna, simplemente están, pues eso en un proceso de yo gano, tu pierdes y ahí hay un tipo de... enfrentamiento. No se si llega a ser violencia, pero si es un enfrentamiento importante [...]

Características de la agresión

Las características de la agresión se refieren exclusivamente a cómo se está produciendo el acto violento y se distribuye en cuatro elementos:

Tipo de agresión efectuada: A priori no se establecen diferencias entre tipos de violencia en función de si ésta es física o psicológica (16% del texto), la diferencia viene marcada por el hecho de que las agresiones físicas y psicológicas combinadas se asocian en mayor medida a la idea de maltrato.

Participante 7 (mujer).- Y si, yo creo que la distingue que sea violencia más prolongada y violencia de un momento es el tema de lo psicológico, de que hay un maltrato psicológico asociado a la violencia.

Frecuencia del acto violento: Los profesionales identifican diferentes niveles de violencia en función de la frecuencia del acto violento (9,8%).

Participante 11 (mujer).- Pero yo no creo que se pueda comparar en ningún caso el maltrato puntual con un maltrato continuado en el tiempo. Porque algo puntual es un hecho puntual, que no se debe consentir de ninguna manera, pero puede pasarle a cualquiera, [...] en una circunstancias puntuales.

Severidad del acto violento: También se establecen diferencias en función de la severidad de las agresiones (4,2% del texto). Altos niveles de severidad son percibidos como maltrato.

Participante 1 (hombre).- No se puede meter todo en el mismo saco, no se puede meter a la señora aquí con lesiones, realmente con un parte de lesiones que está asustada...

Agresión a los hijos: El 2'1% del discurso de los participantes en la investigación estaba dirigido a señalar la existencia de agresiones hacia el menor, asociadas a formas de violencia contra la pareja:

Participante 8 (hombre).- Pero me refiero a cuando la violencia es mutua y hay una escalada, escalada de insultos, de desprecios, de empujones mutuos, o cuando es una persona la que maltrata severamente a la otra o incluso a los hijos.

Actitud de las personas implicadas

De las posibles diferencias en las formas de violencia en función del comportamiento que mantienen los implicados durante el tiempo que permanecen bajo la atención de los profesionales de los PEF, solamente una se consideró especialmente relevante, el *Miedo percibido en la víctima*. En este sentido, los profesionales perciben diferencias en función del miedo percibido en la víctima (6'3% del texto).

Participante 4 (mujer).- [...] si que es verdad que, cuando ves por ejemplo a una persona, por ejemplo a una persona, en este caso la mayoría de las veces suelen ser mujeres, pues que está verdaderamente asustada, que demuestra bastante preocupación y demás, pues... hay valores un poco también si... lo puede estar sufriendo de verdad.

4.- CONCLUSIONES

A partir de los resultados, es posible concluir que los profesionales de los Puntos de Encuentro familiar de Castilla y León identifican diferentes formas de violencia en función de las características particulares que las rodean y el hecho de que se puedan destacar una serie de criterios diferenciadores en su discurso permite efectuar esta afirmación. Además, los resultados señalan que las impresiones que los profesionales expresan con respecto a la violencia y el proceso de ruptura, pueden clasificarse en tres tipos *Maltrato Hacia el Cónyuge*, *Relación de Pareja Beligerante* y *Violencia Puntual en la Pareja*, en función de las diferencias marcadas sobre los criterios identificados y que se describen en la Tabla 2.

Tabla 2

Posible tipología de violencia en función de la percepción de los profesionales de los Puntos de Encuentro familiar de Castilla y León (Jimeno, 2011).

		Maltrato hacia el cónyuge	Relación de pareja beligerante	Agresión puntual en la pareja
Nivel de Relación	Quien la ejerce	- Se considera una forma de violencia unidireccional. - Es ejercida con mayor frecuencia por el hombre contra la mujer.	- Se considera una forma de violencia mutua.	- Puede ser unidireccional o mutua.
	Dinámica de la relación	- Se percibe una forma de relación asimétrica (poder/sumisión). - Se percibe una tendencia de dominio del varón sobre la mujer.	- Se percibe una dinámica de relación simétrica, sin sumisión, en la que el nivel de enfrentamiento es de igual intensidad en ambos cónyuges.	- Se percibe una dinámica de relación simétrica, sin sometimiento.
	Tiempo de relación de pareja	- Es más habitual en relaciones de pareja más duraderas.	- Se asocia en mayor medida con relaciones de pareja más duraderas.	- Es más habitual en relaciones de pareja más cortas. Puede generar la ruptura.
	Violencia y separación	-Suele producirse antes de la ruptura y se mantiene después de la ruptura.	-Suele producirse antes de la ruptura y se mantiene después de la ruptura.	-Puede producirse antes o después de la ruptura.

Características de la agresión	Tipo de violencia	- Se caracteriza por el uso del maltrato psicológico como acompañante de la violencia.	- Se caracteriza por el uso de agresiones físicas y psicológicas.	- Se caracteriza por el uso de agresión física y/o psicológica, pero no se percibe como maltrato.
	Frecuencia del acto violento	- Las agresiones suelen producirse con mayor frecuencia.	- Las agresiones suelen producirse con mayor frecuencia.	- Las agresiones suelen producirse de forma puntual o esporádica.
	Severidad de la agresión	- Suelen ser agresiones más severas.	- Suelen ser agresiones más leves.	- Suelen ser agresiones más leves.
	Agresión a los hijos	- La violencia puede ir acompañada de agresiones a los hijos.	- La violencia no suele ir acompañada de agresiones a los hijos.	- La violencia no suele ir acompañada de agresiones a los hijos.
Actitud de las personas implicadas	Percepción del miedo en la víctima	- Se percibe un miedo "real" en la víctima.	- No se percibe miedo "real" en la víctima.	- No se percibe miedo en la víctima.

El análisis del criterio de los profesionales encuentra más similitudes con el modelo propuesto por los autores Kelly y Johnson (2008) que con las características presentes en la legislación vigente en materia de violencia doméstica y de género (véase Tabla 3).

Tabla 3

Comparativa del modelo de violencia de género, tipología de Kelly y Johnson y de la percepción de los profesionales de los Puntos de Encuentro familiar (Jimeno, 2011).

		Violencia de género	Modelo de Kelly y Johnson	Criterio de los profesionales del PEF
Nivel conceptual	Punto de partida del modelo	Contexto de la lucha por la igualdad de género.	Contexto de la investigación social de la violencia íntima de pareja.	Contexto de ruptura de pareja compleja.

Marco teórico	Reconocimiento internacional de la violencia contra la mujer como un problema de salud pública y aceptación del concepto del Síndrome de la mujer maltratada.	Revisión e integración de los resultados obtenidos en las investigaciones efectuadas en contextos de violencia íntima de pareja por distintos autores.	Resultados obtenidos de la percepción del profesional de los Puntos de Encuentro, en materia de violencia en la pareja en contextos de ruptura.	
Unidad de análisis y conceptos.	Violencia en contextos familiares expresada en términos de: -Violencia de género: Ejercida por el marido contra la esposa. -Violencia doméstica: Ejercida entre cualquiera de los otros miembros de la familia, incluido contra el esposo.	Violencia en el nivel de las relaciones de pareja, expresada en términos de: -Control coercitivo violento. -Violencia situacional de pareja. -Resistencia violencia. -Violencia generada por la separación	Violencia en el nivel de las relaciones de pareja, expresada en términos de: -Maltrato hacia el cónyuge. - Relación de pareja beligerante. - Agresión puntual en la pareja.	
Línea de demarcación	Diferencias de género debido a desigualdades históricas patriarcales.	Diferencias en la búsqueda de un control global sobre la otra persona.	Diferencias en función de las dinámicas de relación de pareja.	
Nivel de Relación	Quien ejerce la violencia	Principalmente es el hombre quien ejerce la violencia.	Hombre o mujer en función del tipo de violencia.	De uno de los cónyuges hacia el otro, o entre ambos en función del tipo de violencia.
	Tiempo de relación de pareja	No establece diferencias temporales	Establece diferencias en los tipos, en función del tiempo de exposición a la violencia	Establece diferencias en los tipos en función del tiempo de exposición a la violencia.

	Violencia y ruptura de pareja	No identifica diferencias sobre si la violencia se ejerce antes o después de la ruptura.	Se establece diferencias entre si la violencia es previa a la ruptura o si se produce a causa de ella.	Se establece diferencias entre si la violencia se mantiene antes y después de la ruptura o si se produce a causa de ella.
Nivel del acto violento	Tipo de violencia (física o psicológica)	Los tipos de violencia son los mismos con independencia del género del agresor.	No se identifican diferencias en los tipos de agresión, si en cambio en su formato de aplicación. (Agresión frente a maltrato)	No se identifican diferencias en los tipos de agresión, si en cambio en su formato de aplicación. (Agresión frente a maltrato)
	Severidad de la agresión	La violencia de género es más severa por definición que la violencia doméstica.	Establece diferencias entre tipos en función de la severidad del acto violento.	Establece diferencias entre tipos en función de la severidad del acto violento.
	Frecuencia del acto violento	Se considera un agravante de la violencia, pero no establece diferencias de género al respecto.	Establece diferencias según los tipos de violencia.	Establece diferencias según los tipos de violencia.
	Agresión a los hijos	Se considera un agravante de la violencia, pero no establece diferencias de género al respecto.	Establece diferencias según los tipos de violencia.	Establece diferencias según los tipos de violencia.
Nivel individual	Existencia de miedo en la víctima.	No se contempla dentro de los criterios aplicados en violencia de género.	Establece diferencias según los tipos de violencia.	Establece diferencias según los tipos de violencia.

Implicaciones de la investigación

El hecho de que la perspectiva del profesional esté en sintonía con el modelo de Kelly y Johnson es interesante ya que facilita la asunción de este modelo como factible y anima a que las investigaciones en materia de violencia de género continúen por esa línea. Sin embargo, el distanciamiento frente a la propuesta legislativa invita a reflexionar sobre cual es y debe ser el papel de las investigaciones

en esta materia a la hora de tomar decisiones con respecto a la elaboración y modificación de las leyes.

En este sentido, la perspectiva de Kelly y Johnson puede ser de utilidad tanto para la optimización del funcionamiento de los PEF, como para el ámbito jurídico y en la toma de decisiones con respecto al ejercicio de la parentalidad y los contactos de los menores con ambos progenitores.

Como se mencionó anteriormente, la intervención que se efectúa desde los Puntos de Encuentro de Castilla y León está regulada por el Decreto 11/2010, de 4 de marzo, y entre sus elementos incluye uno que obliga a aplicar un protocolo especial para aquellos casos en los que existe una medida de protección para alguno de los cónyuges. Ocurre que, en ocasiones, es posible que se presenten situaciones que puedan suponer un riesgo para cualquiera de los cónyuges y que, al no haber sido denunciadas y/o condenadas, no posibiliten la utilización de dichas medidas. Por otra parte, el citado protocolo prohíbe la realización de acciones mediadoras en situaciones de violencia incluso cuando la medida de protección ya haya prescrito. El establecimiento de diferentes formas de violencia permitiría diferenciar entre los casos en los que sería posible mediar y los que no, y en este sentido, se considera que la mediación estaría contraindicada en situaciones asociadas a dinámicas de maltrato y podría ser aceptable ante otros tipos de violencia.

Con respecto al marco jurídico, y de nuevo mencionando la mediación, la Ley de Violencia de Género no permite las actividades mediadoras en este tipo de situaciones, Sin embargo, los juzgados si admiten la aprobación de convenios reguladores acordados por los cónyuges. En este sentido, se debe ser prudente, ya que la aprobación de determinadas medidas civiles pactadas, podría facilitar la continuidad de la situación abusiva por parte de quién agrede, por lo que sería más prudente que desde el marco jurídico no se permitieran este tipo de acuerdos, o se empleara un especial rigor a la hora de evaluar la aceptación de dichos convenios reguladores. Con respecto al establecimiento del ejercicio de la parentalidad y los contactos con ambos progenitores, es posible que las situaciones de maltrato hacia el cónyuge sean de mayor riesgo para los hijos comunes de la pareja que otras formas de violencia, y por lo tanto, tal vez fuera más conveniente, siempre en beneficio del menor, que los contactos con el progenitor que ejerza el maltrato sean más limitados y revisados con gran detenimiento para evitar posibles agresiones, o maltrato psicológico en el menor. Con relación a la organización de la parentalidad, Jaffe, Crooks y Bala (2005) ofrecen una propuesta que podría resultar interesante.

Limitaciones al estudio

A pesar del empeño demostrado para realizar el proyecto de la forma lo más adecuada posible, es conveniente señalar la existencia de una serie de limitaciones que deberían ser resueltas en investigaciones posteriores. Por un lado, la investigación ha sido efectuada en un contexto muy concreto que no incluye la valoración profesional de situaciones de violencia con hijos que no acuden a los PEF, que

podría resultar enriquecedora. Además, la investigación se centra en la exploración y conocimiento profundo de los Puntos de Encuentro de Castilla y León, pero otras Comunidades Autónomas actúan a partir de decretos reguladores del funcionamiento de los PEF diferentes y los propios servicios poseen criterios de actuación distintos, por lo tanto, es posible que sus impresiones puedan diferir.

Investigaciones futuras

Existen varias dimensiones desde las cuales poder ampliar esta investigación con objeto de realizar análisis más precisos que permitan aumentar la validez de los resultados obtenidos. Para ello, sería necesaria la ampliación de la muestra, de forma que se consigan alcanzar niveles de saturación, la utilización de un grupo de expertos para perfeccionar el sistema de categorías y la creación de un grupo de jueces que colaboren en la asignación de textos a categorías. Por otra parte, sería importante conocer las impresiones de otros profesionales implicados en la temática de la violencia en contextos de ruptura (trabajadores de Puntos de Encuentro de otras comunidades autónomas, equipos psicosociales adscritos a diferentes Juzgados, abogados...) y así poder comparar la información que puedan ofrecer, con la obtenida en la presente investigación. También, resultaría de gran interés realizar un estudio con los usuarios del Punto de Encuentro que se hayan visto implicados en situaciones de violencia, con el objetivo de conocer su experiencia personal y establecer comparaciones con el modelo propuesto por los profesionales, para modificar e integrar la tipología expuesta con los resultados que se obtuviesen en las entrevistas con los usuarios.

Referencias bibliográficas

- Ahrons, C.R. (2005). Divorce: An unscheduled family transition. En E. A. Carter y M. McGoldrick (Eds.), *The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives* (pp. 381-398). Boston, EEUU: Allyn and Bacon Classics.
- Calzada, E., Sacristán, M. I. y de la Torre, J. (2011). La intervención psicosocial en los puntos de encuentro familiar. Valladolid, España: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Carter, E.A. y McGoldrick, M. (1981). *Family life cycle*. Nueva York, EEUU: Brunner and Mazel.
- Cseh-Szombathy, L., Koch-Nielsen, I., Trost, J. y Weda, I. (1985). *The aftermath of divorce-Coping with family change: An investigation in eight countries*. Budapest, Hungría: Akademiai Kiado.
- Dobash, R. E. y Dobash, R. P. (1979). *Violence against wives*. Nueva York, EEUU: Free Press.
- Everett, C. A. y Volgy S. S. (1991). Treating divorce in family therapy Practise. In A.S. Gurman y D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy, vol 2* (pp. 508-524). Nueva York, EEUU: Brunner/Mazel.
- Gelles, R. J. (1974). *The violent home: A study of physical aggression between husbands and wives*. Newbury Park, CA: Sage.
- Gelles R. J. y Straus, M. A. (1979). Determinants of violence in the family: Toward a Theoretical Integration. In W. R. Burr, R. Hill y F. I. Nye (Eds), *Contemporary theories about the family*. (pp. 549-581), New York, USA: Free press.
- Golding J. M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of family violence, 14*(2), 99-132. doi: 10.1023/A:1022079418229
- Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic: a scientifically-based marital therapy*. Nueva York, EEUU: Norton y Company.

- Haselschwerdt, M. L., Hardesty, J. L. y Hans, J. D. (2011). Custody evaluators' beliefs about domestic violence allegations during divorce: Feminist and family violence perspectives. *Journal of interpersonal violence*, 26(8), 1694-1719. doi: 10.1177/0886260510370599
- Jaffe, P. G., Crooks, C. V. y Bala, N. (2005). Making appropriate parenting arrangements in family violence cases: Applying the literature to identify promising practices. Recuperado de http://canada.justice.gc.ca/eng/rp-pr/fl-lf/parent/2005_3/2005_3.pdf
- Jimeno, D. (2011). *Análisis Exploratorio de la percepción de los profesionales de los Puntos de Encuentro familiar sobre la relación entre la violencia en los contextos de pareja y el proceso de ruptura*. (Trabajo de Grado no publicado). Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of marriage and the family*, 57(2), 283-294. doi: 10.2307/353683
- Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston, EEUU: Hannover and London.
- Johnston, J. R. (1994). High conflict divorce. *Children and divorce*, 1(4), 165-182. doi: 10.2307/1602483
- Johnston, J. R. y Campbell, L. E. (1993). A clinical typology of interparental violence in disputed-custody divorces. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(2), 190-199. doi: 10.1037/h0079425
- Kelly, J. B. (1993). Current research on children's postdivorce adjustment – No simple answers. *Family court review*, 31(1), 29-49. doi: 10.1111/j.174-1617.1993.tb00281.x
- Kelly, J. B. y Johnson, M. P. (2008). Differentiation among types of intimate partner violence: research update and implications for interventions. *Family court review*, 46, 476-499. doi: 10.1111/j.1744-1617.2008.00215.x
- Lorente, J. A. y Lorente, M. (1998). *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. Granada, España: Comares.
- Stark, E. (2007). *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life (Interpersonal Violence)*. Nueva York, EEUU: Oxford University Press.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. Nueva York, EEUU: Springer.

EL CASO DE OLIVIA: UN EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

OLIVIA'S CASE: AN EXAMPLE OF APPLICATION OF THE BRIEF STRATEGIC THERAPY

Sergio Pérez Ruiz

Universidad de Valencia

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pérez Ruiz, S., y Caro Gabalda, I. (2015). El caso de Olivia: Un ejemplo de aplicación de la Terapia Breve Estratégica. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 209-226.

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar la aplicación de la Terapia Breve Estratégica en una paciente, Olivia, con un Trastorno de pánico y agorafobia. A lo largo del artículo se detalla dicha intervención. El tratamiento fueron siete sesiones y dos seguimientos en el que el objetivo principal consistió en sustituir las soluciones intentadas disfuncionales por otras que fueran funcionales.

Al final del proceso de psicoterapia Olivia experimentó una mejoría completa, cuestión que se corroboró en los dos seguimientos posteriores, a los tres y seis meses.

Palabras clave: Estudio de Caso, Terapia Breve Estratégica.

Abstract

The aim of this paper is to show a Brief Strategic Therapy intervention in a patient, Olivia, diagnosed as having panic disorder and agoraphobia. Throughout the article the intervention applied is shown. Treatment lasted 7 sessions and two follow-ups. Therapy main aim was to replace dysfunctional attempted solutions with other more functional ones.

At the end of the process of psychotherapy Olivia underwent a complete recovery. The two follow-ups, at three and at six months showed the maintenance of this change.

Keywords: Case Study, Brief Strategic Therapy.



Introducción

En este trabajo se detalla el tratamiento de Olivia. Utilizando los criterios diagnósticos y estadísticos del DSM-V (2013) se puede señalar que Olivia sufría un Trastorno de pánico y agorafobia. Sus síntomas principales en relación con los ataques de pánico eran palpitaciones, sudoración y miedo a morir. Esta última cuestión fue fundamental en el trabajo e intervención realizada. Los ataques de pánico iban, además, acompañados de inquietud y preocupación constante así como comportamientos dirigidos a evitar los ataques de pánico. El componente evitador fue una de las cuestiones centrales en el tratamiento. Por otro lado, en relación con la agorafobia, presentaba miedo a ir en el coche de viaje y a encontrarse en lugares cerrados en los que fuera difícil escapar.

La intervención realizada consistió en siete sesiones (con un postest en la cuarta sesión y otro en la séptima) y dos seguimientos (octava y novena sesión) de Terapia Breve Estratégica. Este enfoque, epistemológicamente, hunde sus raíces, fundamentalmente, en la perspectiva sistémica (con su concepto de causalidad circular), en la teoría de la cibernética (Foerster, 1973; Glaserfeld, 1984), en el lenguaje persuasivo de Milton Erickson (1979) y en los principios teóricos y pragmáticos de la comunicación de Watzlawick (1977).

Desde este enfoque terapéutico se parte de la idea de la existencia de una causalidad circular en la construcción de una dificultad o de un problema. Así pues, se enfatiza la relevancia de determinar las soluciones intentadas que no funcionan puestas en marcha por el paciente ya que son las que mantienen el problema. Como dice Nardone (1997) no existe necesariamente una relación entre cómo aparece el problema y cómo se puede afrontar y resolver, pero sí existe una causalidad de índole circular entre cómo el problema se mantiene y lo que el paciente hace o no hace para resolverlo, sin conseguirlo.

El objetivo de esta psicoterapia fue bloquear y modificar las soluciones intentadas pasando de unas que eran disfuncionales a otras que fueran funcionales. Por tanto, en el tratamiento de Olivia quedó patente que las soluciones intentadas que no le funcionaban fueron, primero, bloqueadas y posteriormente sustituidas por otras que sí funcionaban.

Así pues, al final del tratamiento Olivia experimentó una mejoría completa, cuestión que se corroboró en los dos seguimientos posteriores, a los tres y seis meses.

Descripción de la paciente

Olivia, de 21 años de edad cuando comenzó la psicoterapia, es el pseudónimo que el primer autor de este trabajo le dio a esta paciente en su tesis doctoral, en la que se analizó el proceso de asimilación de la experiencia problemática de Olivia (Stiles, Elliot, Llewelyn, Firth-Cozens, Margison, Shapiro y Hardy, 1990; Stiles, Morrison, Haw, Harper, Shapiro y Firth-Cozens, 1991). Olivia proporcionó su consentimiento para que las sesiones fueran grabadas, transcritas y analizadas por

el equipo de investigación. La terapia la realizó el primer firmante de este trabajo.

La paciente acudió a psicoterapia por su miedo a morir, “me preocupa morirme o que me esté pasando algo”. Este miedo, que le generaba preocupación, ansiedad, obsesiones, provocaba que o bien Olivia evitara determinadas situaciones (ej. “Salir de fiesta con amigos/as”) o que las soportara experimentando un profundo malestar (ej. Cuando viajaba en coche con su novio las sensaciones de malestar eran continuas y constantes). Acudió a terapia después de dos años, aproximadamente, de intentar resolver su problema por su cuenta (al principio lo achacaba a un consumo de sustancias, concretamente cannabis). Al acudir a terapia los “síntomas” estaban presentes de forma continua, incluso en las últimas semanas se habían agudizado. En sus estudios, el rendimiento había bajado, es decir, se habían visto afectadas sus notas. El diagnóstico que recibió la paciente según el DSM-V (2013) fue el de Trastorno de Pánico y Agorafobia. En relación al trastorno de pánico, en Olivia, y a modo de resumen, estaban presentes los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
4. Miedo a morir.
5. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias.

En cuanto a los criterios de agorafobia que cumplía Olivia podemos destacar los siguientes: miedo a usar el transporte público (el coche fundamentalmente) y a estar en sitios cerrados.

En las Tablas 1, 2 y 3 pueden verse las puntuaciones obtenidas en diferentes medidas (cuestionarios), en diferentes momentos temporales y que nos permitieron realizar comparaciones estándar entre el pretest y el postest y calcular posteriormente el Índice de Cambio Fiable (ICF, o en su acepción en inglés RCI: *Reliable Change Index*) de Jacobson y Truax (1991). Este último índice nos permitió concluir que entre el Pretest y el Postest existen cambios estadísticamente significativos en algunas de las medidas.

Los cuestionarios utilizados fueron el *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) para evaluar la depresión, el *State and Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) para valorar la ansiedad “rasgo” (STAI-R) y la ansiedad “estado” (STAI-E) y el *SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised)* (Derogatis, 1977) para evaluar nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar. Los momentos temporales en los que se pasaron dichas pruebas fueron 3, un Pretest (en la primera sesión), un Postest al que llamaremos Postest 1 en la cuarta sesión y finalmente un Postest en la séptima sesión (Postest 2).

Tabla 1

Puntuaciones directas y centiles en el pretest, postest 1 (cuarta sesión) y postest 2 (séptima sesión) en el SCL-90-R.

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI
Pretest	2.3 (97)	2.1 (97)	0.22 (35)	0.84 (85)	2.1 (97)	0 (5)	1.14 (90)	0.33 (50)	0.7 (90)
Postest 1	0.75 (60)	0.6 (55)	0 (5)	0 (5)	0.3 (30)	0 (5)	0.14 (45)	0 (5)	0 (5)
Postest 2	0.5 (45)	0.3 (30)	0 (5)	0 (5)	0.1 (15)	0 (5)	0 (5)	0 (5)	0 (5)

Nota. SOM = Somatización; OBS = obsesión – compulsión; INT = Sensibilidad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; FOB = Ansiedad fóbica; PAR = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo. Entre paréntesis aparecen las puntuaciones centiles correspondientes a cada puntuación directa.

Tabla 2

Puntuaciones directas y centiles en el pretest, postest 1 (cuarta sesión) y postest 2 (séptima sesión) en el SCL-90-R (continuación).

	GSI	PST	PSDI
Pretest	1.11 (90)	51 (90)	1.99 (70)
Postest 1	0.25 (20)	16 (25)	1.4 (25)
Postest 2	0.12 (10)	10 (15)	1.08 (5)

Nota. GSI = Intensidad sufrimiento; PST = Número total síntomas presentes; PSDI = Intensidad sintomática media. Entre paréntesis aparecen las puntuaciones centiles correspondientes a cada puntuación directa.

Tabla 3

Puntuaciones en el pretest, postest 1 (cuarta sesión) y postest 2 (séptima sesión) en el BDI y en el STAI.

Pruebas	Pretest	Postest 1	Postest 2
BDI	8	0	0
STAI – E	24	7	0
STAI - R	21	13	8

Nota. BDI: Inventario de Depresión de Beck; STAI: Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo de Spielberger y cols.

Como puede apreciarse en las Tablas 1, 2 y 3 la paciente experimentó resultados positivos si comparamos las puntuaciones en los tres cuestionarios entre

el Pretest, el Postest 1 y el Postest 2. Por lo tanto, podemos señalar que Olivia experimentó entre el comienzo de la psicoterapia y la última sesión una disminución en todas las puntuaciones evaluadas por el BDI, el STAI y el SCL-90-R.

Además de realizar estas comparaciones estándar entre el Pretest y el Postest también se utilizó el *Índice de Cambio Fiable* (Jacobson y Truax, 1991) (los datos aparecen en las Tablas 4 y 5).

Tabla 4*Índice de Cambio Fiable (ICF) para el SCL-90-R.*

Dimensiones Sintomáticas	Cambio Clínico (Punto de corte C)	Índice de Cambio Fiable (ICF): Pretest – Postest 1	Índice de Cambio Fiable (ICF) Pretest – Postest 2
Somatización (SOM)	C= 0.93	2.98 > 1.96	3.46 > 1.96
Obsesión – compulsión (OBS)	C= 0.87	3.26 > 1.96	3.91 > 1.96
Ansiedad (ANS)	C= 0.89	4.28 > 1.96	4.76 > 1.96
Ansiedad fóbica (FOB)	C= 0.44	1.88 < 1.96	2.15 > 1.96

Nota. Por motivos de espacio se remarcan sólo aquellos resultados que nos indican que el cambio logrado por la paciente es fiable y estadísticamente significativo.

Tabla 5*Índice de Cambio Fiable (ICF) para el BDI y para el STAI*

Dimensiones Sintomáticas	Cambio Clínico (Punto de corte C)	Índice de Cambio Fiable (ICF): Pretest – Postest 1	Índice de Cambio Fiable (ICF) Pretest – Postest 2
BDI	C= 13.09	2.4 > 1.96	2.4 > 1.96
STAI-E	C= 24.94	3.81 > 1.96	5.38 > 1.96
STAI-R	C= 28.34	1.45 < 1.96	2.36 > 1.96

Nota. En negrita se remarcan aquellos datos que nos indican que el cambio logrado por la paciente es fiable y estadísticamente significativo.

El Índice de Cambio Fiable nos permite establecer las siguientes conclusiones:

-En primer lugar se puede señalar que, en general, existe un cambio fiable y estadísticamente significativo ($ICF > 1.96$) entre las puntuaciones obtenidas por la paciente en el Pretest y el Postest 1 y entre el Pretest y el Postest 2 en el BDI, en el STAI y en el SCL-90-R (véase Tabla 4 y Tabla 5).

-En el caso del BDI y del STAI no podemos afirmar que el cambio sea clínicamente relevante ya que la paciente no pasa de un estado de gravedad a uno de funcionalidad puesto que las puntuaciones iniciales ya son bajas.

-En cambio, en el caso del SCL-90-R, además de que se aprecia, como ya hemos dicho, un cambio estadísticamente significativo entre el Pretest y el Postest 1 y entre el Pretest y el Postest 2 en diferentes dimensiones sintomáticas (somatización, obsesión – compulsión, ansiedad y ansiedad fóbica) (con la excepción de la

dimensión ansiedad fóbica, en la que no se produce un cambio estadísticamente significativo entre el Pretest y el Postest 1), también se aprecia un cambio clínicamente relevante (véase Tabla 4).

-Finalmente, hay que señalar que este Índice nos permite afirmar que se ha producido un cambio entre el inicio de la terapia y el final de ésta.

Vinculado con el cambio ocurrido durante el proceso terapéutico la paciente comenta (al ser preguntada en la séptima sesión acerca de su punto de vista sobre diferentes cuestiones sobre el proceso de terapia) que su satisfacción con la terapia es del 100 % y que entre los cambios a raíz de la terapia destacaría que *“se me han quitado los miedos, ya no estoy pendiente de mi interior, no tengo crisis, y si en algún momento se inicia una crisis estoy más preparada y tengo recursos y eso me da control”*.

Descripción del problema y principales objetivos terapéuticos

El problema que vamos a describir seguidamente quedó especificado, fundamentalmente, entre la primera y la segunda sesión con Olivia (principalmente, aunque a lo largo de todo el proceso de psicoterapia aparecen nuevas informaciones que también son relevantes para conocer mejor el problema).

Además, desde el punto de vista de la Terapia Estratégica se conoce a través del cambio (Nardone y Portelli, 2006), y por lo tanto, cuando se comienza a intervenir es cuando se puede afirmar, en caso de que el problema se vaya resolviendo, que conocemos “verdaderamente” un problema. Esta cuestión estaría relacionada con un diagnóstico de carácter pragmático y operativo.

La descripción del problema de Olivia se va a exponer, por tanto, de un modo más “pragmático” y concreto, que complementa su diagnóstico ya ofrecido según el DSM-V (2013).

El problema de Olivia, el cual fue descrito ya en la primera sesión, era que le preocupaba desde hacía 2 años morirse o tener una enfermedad. Así pues, esta preocupación por la probabilidad de morir o enfermar (que evolucionó y le generó rumiaciones y obsesiones) aparecía ante la detección por parte de Olivia de un síntoma físico al que cada vez le prestaba mayor atención (por ejemplo, era muy frecuente que ante un dolor de cabeza se desarrollara el problema). A continuación, experimentaba taquicardias, tensión y se preocupaba por la posibilidad de que le diera un ataque al corazón. La paciente comentó que el malestar empezaba al ver una serie de TV (*House, 1000 maneras de morir...*) o hablar con amigos sobre temas relacionados con la muerte.

El miedo estaba presente en el día a día de Olivia, motivo por el cual acudió a consulta. Y no era algo esporádico sino constante y continuo, y además le venía de modo imprevisible y ante muchas situaciones diferentes, en el coche, en una fiesta, en el trabajo, etc. Sin embargo, Olivia señaló que era en el coche donde más le venía su miedo a morir o a enfermar.

Entre otras cuestiones, el miedo hizo que Olivia dejara de salir de fiesta con

amigos, que evitara ver determinados programas de TV, que fuera en coche pues experimentaba un gran sufrimiento, etc. Todo esto derivó en una sensación de frustración y falta de seguridad al no conseguir afrontar esta experiencia problemática.

Con palabras textuales de Olivia su problema era el siguiente: *“es cuando tengo algún dolor de cabeza y todo eso, primero es superalerta del palo y mi pensamiento es, que me da, como si me fuera a morir y entonces pasa el tiempo, pasa el tiempo y ves que no te mueres, que estás y que no pasa nada y entonces como que te relajas un poco”*.

Resumiendo, asumimos desde la Terapia Breve Estratégica que el problema de Olivia era una falta de control sobre sí misma que le provocaba más miedo y evitación. En un intento de que sus temores, sus miedos, no aparecieran, dejó de hacer determinadas acciones que podían desencadenar su malestar o las realizaba con un sufrimiento enorme. También comenzó a utilizar la solución de intentar no pensar cuando le aparecían pensamientos molestos, pero en su intento de no pensar, pensaba más y así, alimentaba su problema.

Por lo tanto, los objetivos terapéuticos con Olivia, basados en la Terapia Breve Estratégica, fueron que:

1. Fuera consciente de *cómo funcionaba* su problema.
2. En colaboración con el terapeuta, conociera cuáles eran las soluciones intentadas que no le funcionaban, y que empeoraban su problema.
3. Además, por un lado, que bloqueara las soluciones que no resolvían su problema y, por otro lado, que pusiera en práctica soluciones alternativas más funcionales.
4. Finalmente, que afrontara su miedo y que no evitara las situaciones que le generaban sufrimiento, con la finalidad de incrementar el control de su vida y su seguridad personal.

Olivia acudió a todas las sesiones programadas sin que se produjera ninguna cancelación, salvo en el primer seguimiento (octava sesión), el posterior a la séptima sesión, que se olvidó.

La alianza terapéutica y la relación establecida entre Olivia y su terapeuta fue muy buena, requisito indispensable para el éxito de la psicoterapia (Baldwin, Wampold e Imel, 2007; Bucci, Seymour, Harris y Berry, 2015; Bordin, 1979; Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011). También hay que destacar la estrecha colaboración que se estableció entre paciente y terapeuta desde el principio hasta el final. Podemos asumir que el trabajo conjunto entre Olivia y su terapeuta favoreció también el cambio terapéutico. La paciente realizó todas las tareas para casa que el terapeuta le fue mandando entre sesiones.

Relacionado con las cuestiones acabamos de señalar, y con la finalidad de corroborarlo desde un punto de vista complementario, se ha tomado en consideración el punto de vista de la paciente sobre el funcionamiento de la terapia (a partir de preguntas que se le formularon a Olivia en la séptima sesión y en los seguimientos):

1. Olivia tenía muy claro cuál era su problema y sobre lo que se había trabajado durante la terapia, “*el miedo a la muerte, pensamientos de que me pudiera pasar algo en cualquier momento*”.
2. La paciente conocía, y por lo tanto las detalló, las actividades y tareas que se habían realizado durante las sesiones. Por ejemplo, explicaciones de cómo funciona el miedo, la construcción de otros puntos de vista sobre el problema, etc.
3. Al igual que con la actividades realizadas dentro de la terapia, Olivia también tenía perfectamente claras las tareas que había hecho fuera de la consulta y que habían favorecido el éxito de la terapia. Por ejemplo, la técnica de la peor fantasía (sobre las tareas para casa hablaremos con mayor detalle en las siguientes páginas).
4. La relación con el terapeuta también se destacó como muy buena por la paciente.
5. La paciente afirmó que durante los seis meses posteriores a la finalización de la terapia no se produjo ningún retroceso o recaída.

Para concluir con este apartado de descripción del problema de Olivia podemos remarcar que Olivia estuvo de acuerdo con los objetivos de la terapia, que se establecieron conjuntamente entre paciente y terapeuta. La paciente quedó muy satisfecha con la intervención efectuada.

Terapia Breve Estratégica

Olivia fue tratada con Terapia Breve Estratégica durante siete sesiones a lo largo de cuatro meses (las sesiones fueron quincenales). Posteriormente se realizaron dos seguimientos, uno a los tres meses de concluir la terapia y otro a los seis meses. No se utilizó ninguna técnica de otro enfoque. La duración de las sesiones fue de aproximadamente una hora.

Podemos inferir, como hemos dicho con anterioridad, que Olivia estaba muy convencida de la necesidad de recibir ayuda, lo que favoreció su esfuerzo para introducir cambios. Además, podemos asumir que el éxito terapéutico fue facilitado también por la buena relación terapéutica que se construyó entre terapeuta y paciente, por la realización de tareas dentro y fuera de la terapia y por el hecho de que la paciente comenzó a experimentar cambios y una mejoría casi desde el principio.

Nardone y Watzlawick (1999) señalan que desde la *Terapia Breve Estratégica* se parte de la idea de que la realidad que percibimos (por ejemplo, los problemas y las patologías) es el resultado de la interacción entre el punto de vista asumido por la persona y el lenguaje que usa para comprender dicha realidad.

La terapia estratégica se centra en determinar “cómo” las personas construyen sus problemas y cómo éstos se mantienen debido a las soluciones intentadas que no funcionan, además de “cómo” elaborar y poner en práctica estrategias de intervención capaces de producir cambios rápidos y resolutivos (Nardone y Watzlawick,

1999).

La Terapia Breve Estratégica consiste en proponer soluciones aparentemente simples en la resolución de problemas humanos complicados. Es decir, no son necesarias soluciones largas y complicadas para resolver problemas humanos complejos y que han persistido durante años (Nardone, 2003). Es un modelo teórico y operativo para la solución de problemas individuales, de pareja, y de familia.

En este tipo de terapia, lo esencial es provocar un pequeño cambio que provoque más cambios en un tiempo breve. Por breve se entiende el necesario y suficiente para construir junto con el paciente una realidad diferente. Por lo tanto, la eficacia y la eficiencia son las claves de este modo de hacer terapia, para lo cual los terapeutas estratégicos se centran en determinar cómo los seres humanos se relacionan con la realidad o, más concretamente, cómo cada uno de nosotros se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo (Nardone y Watzlawick, 1999).

En este enfoque, que pretende ser eficaz y eficiente al mismo tiempo, diferentes aspectos e ideas se ponen en acción con la finalidad de ofrecer una solución (o varias) al problema con el que acude a terapia el paciente (Nardone, 1997; Nardone y Portelli, 2006; Nardone y Watzlawick, 1992, 1999, 2004; Watzlawick, 1977):

- En **primer lugar**, el terapeuta estratégico utiliza una comunicación persuasiva, con el objetivo que el paciente se movilice hacia el cambio a partir, en parte, de las palabras del terapeuta.
- En **segundo lugar**, que la solución encaje con el problema. Es decir, que la solución se acomode al problema particular del paciente.
- Y **finalmente**, que el proceso terapéutico sea sistemático y riguroso.

Para que la solución encaje con el problema individual del paciente es necesario, en los primeros compases de la terapia, conocer con detalle cuál es el problema del paciente y establecer después, y de un modo conjunto, los objetivos terapéuticos. Estos objetivos terapéuticos son esenciales ya que permiten valorar el avance, o no, del cambio. Una vez delimitado el problema y establecidos los objetivos, el siguiente paso es determinar y proponer soluciones para la resolución del problema. Si la estrategia terapéutica está funcionando se percibe en el paciente un pequeño cambio. El siguiente paso consiste en avanzar en dicha dirección para afianzar el cambio y hacerlo cada vez más grande y con opciones de que se mantenga en el tiempo.

El terapeuta, desde la primera sesión con el paciente, focaliza su atención en (Nardone y Watzlawick, 1992):

1. Qué sucede en los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto mantiene consigo mismo, con los demás y con el mundo;
2. Cómo funciona el problema;
3. Cómo ha intentado el paciente afrontar el problema (soluciones intentadas y disfuncionales);
4. Cómo cambiar del modo más rápido y eficaz esa situación problemática

(soluciones alternativas y funcionales).

La terapia breve estratégica es, por lo tanto, un método de intervención riguroso, estructurado y flexible. Es un tipo de terapia eficaz para el tratamiento de diferentes problemas: miedos, fobias, depresión, de alimentación, y sexuales (Nardone y Watzlawick, 2004).

Un recorrido por el proceso de psicoterapia de Olivia

Este análisis del proceso de psicoterapia de Olivia lo vamos a dividir en tres bloques:

Primer bloque: Sesiones 1-2.

Segundo bloque: Sesiones 3-7.

Tercer bloque: Seguimientos (a los tres y seis meses).

Así pues, la división en tres grandes bloques del proceso de psicoterapia de Olivia se fundamenta en que las metas y las acciones del terapeuta son diferentes en base a la sesión de psicoterapia. Es decir, el terapeuta sigue un protocolo de trabajo riguroso y flexible, un método adaptado al momento o fase en que se encuentra la terapia, fundamentalmente, siguiendo el siguiente esquema de trabajo (Nardone y Portelli, 2006):

1. Delimitar y conocer el problema y las soluciones intentadas disfuncionales.
2. Descubrir, proponer y aplicar soluciones funcionales alternativas.
3. Valorar el funcionamiento de las soluciones funcionales alternativas.

Primera sesión

Nos gustaría asumir que esta primera sesión con Olivia fue fundamental para el desenlace del proceso de psicoterapia y para el éxito terapéutico.

Cuadro 1

Resumen estructura de la primera sesión de terapia

-
1. Definición del problema y de las soluciones intentadas
 2. Acciones de intervención
 3. Tareas para casa: evita evitar, la técnica del cómo empeorar, el diario de a bordo, reflexión acerca de si evitar empeorar o soluciona el problema
-

Como se puede apreciar en el Cuadro 1, en el que aparece un resumen de la estructura de la sesión de terapia, el terapeuta, en colaboración con la paciente, focalizó sus esfuerzos en varias cuestiones.

En primer lugar, se definió el problema de Olivia (para una revisión de esta cuestión se remite al lector al apartado de descripción del problema) a partir de las preguntas, con ánimo de indagar y conocer, efectuadas por el terapeuta. Así pues, se intentó en este punto clarificar al máximo el malestar de la paciente, determinando qué le pasaba, cuándo, dónde, con quién, durante cuánto tiempo. Cuanta más

transparencia y especificidad se logre del problema mejor, ya que esto permite que tanto terapeuta como paciente comiencen a clarificar los objetivos de la terapia.

En segundo lugar, y crucial en toda terapia breve estratégica (Nardone y Portelli, 2006), se delimitaron las soluciones intentadas para valorar las que funcionaban y las que no habían funcionado hasta ese momento. Las soluciones intentadas que no funcionan (y que ahora concretaremos en el caso de Olivia) permiten disponer de una serie de indicadores para valorar tanto por parte de la paciente como del terapeuta la evolución del problema. Es decir, son la piedra angular del proceso de psicoterapia para el enfoque breve estratégico. Permiten determinar los objetivos de cambio, realizar el seguimiento del cambio y finalmente valorar si el cambio se ha producido.

Como dijimos en páginas anteriores el problema de Olivia se puede plantear como “miedo a morir” lo que la llevaba a realizar toda una serie de “acciones” para reducir dicho malestar (ver Figura 1). Dichas “acciones” son las soluciones intentadas que no funcionan.

Su problema, su miedo a morir, aparecía a través de diferentes mecanismos que lo provocaban, viendo un vídeo, una serie de televisión que hablaba sobre la muerte, percibir la sensación de un dolor de cabeza, una conversación con amigos sobre la muerte, etc.

Una vez que se activaba el mecanismo del miedo la solución intentada que no funcionaba consistía fundamentalmente en la evitación, con diferentes formatos que ahora veremos. Aunque también intentaba focalizarse más y más en las sensaciones físicas que experimentaba, con el efecto paradójico de que se incrementaba el miedo.



Figura 1. Sistema perceptivo-reactivo de Olivia

En cuanto a las estrategias de evitación utilizadas por Olivia podemos hablar de *evitar conversaciones* donde el tema de diálogo era la muerte; *intentar no pensar*;

cambiar de canal cuanto estaba viendo series que hablaban sobre la muerte como por ejemplo “House”; también había *reducido las salidas con amigos por la noche* por si le aparecía el malestar. Otra solución era *distraerse del problema*, lo que, al fin y al cabo es un intento de no pensar.

Debemos remarcar que cuando se intentaba que la paciente definiera el problema y las soluciones intentadas, eso supone ya desde la perspectiva de la Terapia Breve Estratégica (De Santis y Nardone, 2012; Nardone, 2009, 2010, 2014) el comienzo de la intervención porque estaba generando en Olivia un cambio de perspectiva, un cambio de percepción acerca de lo que era su problema, que lo viera desde un punto de vista diferente y al mismo tiempo que fuera consciente de que las soluciones que estaba utilizando no le estaban funcionando sino que le estaban generando un problema o dicho de otro modo estaban empeorando su malestar.

Por lo tanto, en este punto Olivia comenzó a entender, por ejemplo, que la evitación no le ayudaba sino que cronificaba su problema. Es decir, de algún modo se transmitió a Olivia el concepto de causalidad circular (en el sentido de que los intentos de solución disfuncionales mantienen el problema original, no lo eliminan, sino que lo hacen persistir) para que comenzara a persuadirse poco a poco, gradualmente, acerca de lo que había que bloquear y cambiar, es decir, las soluciones intentadas que hemos comentado. Por tanto, la intervención ya está iniciándose (a nivel de generar cambios) a través de una comunicación persuasiva (Watzlawick, 1977) que induce el cambio.

Hay que señalar que también se exploraron otras soluciones intentadas que los “fóbicos” ponen en marcha y no funcionan pero Olivia no las utilizó. Es decir, no fue al médico para que le realizara una exploración que le tranquilizara y tampoco pidió ayuda a familiares, amigos, pareja, etc.

A lo largo de esta primera sesión se intenta provocar un cambio en Olivia tomando en consideración la información obtenida acerca del problema y las soluciones intentadas y utilizando para ello estrategias comunicativas concretas que se van a señalar a continuación:

1. Una de las herramientas comunicativas que utilizó el terapeuta fueron las **preguntas en forma de ilusión de alternativas** (esto es, una pregunta donde aparentemente al paciente le estamos dejando elegir, pero también de algún modo sabemos la alternativa que con una alta probabilidad va a elegir.). Por ejemplo: “¿Y cuánto más te focalizas (en el dolor) más desaparece o menos desaparece?” o “¿El hecho de hacer lo que haces te ayuda, resuelve la situación, resuelve la probabilidad de que eso aparezca o no aparezca o por el contrario se puede incrementar?”

2. **Psicoexplicaciones** (intercalar junto con el proceso de cambio aspectos de aprendizaje, de modo que el paciente no sólo mejore sino que aprenda cómo lo ha hecho). Además de preguntas con ilusión de alternativas que pretendían por un lado conocer el problema y por otro comenzar sutilmente a construir un cambio, el terapeuta utilizó algunas psicoexplicaciones con la finalidad de hacer entender algunas cuestiones a la paciente. Por ejemplo, “...entonces un pensamiento que yo

me intento quitar, lo quito momentáneamente, a corto plazo, pero luego vuelve incluso a veces podría ser que volviera no con más intensidad, pero sabemos que tenemos certeza de que vuelva y si me lo vuelvo a quitar volvería a venir y si me lo vuelvo a quitar volvería a venir...”. Aquí el terapeuta lo que intenta es que Olivia comprenda cómo funciona el pensamiento desde un punto de vista pragmático, remarcándole el hecho de que cuanto más intenta quitar una idea, un pensamiento que le molesta de su cabeza, más le vendrá.

3. Comunicación persuasiva y emocional (uso de metáforas). El terapeuta comenzó a utilizar sobre todo al final del proceso de psicoterapia, las metáforas. Por ejemplo, veamos un pequeño diálogo en el cual el terapeuta utiliza una comunicación persuasiva y emocional para dirigirse a la paciente.

T: Y ahora que ya sabes que si evito el problema, éste no se reduce, ¿al problema qué le pasa?

P: Que aumenta.

T: Que aumenta porque es como si le estuviéramos echando un fertilizante a una planta, un abono a una planta y la planta en lugar de dejar de crecer, crece más. Pues esto es exactamente igual. Yo puedo seguir echándole ese fertilizante y eso depende de mí, o no echarlo.

Cuando el terapeuta se comunica de este modo se está dirigiendo al hemisferio derecho de Olivia que es más receptivo y puede estar más preparado para el cambio.

Al final de la sesión se le mandaron a Olivia diversas tareas para realizar fuera de la sesión durante los siguientes quince días. Para que la paciente ponga en marcha estas tareas fuera de terapia se le debe de haber persuadido en la dirección del cambio durante el propio proceso de psicoterapia.

Las tareas fueron las siguientes (en cada tarea se especifica su finalidad, o más bien la finalidad con la que la utilizó el terapeuta):

1. Técnica del cómo empeorar (el paciente se tiene que hacer la siguiente pregunta, ¿si yo quisiera empeorar este problema, esta dificultad que me aparece, yo qué tendría que seguir haciendo o dejar de hacer, yo qué tendría que pensar o dejar de pensar?, y las respuestas las va apuntando). Esta técnica se le mandó a Olivia con diferentes objetivos. En primer lugar, para conocer mejor el problema de Olivia, no sólo el terapeuta sino también la paciente, para que su punto de vista acerca de lo que le pasaba cambiara. En segundo término, para que la paciente comenzara a bloquear las soluciones intentadas que no le funcionaban.

2. Evita evitar (durante las próximas dos semanas se le dice al paciente que puede seguir evitando cosas, pero algunas cosas, por pequeñas que parezcan, se puede empezar a plantear si evita evitarlas). Supone que Olivia comenzara a reflexionar sobre si la evitación le ayudaba o le empeoraba y que luego decidiera qué hacer. Es un modo de comenzar a trabajar con la paciente la necesidad de afrontar en lugar de evitar pero de un modo gradual y sin imponerle lo que debe de hacer. De hecho es ella la que ha de decidir lo que es más conveniente realizar, si evitar o afrontar el miedo.

3. **Diario de a bordo** (el paciente tiene que registrar en forma de columnas información sobre las situaciones problemáticas para él/ella: dónde estoy, con quién, qué pensamientos tengo, qué emoción estoy sintiendo, cuál es la intensidad de la emoción, cuál es la frecuencia con la que va y viene, qué hago...). Olivia pensó, y prácticamente todos los pacientes a los que se les solicita realizar esta tarea, que el diario de a bordo tenía la finalidad de ampliar o mejorar el conocimiento sobre su problema. Sin embargo, su objetivo era desviar la atención de su miedo, a través de la focalización en todo un conjunto de elementos que debía chequear, y que le iban a impedir prestar atención a su temor. Por lo tanto, lo que se pretende con esta técnica es desviar la atención de la paciente de su problema.

Segunda sesión

En relación con la evolución del problema, con la revisión de cambios, Olivia afirmó que durante las dos semanas anteriores había estado “muy bien, la verdad es que los dos o tres primeros días no sé cómo que le estuve dando tantas vueltas a lo que estuvimos hablando que no tuve ningún, no me pasó nada”. A continuación el terapeuta le preguntó, “¿cuándo dices pensando a qué le dabas vueltas, qué preguntas te surgían?” y la paciente señaló lo siguiente: “sobre todo en lo que me dijiste...hubo algo que dijiste que estoy intentando controlar con los pensamientos algo que no es controlable”. Esta cuestión que se acaba de remarcar nos parece útil desde el marco que supone un cambio de perspectiva de la paciente en relación con el problema. Comenzó a plantearse verlo de un modo diferente. Podemos asumir que el terapeuta ha introducido una grieta en el sistema de percepción de la paciente. Podríamos considerar que sería como el inicio de una reestructuración.

Así pues, el terapeuta le comentó a Olivia, que según su punto de vista, ya había comenzado a experimentar (la paciente) un pequeño cambio y ésta confirma lo que el profesional le quiere.

No obstante, durante estas dos semanas, entre sesión y sesión, y aunque acabamos de señalar que Olivia se encontró mejor, también se produjeron dos situaciones (que realmente es la misma pero que se repitió) en las que el problema apareció. La paciente destacó que un domingo, cuando volvían a casa ella y su novio en el coche, se puso nerviosa (nerviosismo, nudo en la garganta, en el estómago...). En un principio no supo cuánto tiempo duró, señalando que no utilizó el diario de a bordo para después decir que aproximadamente duró entre cinco y seis minutos. Al cabo de un rato volvió a notar las mismas sensaciones de nerviosismo y tensión durante aproximadamente, también, cinco o seis minutos.

Lo más relevante de esta revisión de estas dos situaciones en las que aparece el problema es que permiten al terapeuta y a la paciente conocer mejor cómo funciona el problema, qué soluciones pone en marcha. Es decir, la paciente lo que intentó aplicar como solución en esas dos situaciones es *intentar no pensar*, en definitiva una especie de evitación mental.

Cuando se revisaron las tareas para casa en esta segunda sesión se pudo

comprobar que el diario de a bordo no lo utilizó. En relación con el *cómo empeorar*, Olivia remarcó un conjunto de soluciones intentadas que agravarían la situación. Por ejemplo, evitar ver determinados programas o series, eludir conversaciones sobre la muerte, sobre enfermedades, evitar ir en coche, en metro, es decir, rehuir situaciones en las que pueda aparecer el malestar.

En esta segunda sesión, se concretó el objetivo de la psicoterapia (que surge de la colaboración y el acuerdo entre el terapeuta y la paciente): afrontar las situaciones que la paciente evitaba. De hecho la paciente ya era consciente de la solución intentada que no funcionaba sino que empeoraba el problema, la evitación.

Al mismo tiempo la paciente inició, en esta segunda sesión, el cambio, ya que cuando el terapeuta revisó la tarea de “evita evitar” y preguntó por algún cambio que la paciente hubiera empezado a hacer ésta señaló algunas excepciones, por ejemplo, ir con los de clase a una timba, cuestión que en algún momento evitaba.

Al final de la sesión, el terapeuta intentó también indagar un poco más acerca del problema para comprenderlo mejor. Y también le planteó a Olivia tareas para realizar fuera de la sesión (las dos primeras tareas se mantienen en el sentido de que fueron planteadas en la primera sesión y la última es nueva):

-El diario de a bordo.

-Evita evitar.

-La técnica de la peor fantasía.

Ya hemos expuesto en qué consistían las dos primeras tareas en la primera sesión. La técnica de la peor fantasía consiste en que durante 30 minutos, varios días a la semana, el paciente se ponga una pequeña alarma para que le avise de que ha pasado media hora, y durante ese tiempo, en un sitio cómodo, donde nadie le moleste, se tiene que generar el peor de sus miedos. Es decir, no evitarlo sino hacerlo venir, generarse durante media hora el peor de sus miedos, pasada esa media hora seguirá con su vida cotidiana. Su objetivo era que Olivia comenzara a aproximarse a aquello que le daba miedo de un modo gradual, que comenzara a acariciar el temor a morir para que éste se hiciera más pequeño.

De la tercera a la séptima sesión

La paciente, Olivia, también en la tercera sesión y en posteriores continuó mostrando una mejoría evidente.

En el Cuadro 2 se detalla la estructura de lo que se ha trabajado en cada una de las sesiones, desde la tercera a la séptima (al tener transcritas todas las sesiones ha sido posible identificar el contenido de lo tratado en cada sesión). Se presenta dicho cuadro ya que el procedimiento de trabajo en torno a esas sesiones fue muy similar.

Conviene destacar, de esta agrupación de sesiones, que Olivia manifestó un conjunto de pequeños cambios a lo largo de ellas (al lado de cada cambio especificado se señalará la sesión de terapia en la cual aparece la mejoría). Estos cambios fueron referidos por la paciente cuando se le preguntaba en la sesión acerca

de si se había producido algún cambio o mejoría.

Cuadro 2

Resumen de la estructura de las sesiones de terapia de la tercera a la séptima sesión

Tercera y Cuarta sesión

- Determinar la evolución de los cambios
- Revisión de las tareas para casa: evita evitar y técnica de la peor fantasía
- Tareas para casa para las dos próximas semanas: evita evitar y técnica de la peor fantasía (realizarla durante cinco minutos seis veces al día a partir de la cuarta sesión)

Quinta, Sexta y Séptima sesión

- Determinar la evolución de los cambios
 - Revisión de las tareas para casa: técnica de la peor fantasía
 - Escala de 0-10 para valorar el cambio (concreción de cambios con una puntuación subjetiva)
 - Tareas para casa para las dos próximas semanas: técnica de la peor fantasía (realizarla durante cinco minutos seis veces al día y a partir de la séptima sesión utilizarla sólo cuando fuera necesaria)
-

Los cambios que experimentó Olivia a lo largo de estas sesiones, tal y como se puede comprobar, están relacionados con el afrontamiento de situaciones que le desencadenaban el problema. Se vio, en sesión, que ya no utilizaba la solución intentada de evitar sino la utilización de técnicas que le permitían estar mejor:

-Olivia especificó en la cuarta sesión una situación en la que no conseguía dormirse porque se puso un poco nerviosa y entonces tomó la decisión de utilizar la peor fantasía. La técnica le funcionó francamente bien como comentó Olivia en esta cuarta sesión.

-La paciente remarcó que en clase, donde también le aparecía el miedo, se había encontrado bien. Además había salido por la noche, cosa que antes evitaba (Cuarta Sesión).

-Olivia comenzó a ver series sobre temas médicos, nuevamente, cosa que hasta el momento evitaba por si le desencadenaba su malestar (Cuarta Sesión).

-La paciente señaló que el mayor cambio experimentado en quince días había sido ir al cine (Sexta Sesión).

-A Olivia en el intervalo de tiempo entre la quinta y la sexta sesión, tal y como ella comentó, no le hizo falta utilizar ninguna de las técnicas con las que había estado trabajando hasta el momento (Sexta Sesión).

-La paciente destacó que se fue seis días al pueblo de su novio y que estuvieron de acampada. Esta cuestión la valoró como positiva ya que antes hubiera evitado ir (Séptima Sesión).

-Otro cambio que Olivia percibió fue que aunque le llegaban comentarios, en conversaciones con amigos/as, sobre si “éste ha muerto o aquel también ha muerto”, éstos no le afectaban.

Octava Sesión (Primer Seguimiento –tres meses después de la séptima sesión)

La paciente manifestó que todo seguía bien, igual, como en las sesiones anteriores. No había hecho nada concreto que mereciera la pena ser destacado. Hay que señalar que tanto este seguimiento como el último fueron dos encuentros muy breves, focalizados principalmente en valorar si la paciente mantenía o no los cambios alcanzados hasta el momento y si era necesario introducir alguna variación en la intervención.

Novena Sesión (Segundo Seguimiento –tres meses después de la octava sesión)

En esta sesión de seguimiento los cambios se siguieron manteniendo, según Olivia todo iba bien. Siguió afrontando aquellas cuestiones que antes evitaba como salir de fiesta con amigos /as.

Conclusiones

El objetivo de este artículo ha sido presentar un caso de terapia en el que se ha intervenido desde el enfoque de la *Terapia Breve Estratégica*. Concretamente la aplicación de este tratamiento a un caso de miedo a morir.

Como se ha descrito la paciente resolvió su problema, de modo que modificó las soluciones intentadas disfuncionales sustituyéndolas por otras más adaptativas. Así pues, Olivia en lugar de evitar el miedo lo afrontó. La intervención ha seguido la estructura básica de las Terapias Estratégicas (Nardone y Portelli, 2006; Nardone, 2009, 2010, 2012, 2014), en cuanto al número de sesiones (el tratamiento completo tiene una media de 10-15 sesiones), en cuanto a la definición del problema, delimitación de las soluciones intentadas, soluciones alternativas y revisión del efecto de las soluciones alternativas implantadas, con las necesarias adaptaciones al caso particular de Olivia (por ejemplo, la adaptación del lenguaje del terapeuta al de la paciente, la duración de cada una de las sesiones y el énfasis mayor o menor en relación a la utilización de una determinada técnica).

También es importante remarcar que Olivia estuvo muy motivada durante todo el proceso de la terapia, lo cual favoreció el cambio y el éxito terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Baldwin, S. A., Wampold, B.E. e Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 842-852.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measurement of depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A., y Berry, K. (2015). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Publicado On line.
- De Santis, G. y Nardone, G. (2012). *Pienso, luego sufro*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Symptom Checklist 90 Revised*. Minnesota: NCS Pearson.
- DSM-5 (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. y Rossi, S.I. (1979). *Hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. Nueva York: Irvington Publishers.
- Foerster, H.V. (1973). On constructing a reality. En P. Watzlawick (dir.), *The invented reality*, (pp. 41-61). Nueva York: W.W. Norton y Co.
- Glaserfeld, E. V. (1984). An introduction to radical constructivism. En P. Watzlawick (dir.), *The invented reality*, (pp. 17-40). Nueva York: W.W. Norton y Co.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 25-69). Nueva York: Oxford University Press.
- Jacobson, N.S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias. La Terapia Breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2003). *Psicosoluciones: Seminario de Formación Clínica*. Barcelona: Institut de Terapia Gestalt.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa: Lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2010). *Problem solving estratégico*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2014). *Psicotrampas: identifica las trampas psicológicas que te amargan la vida y encuentra las psicosoluciones para vivir mejor*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *Terapia Breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Nardone G. y Watzlawick P. (2004). *Brief Strategic Therapy*. Lanham: Rowman y Littlefield Publishers Inc.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press. [Versión española en TEA, Madrid, 1983].
- Stiles, W.B., Elliot, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411 - 420.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D. A., y Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.
- Watzlawick, P. (1977). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 26, Number 101, July, 2015 – Print ISSN:1130-5142 – Online ISSN: 2339-7950

This Journal was born as *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* in 1981 (Era I). It was renamed *Revista de Psicoterapia* in 1990 (Era II). Today is a quarterly journal published by *Editorial Grao*. Publishes original research articles, review, theoretical or methodological contributions of clinical and psychotherapeutic field, with a predominantly integrative therapeutic approach.

The direction of the journal has been in charge of leading psychotherapists: Andrés Senlle Szodo (1981-1984) founder of the journal, a; LLuis Casado Esquius (1984-1987), Ramón Rosal Cortés (1987-1989), Manuel Villegas Besora (1990-2013).

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

English articles are welcome. They will be published in open access.

Manuscript Preparation

Prepare manuscripts according to the *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th edition).

The manuscripts will be sent in formats: “.doc” or “.docx”, through OJS (*Open Journal System*) application on the website of the journal:

<http://revistadepsicoterapia.com>

Manuscripts will be accepted in English or Spanish languages. If the paper is written in English, an abstract of 100-200 words in Spanish will be required.

The articles will be double-spaced in **Times New Roman, 12 point**, with all margins to 1 in. The maximum length of articles will be **7000 words** (including title, abstract, references, figures, tables and appendices). The numbering of the pages will be located in the upper right.

Other formatting instructions, as well as instructions on preparing tables, figures, references, metrics, and abstracts, appear in the *APA Manual*.

The articles are scholarly peer-reviewed.

JOURNAL INDEXING

- Bibliographical: Dialnet, ISOC (CSIC CINDOC), PSICODOC.
- Assessment of quality of journals: CIRC, DICE, IN-RECS, LATINDEX, RESH.
- Identification of journals: ISSN, Ulrich's.
- OPAC's: ARIADNA (BNE), REBIUN, CCP (MECyD), WORLDCAT (USA).
- Repositories: Recolecta

CONTENIDO

TRABAJO CON IMÁGENES Y FANTASÍA EN PSICOTERAPIA

Working with Images and fantasy in Psychotherapy

Ramón Rosal Cortés y Ana Gimeno-Bayón Cobos
(Coordinadores)

Editorial / From de Editor

LA INTEGRACIÓN METODOLÓGICA EN LOS TRABAJOS CON FANTASÍA

Methodological integration in psychotherapy procedures with fantasy

Ana Gimeno-Bayón Cobos

REVALORIZACIÓN DE LOS POTENCIALES DEL HEMISFERIO CEREBRAL DERECHO. LAS IMÁGENES EN PSICOTERAPIA

Appreciation of the potential of the right cerebral hemisphere. Imagery in psychotherapy

Ramón Rosal Cortés

LA BURBUJA PROTECTORA DE EVA. UN TRABAJO CON ACTIVIDAD IMAGINARIA EN UNA SESIÓN TERAPÉUTICA CON PSICOTERAPIA INTEGRADORA HUMANISTA

The protective bubble of Eve. An imaginary work activity in a therapy session with Humanistic Integrative Psychotherapy

Ana Padilla Mosteirín

DE FUERA HACIA DENTRO: LA CONQUISTA DE LA NIÑA INTERIOR

Fromm Outside to Inside: The Conquest of Inner Girl

Maria Beltrán Ortega

COMO VES, LOS FINES NO JUSTIFICAN LOS MEDIOS: IMAGEN VISUAL Y JUICIO MORAL

Fromm Outside to Inside: The Conquest of Inner Girl

Elinor Amit y Joshua D. Greene

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES TIPO 2: SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN

Adherence to Treatment in Type 2 Diabetes and its association with Quality of Life and Depression

Neli Escandón-Nagel, Bárbara Azócar, Cristhian Pérez y Viviana Matus

PROCESO RELACIONAL DE GRUPO: DESARROLLOS EN EL MODELO DE ANÁLISIS TRANSACCIONAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO

Relational Group Process: Developments in a Transactional Analysis Model of Group Psychotherapy

Richard G. Erskine

APLICACIÓN DE EMDR EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA TRAUMÁTICA: REPLICACIÓN CON DOS ESTUDIOS DE CASO

Application of EMDR in the Treatment of Patients with Traumatic Symptoms: Replication with two Case Studies

Idoia Zorrilla Larrainzar, Miguel A. Santed Germán y José M. Reales Avilés

RELACIÓN ENTRE LA EMPATÍA DEL TERAPEUTA Y LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Relationship between Therapist's Empathy and Treatment Outcomes

Alberto Gimeno Peón, Rocío Coto Lesmes, Anxo Barrio Nespereira, Isabel Saavedra Rionda, Clara Vicente Palacios, Marina Lagarón Criado, Teresa Álvarez Casariego, Jorge Hernández González y Alicia González Fernández

VIOLENCIA Y RUPTURA DE PAREJA: LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

Violence and partner breaking up: a professionals' perspective

David Jimeno De La Calle

EL CASO DE OLIVIA: UN EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

Olivia's case: an example of application of the Brief Strategic Therapy

Sergio Pérez Ruiz e Isabel Caro Gabalda

