

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

AUTOESTIMA Y NARCISISMO

Epoca II, Volumen 26 - marzo 2015

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

100

Ψ

Revista de Psicoterapia

Revista cuatrimestral de Psicología

Época II, Volumen 26, Número 100, Marzo, 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 Ortiz, 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

María 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

María 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^o 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: Autoestima y Narcisismo**
Manuel Villegas Besora**EDITORIAL:**

Introducción al monográfico Autoestima y Narcisismo	1
Manuel Villegas Besora	
Estima ontológica, estima narcisista	3
Manuel Villegas Besora y Pilar Mallor Plou	
“Pigmalión se soñó a sí mismo”:	
La autoestima como motor para ser tú	45
Mayte Sánchez Martín	
Los problemas de autoestima desde la perspectiva adleriana ..	63
Juan José Ruiz, Ursula Oberst y Pilar Andújar	
¿Ser o hacer?	81
Laura Contino	
El Bueno, el Malo y el Soñador.	
Narcisismo elusivo y autoestima	91
Albert Vidal Raventós	
El valor de la autoestima en las relaciones afectivas	107
Alicia Romero Fernández	

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

La Psicoterapia del Contacto-en-la-Relación:	
Dialogos con Richard Erskine	115
Grover E. Criswell y Richard G. Erskine	
Relaciones e Interacciones entre Habilidades Sociales,	
Valores y Constructos Personales	129
Ainoa Hilari y Luis Botella	
Cinco Axiomas de la Emoción Humana:	
Una Clave Emocional para la Terapia Familiar	143
Esteban Laso Ortiz	
Revisión de la Investigación de Eventos Significativos en	
Psicoterapia mediante Análisis de Tareas	159
José L. Benítez-Ortega y Miguel Garrido-Fernández	

Recensión de Libros:

Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa	185
Giorgia Simoncini Malucelli	
Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención	193
Danilo Moggia Narváz	

CONTENTS**Monographic: Selfesteem and Narcissism**
Manuel Villegas Besora**From the Editor:**

Introduction to the special issue Selfesteem and Narcissism	1
Manuel Villegas Besora	
Ontological esteem vs. Narcissistic esteem	3
Manuel Villegas Besora y Pilar Mallor Plou	
Pygmalion dreamed himself up:	
How to be you, driven by self-esteem	45
Mayte Sánchez Martín	
Self-esteem problems from an Adlerian perspective	63
Juan José Ruiz, Ursula Oberst y Pilar Andújar	
To be or to do?	81
Laura Contino	
The Good, the Bad and the Dreamer.	
Elusive narcissism and self-esteem	91
Albert Vidal Raventós	
The value of self-esteem in emotional relationships	107
Alicia Romero Fernández	

—Open Access Articles—(accessible only through <http://revistadepsicoterapia.com>)

Psychotherapy of Contact-in-Relationship:	
Conversations with Richard Erskine	115
Grover E. Criswell y Richard G. Erskine	
Relations and Interactions Between Social Skills, Values, and Personal Constructs	129
Ainoa Hilari y Luis Botella	
Five Axioms of Human Emotion: an Emotional Key for Family Therapy	143
Esteban Laso Ortiz	
Review of Task Analysis Research of Significant Events in Psychotherapy	159
José L. Benítez-Ortega y Miguel Garrido-Fernández	

Review of books:

Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa	185
Giorgia Simoncini Malucelli	
Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención	193
Danilo Moggia Narváz	

EDITORIAL: INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO AUTOESTIMA Y NARCISISMO

EDITORIAL: INTRODUCTION TO THE SPECIAL ISSUE SELFESTEEM AND NARCISSISM

Manuel Villegas Besora

Doctor en Psicología y Psicoterapeuta

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas Besora, M. (2015). Editorial: Introducción al monográfico Autoestima y Narcisismo. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 1-2.

Alcanzamos con este monográfico de la Revista de Psicoterapia un hito doble en la historia de su publicación: cumplir las bodas de plata desde su aparición en 1990 y conseguir coronar el mágico número 100. Durante estos 25 años de existencia, la “Revista de Psicoterapia”, heredera de la anterior “Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista”, ha pretendido mantenerse fiel a sus orígenes, ofreciendo a sus lectores centenares y miles de páginas de cuantioso material teórico y práctico, desde una orientación predominantemente profesional y aplicada, abierta a distintos enfoques, dentro de un paradigma integrador.

Esto ha sido posible gracias al esfuerzo sostenido de todo el equipo fundacional, socios accionistas, consejo de dirección y comité editorial; a la implicación entusiasta de los diversos colaboradores, desde los autores, editores y revisores en el apartado creativo, a los responsables del área administrativa de gestión y comercialización, así como a los profesionales de la edición tipográfica, que se han ido adaptando eficazmente a los numerosos cambios técnicos que se han producido durante estos años; y gracias también, sobre todo, a la fidelidad de los lectores que han hecho posible su continuidad en el tiempo, reiterando su confianza, año tras año, al renovar su suscripción, recurso imprescindible para una revista que se mantiene independiente de cualquier subvención o institución pública o privada.

Estas y otras razones ciertamente son motivo de celebración para cuantos se hallan comprometidos con la continuidad de la Revista, que se intenta asegurar incorporando savia nueva en lo personal y regeneración en su formato y difusión electrónica. Con ese sentimiento de satisfacción por la obra realizada hasta el



presente y con la mirada esperanzada puesta en el futuro, dedicamos este número 100 de la Revista a una monografía sobre la autoestima.

En el primero de los artículos de la monografía, titulado *Estima ontológica, estima narcisista*, Manuel Villegas y Pilar Mallor, dedican su atención a establecer las bases de la autoestima en términos de amor ontológico y no de estima o valoración especular, como es propia del narcisismo. Ambas formas de estima cumplen una función adaptativa, por lo que no tienen un carácter patológico, si no es por déficit o por exceso. En el artículo se consideran los efectos de estos déficits y excesos compensatorios y sus repercusiones sobre la autoestima, a la vez que se ofrecen criterios para trabajarlos terapéuticamente.

Mayte Sánchez recurre en el segundo de los artículos a la leyenda de Pigmalión, el escultor que se enamoró de Galatea a la que esculpió con extremo cuidado y realismo, hasta convertirla en una mujer de carne y hueso. De este modo el sueño de Pigmalión se convierte en la metáfora del poder transformativo de la autoestima en el proceso terapéutico o en la evolución del desarrollo personal, al margen del modelo utilizado o de la demanda específica del sujeto.

El contrapunto al complejo o sentimiento de inferioridad en la teoría adleriana, debe ser promovido necesariamente a través del trabajo con la autoestima personal, entendida en un contexto de cooperación con los demás ante las tareas de la vida (el sentimiento de comunidad). Los psicólogos Juan José Ruiz, Ursula Oberst y Pilar Andújar nos abren esta perspectiva en el tercero de los artículos, titulado *Los problemas de autoestima desde la perspectiva adleriana*.

En el título del cuarto de los artículos *¿Ser o hacer?*, escrito por Laura Contino, resuena claramente el dilema planteado por Erich Fromm en una de sus últimas obras "Tener o ser". El objetivo terapéutico de este planteamiento está orientado a desarrollar una autonomía sobre la propia valoración, consiguiendo un concepto de sí mismo sólido y congruente con lo que uno es (perspectiva ontológica) y no sólo con lo que uno tiene o hace (perspectiva meritocrática).

Un interesante caso clínico, desarrollado por Albert Vidal en el quinto de los artículos, titulado *El Bueno, el Malo y el Soñador*, plantea el narcisismo elusivo, a través de la realización fantasiosa, como una forma de compensación de una baja autoestima ontológica. El encuadre del análisis del caso en la teoría del desarrollo moral permite proporcionar una comprensión evolutiva a la formación de dicho mecanismo narcisista.

A través de la breve exposición de un caso clínico, Alicia Romero trata de ofrecer en el último de los artículos del monográfico una explicación sobre la importancia que un correcto desarrollo de la autoestima tiene para las relaciones afectivas. Se destaca, desde esta perspectiva, cómo los modelos familiares y las experiencias en la infancia contribuyen a construir el desarrollo de una autoestima validante, o en su alternativa disfuncional, se configuran rasgos narcisistas de la personalidad que suelen dificultar las interacciones sociales posteriores.

ESTIMA ONTOLÓGICA, ESTIMA NARCISISTA

ONTOLOGICAL ESTEEM VS. NARCISSISTIC ESTEEM

Manuel Villegas Besora
Doctor en Psicología y Psicoterapeuta

Pilar Mallor Plou
Psicóloga y Psicoterapeuta
Centro Ítaca

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Villegas Besora, M. y Mallor Plou, P. (2015). Estima ontológica, estima narcisista. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 3-44.

Resumen

En lugar del concepto difuso y confuso de autoestima proponemos distinguir en este artículo entre estima ontológica y estima narcisista. Su formación corresponde a distintos momentos evolutivos, la fase pre-nómica, el primero, y la anómica, el segundo. Ambas formas de estima cumplen una función adaptativa, por lo que no tienen un carácter patológico, si no es por déficit o por exceso. En el artículo se consideran los efectos de estos déficits y excesos compensatorios y sus repercusiones sobre la autoestima, a la vez que se ofrecen criterios para repararlos terapéuticamente

Palabras clave: psicoterapia, desarrollo moral, autoestima, narcisismo, estima ontológica

Abstract

Instead of the diffuse and unclear concept of self-esteem we propose to distinguish here between ontological and narcissistic esteem. Both forms of esteem have an adaptive function, corresponding to different stages of moral development. Only deficits or excess in ontological or narcissistic esteem can be considered to have a pathological character. The effects of these deficits and compensation excesses and their impact on self-esteem are considered in this article and criteria to repair them therapeutically, are also offered.

Keywords: psychotherapy, moral development, ontological esteem, self-esteem, narcissism



SOBRE LOS CONCEPTOS DE AUTOESTIMA Y NARCISISMO

“La autoestima es al amor, lo que el narcisismo es al enamoramiento”. Este aforismo, acuñado por nosotros para la ocasión, nos permite desglosar desde un principio las diferencias sustanciales que separan un concepto de otro. En síntesis, se trata de entender la autoestima como estima ontológica, basada en el amor al ser que es cada uno de nosotros, previa a cualquier representación especular o evaluativa del tipo que sea. El narcisismo, en cambio debe entenderse como un enamoramiento de la imagen de sí mismo, proyectada de forma real o virtual sobre los demás o reflejada por ellos.

Nos permite también acotar desde el inicio el alcance del concepto “autoestima” en el ámbito psicológico. Este vocablo compuesto nace en la psicología americana del ámbito de la psicología funcionalista (como un derivado de la autoconciencia) ya en la obra de Wiliam James (1890), recogida más tarde en la psicología humanista (Maslow, 1954 o Rogers 1961, por ejemplo). El sociólogo Morris Rosenberg en la década de los 60 la definió como el sentimiento del propio valor y desarrolló la Escala de Autoestima *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES), ampliamente usada en las ciencias sociales. Nathaniel Branden (1990) la describió ya a finales de los años sesenta, como “la experiencia de competencia frente a los retos básicos de la vida.” Albert Ellis (2005) opone a este concepto el de autoaceptación incondicional, por considerar la autoestima un concepto irracional y poco ético:

“Autoaceptación quiere decir que la persona se acepta a sí misma plenamente y sin condiciones, tanto si se comporta como si no se comporta inteligente, correcta o competentemente, y tanto si los demás le conceden como si no le conceden su aprobación, su respeto y su amor.

Una definición *ómnibus* de autoestima puede concretarse en la siguiente, fruto de una síntesis ecléctica de otras muchas, recogida por la plataforma “Significados” de internet:

“Autoestima es la **valoración positiva o negativa** que una persona hace de sí misma en función de los pensamientos, sentimientos y experiencias propias. Es un término de Psicología aunque se utiliza en el habla cotidiana para referirse, de un modo general, al **valor que una persona se da a sí misma**. Está relacionada con la **autoimagen**, que es el concepto que se tiene de sí mismo, y con la **autoaceptación**, que se trata del reconocimiento propio de las cualidades y los defectos. La forma en que una persona se valora está influida en muchas ocasiones por agentes externos y puede cambiar a lo largo del tiempo”.

Se ha relacionado también con la asertividad, el autoconcepto, la autoevaluación, etc. La RAE la define como: “consideración, aprecio o valoración de uno mismo”. Si en ese artículo entendiéramos por “autoestima” este concepto formal de “autorepresentación evaluativa”, hueco, carente de contenido, no continuaríamos escribiendo una línea más sobre el tema. Al contraponer estima narcisística y estima ontológica en el título del mismo, hacemos referencia a un concepto fuerte de

estima, sinónimo, como se verá, de amor. Así como el narcisismo carecería de fuerza conceptual si no implicara el “enamoramiento” de sí mismo, la autoestima serviría de poco si no significara el amor a sí mismo. Curiosamente no existe una palabra en la psicología que transmita esta idea: ni “amor propio” (que en el uso ordinario hace referencia más bien a orgullo o engreimiento), ni “autoaceptación” tienen a nuestro parecer la fuerza de la palabra autoestima a la que añadimos el calificativo de “ontológica” a fin de evitar las veleidades evaluativas de si es alta o baja, fuerte o débil. La autoestima (el amor a sí mismo) basado en el ser no admite grados, se reconoce o no se reconoce, se siente o no se siente. No se basa en el balance entre virtudes y defectos, éxitos o fracasos, sino en el amor del ser que es uno mismo. No podría llamarse tampoco autoerotismo, por las claras implicaciones sexuales o libidinosas que contiene el término, ni se cubre su significado con el término de autoaceptación por muy incondicional que se suponga, puesto que sugiere una posición pasiva más que activa, que es la que corresponde, en cambio, al amor. A fin de hacer más comprensibles la redefinición de estos conceptos pueden ser útiles algunas consideraciones filológicas y filosóficas a propósito del amor que vamos a desgarnar a continuación:

Etimología de la palabra amor

Tanto en el uso popular como en el culto existen diferentes palabras para referirse al amor y a sus variedades, provenientes de diferentes raíces etimológicas: *Amor* y sus derivados “amistad, amoroso”, etc., (del latín “amare”), presente en todas las lenguas latinas: amor (catalán, castellano, portugués); amore (italiano); amour (francés). *En-amorarse*: verbo deponente en forma medial o pronominal del verbo, con significado pasivo: describe el estado en que se halla la persona caída (*fall in love*) en los lazos del amor, el cual como dice Ovidio en su *Ars Amandi*, según la versión de Fray Antonio de Guevara (1525): “Amor es un no sé qué, viene por no sé dónde, envíale no sé quien, engéndrase no sé cómo, conténtase no sé con qué, siéntese no sé cuándo, y mata no sé por qué”.

Estimar (del latín *aestimare*) significa valorar, apreciar, preferir. En catalán se ha convertido en la palabra básica para expresar amor, como derivado de la idea que lo que tiene un valor es deseable o digno de amor, hasta el punto que la forma “*amar o aimar*” como verbo ha quedado obsoleta o arcaica, no en cambio el sustantivo “amor”. El verbo “estimar” con significado activo, expresa el sentimiento y la actividad amorosa (no sólo ni particularmente la sexual), sino la acción de manifestar amor y de actuar en congruencia con él. Este significado de amor, más que solo de aprecio, es el que se incorpora en relación al concepto de autoestima, por lo que viene a significar “amor a sí mismo”. En este sentido relacionamos aquí estima con amor y lo diferenciamos de autorepresentación, autoaprecio, autoevaluación, autoconcepto, autoimagen, etc., que hacen de la autoestima

un concepto tan borroso como inútil, puesto que si significa cualquiera de estos conceptos se halla mejor representado por los términos específicos referidos, que por el genérico “autoestima”. O sea, en resumen y para que quede claro ya desde el principio: que si, al menos en este artículo, queremos hablar de autoconcepto, lo haremos en estos términos y no en los de autoestima que, para nosotros, significa: “amor a sí mismo”

Philo- (pertenencia a un grupo: compañerismo, amistad) prefijo de muchos derivados: filosofía, filantropía, filología... (entendido como interés o amor puro *Philia*).

Dilec- (diligere dis-legere): escoger, preferir en contraposición a neglegere no escoger, dejar de lado, negligencia; dilección, (pre-dilecto, diligencia).

Querer (de *quaerere* – buscar: expresa la actitud activa de buscar, conquistar, seducir, etc.).

Naturaleza del amor

Definición:

Sentimiento concupiscente o benevolente producido por la atracción ejercida por el BIEN. (En italiano, por ejemplo, la expresión “*volere bene*” es sinónimo de amar).

Sentimiento concupiscente:

La concupiscencia es la activación del deseo hacia la consecución de un objeto, motivado por la conciencia de su carencia. El objeto se reviste de valor sustitutorio de la carencia, lo que le otorga su valía (precio, estima, gusto, agrado). De ahí el ansia de gozar, poseer, gastar, consumir y, hasta en el mejor de los casos, compartirlo o, en el peor, destruirlo.

Sentimiento benevolente:

La benevolencia (querer el bien) es la activación de la cura, motivada por la conciencia de plenitud propia y ajena. El objeto se considera valioso en sí mismo: de ahí nace el respeto y el cuidado para mantenerlo en su ser.

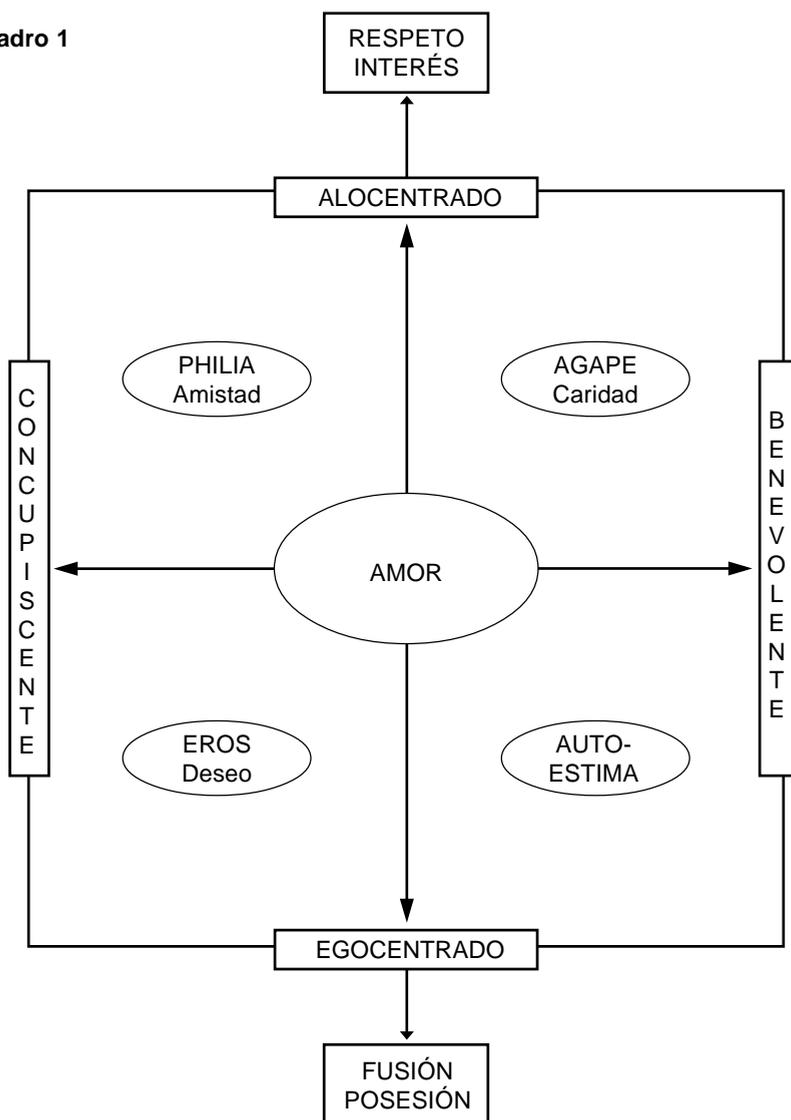
La atracción ejercida por el Bien:

Los griegos cifraban la belleza como la fuerza de máxima atracción, era sin embargo una belleza ideal: el orden, la armonía. La belleza, sin embargo, es un atributo accidental, pertenece a la forma, no a la esencia. Por esto, tanto las religiones, como las filosofías ponen como base del amor lo que es deseable en sí mismo: el ser en cuanto tal, puesto que es la raíz de todo bien; es más: en sí mismo es el bien supremo (tenga o no nombre de Dios), de modo que en él convergen el bien, la verdad, la unidad y la belleza, como reza el aforismo escolástico: “*ens, bonum, verum et pulchrum convertuntur*” (“el ser, el bien, la verdad y la belleza vienen a ser lo mismo”).

Originariamente el amor es el reconocimiento de todo cuanto es fuente de bienestar inmanente (para mí) o transcendente (en sí mismo); por eso se desea o se

hace. De ahí nace su doble orientación, dado que el bien puede ser muy distinto según la perspectiva egocentrada o alocentrada que se tome, dando lugar, a su vez, a una doble actitud concupiscente o benevolente, originando las cuatro modalidades siguientes de amor tal como puede verse en el cuadro que viene a continuación, donde el entrecruce de los ejes egocentrado-alocentrado y concupiscente-benevolente da lugar a cuatro cuadrantes que describen diversas modalidades de amor: eros, philia, agape y autoestima, cuyo significado vamos a considerar de inmediato. La perspectiva alocentrada genera respeto e interés por el objeto, mientras que la egocentrada lleva a la posesión o fusión con el objeto deseado (Cuadro 1).

Cuadro 1



1. Cuadrante: CONCUPISCENTE – EGOCENTRADO: EROS

Implica la atracción ejercida por un objeto deseable que queremos poseer, del que gozamos con su proximidad y con el que aspiramos a fusionarnos. La forma prototípica del amor erótico es el amor sexual, pero el objeto del deseo erótico no es necesariamente personal: puede ser algún objeto material como el dinero o las riquezas (el Rey Midas), o puede ser un objeto inmaterial como el poder (la erótica del poder), la fama o el éxito social, o puede ser la propia imagen (Narcisismo en sus diversas modalidades). Su carácter egocentrado determina su naturaleza concupiscente: nace de la necesidad y el deseo, es decir de la carencia, en referencia al mito del nacimiento de Eros, hijo de Penia (carencia) y Poros (riqueza) y anhela el objeto porque cree que la satisfará. Por eso el amor erótico es proyectivo: proyecta en el objeto la satisfacción de las propias carencias. La proyección sin embargo es ilusoria: de ahí viene la idea recurrente en la tradición clásica que el amor es ciego, que provoca locura “*a-mens amans*” (amante de-mente). Un famoso verso de Ariosto lo dice claramente: “*Per amor venne in furor e matto, l'uom che prima si saggio era stimato*” (“a causa del amor se volvió loco y furioso, el hombre que antes había sido considerado tan sabio y prudente”). Dada su naturaleza egocentrada se explica fácilmente su carácter amoral, así como su variabilidad (oscilación del sentimiento: alegría, entrega, confianza y la conversión en sus contrarios: odio, tristeza, celos, desconfianza, sospecha). Cuando sufre una pérdida se duele, porque se niega a renunciar y no cesa hasta que termina por aceptarla. El amor erótico es pasional y tiende a la posesión (de ahí las dinámicas de dependencia, dominio, sumisión y maltrato en la parejas). Es un amor asimétrico y exclusivo hasta la fusión, donde $1+1 = 1$. El amor erótico también puede ser platónico, si se halla orientado a la consecución de un amor inalcanzable, si no es en la fantasía.

2. Cuadrante CONCUPISCENTE – ALOCENTRADO: PHILIA

Cuando el objeto de atracción es el otro como otro, el amor se convierte en Philia: el objeto se diferencia del yo (no el *alter ego*, sino el *ego alter*: el otro se descubre como un yo que es distinto –otro– de mi) y adquiere un valor propio con quien establecer una relación simétrica (simpatía) (*Amor, aut similes invenit aut similes facit*: “el amor encuentra iguales o hace iguales”). Para que sea posible se debe dar la conversión del deseo en conocimiento. No es la proyección de mis carencias en el otro lo que lo hace atractivo, sino el conocimiento de sus propias cualidades (de ahí el aprecio y la estima). El objeto de amor o atracción puede ser una persona (amistad); una cultura (germanofilia), una idea (filosofía) o cualquier área de conocimiento: la ciencia, la música, las artes, etc. Se trata de un amor diferenciado de sí mismo, centrado en los valores propios del objeto, que no se lo considera de manera posesiva o exclusiva: de ahí nacen el interés y el respeto. La philia es un amor simétrico y puede ser compartido (amistades, fraternidad, pareja): $1+1 = 2$.

3. Cuadrante BENEVOLENTE – ALOCENTRADO: AGAPE

El amor de Agape contempla el fondo ontológico de todas las cosas: el ser. En la Philia existe todavía la distinción entre cosas atractivas o no en función de sus diferencias individuales o específicas: es selectivo en base a las mutuas afinidades. Agape, no: es comprensivo. Es una visión teórica en el sentido etimológico de la palabra, que ve a Dios (o al ser) en todas las cosas, totalizante (la visión taoísta, sufi, mística, etc.). No es un amor posesivo sino contemplativo. Tiene como objeto a Dios, la Naturaleza, la Humanidad (Religión, Ecología, Filantropía). Pero no es un amor abstracto, sino concreto: ve la presencia divina (ontológica) en cada uno de los seres concretos; por eso es el paradigma del amor cristiano: la caridad.

En la dimensión social busca el bien común, que es la base de la moral pública y privada. En las relaciones interpersonales el Agape es caridad (*χαρις*), gracia, cura, cuidado, entendida como un amor desinteresado. Se halla magníficamente expuesto en aquel texto de S. Pablo que reza:

La caridad es paciente, es bondadosa, la caridad no tiene envidia, no es insolente, no busca el propio interés, no se irrita, no toma en cuenta el mal, no se alegra de la injusticia, sino que se alegra con la verdad; todo lo excusa, todo lo cree, todo lo espera, todo lo soporta. (I Corintios, XIII)

Su actitud básica es la aceptación y el amor incondicionales (empatía), característico del amor terapéutico. Es un amor asimétrico y comprensivo: 1+ todo = totalidad. Cuando sufre un daño, perdona, a fin de restituir la restitución del Bien.

4. Cuadrante BENEVOLENTE - EGOCENTRADO: AUTOESTIMA

El reconocimiento del ser de uno mismo es la base de la autoestima, la cual no se fundamenta sobre el valor de cambio (valor en bolsa) sino en la aceptación incondicional del propio ser. El ser no se considera como un objeto disociado de uno mismo, sino integrado en sí mismo y con el bien universal (aquí hay que añadir *unum* al aforismo escolástico: “*ens, bonum, verum et pulchrum convertuntur*”). Individuo (no-dividido): 1 = unidad. No hay que confundirlo con el “amor propio”, que sería el amor de sí mismo, egoísta, sino entenderlo como amor reflexivo (auto), a sí mismo (“amar al prójimo como a sí mismo”). De ahí el cuidado y el respeto por sí mismo, independiente de la evaluación ajena. También la humildad, en el reconocimiento de ser una parte de un todo, de no ser en consecuencia el origen del propio ser, pero sí habitante del planeta “ser”. La autoestima no es una estima especular, sino existencial: los sentimientos que genera son el reconocimiento y la gratitud, la plenitud o felicidad. La falta de autoestima produce depresión, dependencia y se ha de reparar con el respeto y el perdón.

¿Puede la persona que se autoestima enamorarse?: sí, naturalmente, pero no de sí misma, porque no es posible que un ser concreto pueda contener o manifestar la totalidad del ser: principio masculino o femenino al mismo tiempo, por ejemplo. El enamoramiento en este sentido ha de servir para enriquecer la abundancia, no para colmar la carencia. Las formas, hombre o mujer, son completas, pero tampoco

se agotan en ellas, admiten la complementariedad multiforme e infinita del ser.

Aunque por razones didácticas los cuadrantes sobre las formas de amor antes descritos, se presentan como compartimentos estancos en la realidad se dan situaciones de confluencia que pueden combinarse de distintos modos. Es totalmente posible y hasta deseable que el amor erótico pueda convivir e incluso acrecentarse con el de *philia* y *ágape*, o inversamente, que el de *philia* dé origen al erótico o al de *ágape*. Debe notarse también la diferencia entre querer y gustar: querer tiene que ver con la voluntad, mientras gustar hace referencia al placer (en italiano “*piacere*” significa indistintamente “placer” y “gustar”). Podemos querer una cosa que no nos gusta o gustarnos alguna cosa que no queremos. La conjunción de voluntad y placer da lugar al amor erótico.

Así mismo hay que considerar las relaciones posibles entre narcisismo y autoestima. Queda claro en este esquema que el amor de autoestima es benevolente, mientras que el narcisista es concupiscente. Amor benevolente, no significa condescendiente, sino literalmente que quiere el bien por el bien, sin condición de ninguna clase, pase lo que pase, suceda lo que suceda, como se quiere a un bebé por el simple hecho de nacer (de ser) antes de cualquier mérito o evaluación. Amor concupiscente, en cambio, supone la aparición del deseo en base a los atributos proyectados (reales o imaginarios) sobre el objeto de deseo.

En un artículo anterior (Villegas y Mallor, 2012) desarrollamos ampliamente el concepto de narcisismo. Nos remitimos a él para las referencias conceptuales que podamos hacer en el presente artículo, en el cual trataremos las diferencias entre estima ontológica y narcisista, tomando la primera como sinónimo de autoestima. La coexistencia entre estima ontológica y estima narcisista es posible, siempre y cuando la “insoportable levedad del ser” o el peso excesivo de la imagen no vengán a desestabilizar o alterar el equilibrio entre una y otra, lo que podría dar pie a graves descompensaciones psicológicas en forma de trastornos depresivos o de personalidad

CONCEPTO DE AUTOESTIMA

A partir de las consideraciones precedentes podemos intentar una aproximación al concepto de autoestima, tal como lo entendemos en este artículo, en relación a la estima ontológica y en contraposición al narcisismo (especular). Tal definición aproximativa podría sintetizarse en la siguiente proposición: “Actitud proactiva benevolente hacia el ser que es uno mismo”. Esta definición sintética implica una serie de supuestos que desarrollamos a continuación:

- **La identificación con el propio ser.** El yo que se quiere a sí mismo no es otro que el propio ser que soy yo (no que hay en mí). Este ser es el fundamento de la propia identidad (en cuanto que la “*idem-entidad*” es la propia entidad igual a sí misma). De manera que a la pregunta “¿quién soy yo?” no hay otra respuesta que: “yo”; no ¿cómo soy?, sino ¿quién soy? Este ser originario que nace y muere con nosotros, y que no es otro que cada

uno de nosotros, puede ser de muchas maneras, pero nunca dejará de ser nosotros mismos mientras viva. Éste es el ser al que hay que cuidar, amar y respetar de manera espontánea y natural, o, una vez tomada conciencia de él, de forma expresa y reflexiva, lo mismo que al de los demás, lo que constituye la autoestima y la base para el respeto por los demás.

- **La legitimación de las propias necesidades y el reconocimiento de los propios derechos.** Sobre la base de esta conciencia ontológica se erige el fundamento de la legitimación de necesidades y derechos, para que este ser pueda llegar a desarrollarse, lo cual no implica que los demás estén obligados a satisfacerlos, sino solamente a reconocerlos y respetarlos, al igual que lo estamos nosotros respecto a los de los demás. Sólo en casos de dependencia o incapacidad podemos esperar que el prójimo o el estado, por amor o por solidaridad, se quiera hacer cargo de la satisfacción de nuestras necesidades. Sí que podemos esperar, sin embargo, que el estado se haga cargo del reconocimiento y defensa de nuestros derechos, puesto que en esto consiste su función y que los demás los respeten, que en esto se basa la posibilidad de la convivencia y la fundamentación del Derecho.
- **El cuidado de sí mismo (quererse bien).** Dado que la estima no es solo aprecio, sino también amor, la autoestima exige la actitud y la responsabilidad de cuidarse a sí mismo, lo que constituye, a su vez, la primera forma de contribuir al bienestar social. El hombre virtuoso, dice Foucault (2002), “no puede ser una carga para los demás”, por eso debe cuidarse de sí mismo. En efecto: “el cuidado de sí es éticamente primordial, en la medida en que la relación consigo mismo es ontológicamente la primera. El cuidado de sí resultará beneficioso para los demás”. Cuidarse a sí mismo implica proporcionarse los bienes necesarios para la propia subsistencia y bienestar, así como protegerse de los males y peligros que pueden atentar contra la propia vida o salud, tanto física como psíquica.
- **La comprensión (que no es lo mismo que condescendencia).** El amor, como la fe, no puede ser solo un sentimiento, sino que debe estar basado en la comprensión. Esta nos permite entender el significado de nuestras experiencias. Se trata de comprender, no de dar explicaciones (causales) o justificaciones (excusas). Comprender no implica ser condescendiente o indulgente con uno mismo y la propia conducta, sino entender cómo funcionamos para poder aprender a regularnos de forma más adaptativa a nuestras necesidades y las de los demás, de modo que se haga posible el cambio, cuando éste sea necesario.
- **La aceptación positiva incondicional.** Significa la aceptación de sí mismo, no supeditada a ninguna valoración o evaluación añadida, sea del orden que sea, o pertenezca a la categoría que pertenezca: de tipo innato (belleza, fuerza, talento), adquirido (habilidad, destreza, mérito, etc.). Esta aceptación supone la famosa distinción entre el pecado y el pecador.

Podemos rechazar el pecado, pero no por ello al pecador. Aceptar a la persona es posibilitar el cambio: la persona puede cambiar sus acciones y continuar siendo ella misma. Nadie debería definirse por sus actos, ni sus síntomas, ni sus adhesiones ideológicas. Pedro es un asesino es una mala traducción de “Pedro ha cometido un asesinato”; Pedro es un psicópata es una mala traducción de “Pedro tiene comportamientos antisociales”; Pedro es nazi es una mala traducción de “Pedro milita en el partido nazi”. Como tampoco nadie es carpintero o filósofo, sino que trabaja de carpintero o estudia filosofía.

- **El reconocimiento de la singularidad.** La concepción ontológica de la autoestima no supone una visión metafísica ni mística del ser. No habita en nosotros el Ser, ni nosotros habitamos en él, como podría pretender una visión panteísta. Tampoco hay en nuestro interior ningún “Buda de oro”, como a veces se dice en el mundo del *coaching* para fomentar la autoestima; no se trata de “apreciarse a sí mismo” por el valor espiritual (Buda) o material (oro), sino de amarse. Cada uno de nosotros es un ente singular, un ser único e irrepetible. Y como tal no tiene sentido ser comparado con nadie, ni verse sometido a las fluctuaciones del mercado de valores sociales (meritocracia o plutocracia).
- **El respeto.** El valor de la persona es de naturaleza intrínseca, no extrínseca. Tiene que ver con la dignidad del ser humano, por lo que no admite ningún tipo de ultraje, vejación o maltrato. El respeto es la actitud de consideración (la doble mirada: “*re-spectum*”) del ser en su propio ser, sin ningún derecho de alteración en su entidad ni alteridad. Este respeto debe ser mutuo, de los demás hacia mí y de mí hacia los demás, puesto que entre humanos se parte de la igualdad ontológica (nadie es superior a nadie). Respetarse y hacerse respetar es un objetivo intrínseco de la autoestima y cuando una actitud, comportamiento o relación es contraria a este principio, simplemente hay que rechazarla como nociva.
- **La humildad.** La igualdad ontológica de la que partimos nos lleva también a otra consecuencia característica de la autoestima, la humildad. Si todos somos iguales, nadie es superior a nadie, nadie puede imponerse a nadie. El narcisismo, por definición, necesitado de una autoexaltación constante para quererse, se halla a las antípodas de la autoestima: al carecer de humildad lo que más teme es la humillación, la cual puede causar auténticos estragos en su equilibrio emocional.

LA CONSTRUCCIÓN DE LA AUTOESTIMA

Aunque no sea innata ni congénita, la estima ontológica empieza a gestarse en los primeros meses de vida, durante el periodo prenómico, anterior a la aparición de la etapa del espejo, propia ya de la fase anómica. Su fundamento se halla en la estima primigenia o aceptación positiva incondicional con que los padres acogen,

o no, al recién nacido. Sus manifestaciones empiezan a darse ya con las primeras atenciones que se prestan al bebé y con la emocionalidad que las acompaña.

Un trato cuidadoso, seguido de expresiones de júbilo y afecto favorece la formación de un sentido sólido y valioso de sí mismo. Soy importante para alguien, mis necesidades son interpretadas correctamente y atendidas con eficacia y esmero, lo que significa que soy digno de ser tomado en cuenta, que mis derechos se hallan legitimados en su origen como ser humano, que tengo un valor por mi mismo: soy objeto de amor. Con el tiempo estos cuidados materiales se irán transformando en reconocimientos explícitos del valor que la propia existencia tiene para el otro. El primer espejo del bebé será la cara sonriente de la madre y sus ojos iluminados del gozo de acunarlo.

Los contextos que hemos descrito de acogimiento y cuidado gozoso del bebé, aunque necesarios o convenientes, al menos, para la gestación de una autoestima ontológica no bastan para garantizar su desarrollo, puesto que ésta tiene que ser el reflejo de un amor ontológico, no narcisista, de la madre hacia el hijo y, a su vez, éste tiene que hacer su propio trabajo de construcción reflexiva de reconocimiento del propio ser, como fuente originaria de valor. Cuatro peligros posibles acechan a esta tarea correspondiente a la construcción de la autoestima, según el momento evolutivo prenómico o anómico en que se presenten: la prevalencia de un amor fusional por parte de los padres, la proyección narcisista sobre los hijos de los propios ideales parentales, la negligencia o desnutrición generalizada, tanto física como afectiva, sobre todo esta última, y el abuso o la destrucción sistemática de los esfuerzos conativos para llegar a ser (Cuadro 2).

El primero, el amor fusional, puede dar lugar a una dependencia funcional, característica del niño sobreprotegido o mimado, que tiene dificultades para diferenciarse y llegar a ser autónomo en la vida adulta: la contaminación narcisista en la fase anómica desemboca frecuentemente, además, en tiranía o despotismo.

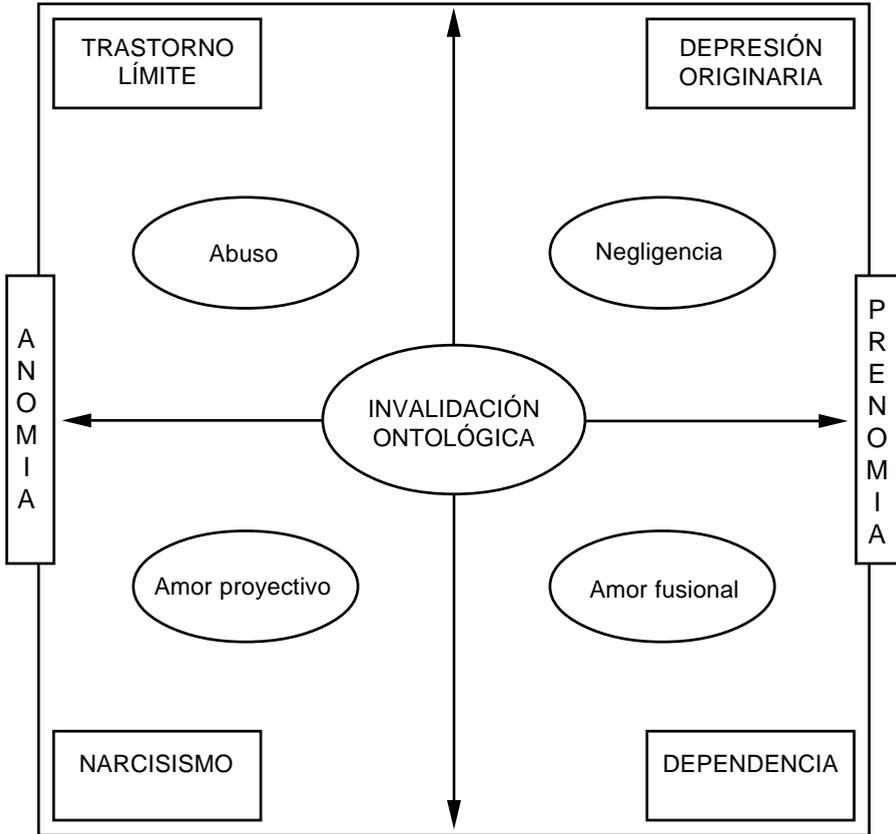
En el polo opuesto, la negligencia o desnutrición física y/o afectiva tiende a mantener al bebé y más tarde al niño, el adolescente o el adulto en una posición prenómica depresiva, a la que hemos denominado (Villegas 2011, 2013) depresión originaria, subyacente a una gran mayoría de trastornos psicológicos, oculta bajo formas de compensación meritocrática, complaciente u oblativa.

La proyección narcisista parental durante la fase anómica suele alimentar el narcisismo en cualquiera de sus modalidades (aristocrática, meritocrática o plutocrática), dependiendo de la contaminación con los sistemas de regulación heteronómico o sionómico. La combinación con déficits prenómicos tiende a manifestarse de forma histriónica.

Finalmente, el abuso, que coloca a la persona en situación de objeto carente de entidad, sometido al deseo del otro, lo que refuerza la propia representación como ente desprovisto de valor propio que puede ser manipulado, usado a placer y desechado a conveniencia, al mismo tiempo que genera la sensación de vacío profundo, miedo intenso a la soledad o al abandono y descontrol de impulsos,

acompañado de conductas autodestructivas (consumo de sustancias tóxicas, autolesiones), características todas del trastorno límite de personalidad.

Cuadro 2



La fase prenómica

La fase prenómica, correspondiente al periodo neonatal entre 0 y 2 años, se caracteriza por el desarrollo de las funciones básicas del organismo, tanto fisiológicas, como sensoriales y motoras, lo que dará lugar a la formación de una primera conciencia organísmica, de un yo ontológico, previo a cualquier valoración social, llamado por eso “pre-nómico”. La regulación del bebé se justifica en base a sus necesidades, que como organismo primario, son universales.

El reconocimiento posterior de las propias necesidades, de los propios derechos, de la propia valía y autoestima tiene su fundamento en esta etapa. El sentimiento de seguridad, la actitud de protección y autocuidado, la capacidad de hacerse cargo de sí mismo y de poder ir por el mundo sin miedo, la *autoestima ontológica*, la confianza en sí mismo y en los demás, el aprender a funcionar y

manejarse de forma afirmativa y espontánea, están en dependencia del contexto vincular seguro y confiado que los padres han sido capaces de ofrecer a sus hijos.

Nada de esto sucede sin el adecuado cuidado y nutrición material y afectiva de las figuras parentales. Su ausencia o pérdida posterior provoca graves déficits nutricionales muy difíciles de compensar, como la *depresión*; mientras que el exceso de protección, mimos, cuidados, etc. da lugar, con frecuencia, a un fenómeno de suplantación de las habilidades básicas del niño que, en los casos extremos, puede originar un *trastorno de personalidad por dependencia* o generar conductas de comportamiento tiránico en la infancia.

1. Amor fusional: la suplantación del yo

Dado que existen muchos tipos e intensidades de amor, conviene ser selectivos a la hora de ensalzar las bondades del amor en la promoción de la autoestima (Beck, 1990). No sólo hay amores que matan, los hay que también ahogan, impiden crecer o confunden a los hijos, impidiéndoles diferenciarse de sus padres, sobre todo ya desde los primeros años de vida: una forma de invalidación ontológica por la que la fusión amorosa niega la alteridad o singularidad del ser del otro, así como su capacidad de autonomía.

Embarazo de nueve años

Tal es el caso de Ceci, cuyo amor narcisista, posesivo y confusional deriva frecuentemente en maltrato de su hijo Jorge, tal como se resume en el siguiente diálogo, en el que la paciente se plantea los motivos por los que descarga su enfado con su hijo, hasta el punto de cuestionarse si pueden definirse como maltrato, o no. En el transcurso de la sesión hace referencia a sus dos hijos, Celia, la chica, de veinte años, y Jorge, el niño, de nueve. La primera parte de la entrevista está dedicada a la exposición y exploración del fenómeno del maltrato:

Ceci: *Pero, exactamente, el maltrato psicológico, ¿qué es? ¿Tú crees que es maltrato psicológico que yo le diga al niño “este niño es tonto del culo”? Reconozco que mi hijo me pone muy nerviosa. En cambio, mi hija no. Y le pego. A veces lo pienso: “si me grabaran los coscorrones que le doy al niño a la semana, me quitaban la custodia”. Pues no sé qué voy hacer, porque no puedo comprender que un niño de nueve años, sea tan rebelde. Y es que lo he probado todo, pero por otra parte, luego me lo como a besos. El otro día le dije ¡una cosa más gorda...!: “eres lo que más quiero en el mundo, pero antes de que me tomes el pelo, te ahogo en la bañera”... Él se lo ha buscado: yo he llegado a la conclusión de que mi hijo solo reacciona a las amenazas. Está esperando a que yo le grite, y vosotros diréis: “claro, está acostumbrado a los gritos”. No, yo he empezado a decírselo bien, él se ha buscado los gritos: “como no te metas en la ducha te voy a pegar una patada en la boca, que te voy a romper todos los dientes”. En un segundo está metido. Esto es lo que yo no entiendo. ¿Qué piensas?*

¿Es el niño o soy yo?

T.: *Bueno, es algo relacional. Hay una relación entre tú y tu hijo que es distinta a la que tienes con tu hija, porque en todas las relaciones siempre se crea una especie de dinámica o de juego. O sea, dices que él reacciona cuando te ve a ti sulfurada. Pero hay veces que te lo comes a besos, así, sin más.*

C.: *Sí, soy muy cariñosa con él. Me apetecería cogerle, darle un abrazo y comérmelo a besos. Con mi hija no lo he hecho, por eso no lo entiendo, porque tengo con él una relación que lo quiero con locura. Yo lo necesito; no sé, me gusta; desde siempre, desde que era bebé me lo como a besos, pero al mismo tiempo me pone muy nerviosa. Tal vez haya algo que no hago bien, que no tengo paciencia, que no soy una madre como debería ser, pero después pienso: “pero si con mi hija no me pasa eso!”.*

T.: *Tú has dicho “lo necesito”; o sea, que el niño puede percibir que él es un objeto, que a ti te satisface. Pero a la vez, si te satisface tiene que ser un objeto para ti, no puede ser para sí mismo. Entonces la rebeldía es una especie de mensaje que te dice: “yo soy para ti, pero cuidado que yo soy yo”. Y solamente cuando él ve amenazado ese amor, ese cariño tan grande, el afecto tuyo tan efusivo, convertido en odio, entonces reacciona.*

C.: *Lo que hago con mi hijo también lo hago con mi marido. De golpe le doy un abrazo.*

T.: *Me parece muy bien, pero tu marido es tu marido y tu hijo es tu hijo, es decir, hay fronteras generacionales. El bebé que es un trozo tuyo, que forma parte de ti, que le das el pecho, se va diferenciando, y se tiene que desarrollar una distancia, no solo una diferencia física, sino también psicológica, en el sentido de que no le puedes dar a un hijo el afecto que le das al marido. El amor de padres a hijos es distinto. Pero a mí me parece que este niño todavía no se ha diferenciado bien de ti. O sea, que no te ve como una madre, que te ve como una compañera. Es decir, que no hay una distancia, es una relación bilateral no de subordinación y solo reacciona cuando ve amenazado el amor. O sea, que tú le das un amor tal que para él no haya fronteras, como si estuviera mezclado contigo, y entonces, solamente cuando ve amenazada esta fusión, reacciona. Pero al mismo tiempo tiene necesidad de diferenciarse... Porque la efusión ¿qué es lo que hace?*

C.: *Confundirlo.*

T.: *Lo confunde. Entonces, tal vez deberías repensar un poco esa necesidad. No te preguntes tanto si haces bien o mal, sino ¿por qué necesitas tanto el afecto de tu hijo? ¿Qué tiene él que te compensa?*

C.: *Pero yo no busco el afecto que él me da; necesito dárselo yo a él.*

T.: *Ya, pero, ¿por qué necesitas dárselo?*

C.: *No lo sé. Recuerdo que cuando nació sentí una felicidad que no había sentido en mi vida; la felicidad absoluta es cuando lo vi y pensé: “Ay, que*

bebé más bonito”.

T.: *¿Y eso no lo viviste con tu hija?*

C.: *No, no, no, no, no, no... No lo viví con ella, la quiero igual, pero fue todo más rápido; con Jorge, fue otra cosa. Además tardé nueve años en quedarme embarazada de él. Después de tener a Celia decidimos ir a por otro; yo tenía muchas ganas de tener un crío, ya que de ella me quedé embarazada sin quererlo, a los 19 años. Y después, estuve años que no me apetecía. Quería quedarme embarazada cuando yo quisiera, porque quería tener ese sentimiento; la primera vez lo pasé mal. Quería tener un bebé deseado, y así fue. Pasaron años y cuando por fin me quedé ni te cuento: ¡vaya embarazo más guapo!; yo estaba la mar de bien, disfrutando. Hasta me dio rabia dar a luz porque habría estado embarazada años, me encantaba...*

T.: *Lo acabas de decir: todavía...*

C.: *estoy embarazada... Puede ser. Porque yo lo recuerdo con nostalgia; después, lo que recuerdo muy a menudo es cuando le daba el pecho, durante meses.*

T.: *Bueno, pues ahí hay un problema de separación entre tú y él. Jorge representa para ti tanto que es como si no te hubieras separado de él y no le permitieses ser.*

C.: *Ahora lo estoy notando: quiero estar embarazada de él, porque yo era feliz. Los dos embarazos y la lactancia materna han sido el no va más... y cuando dejé de darle el pecho ¡me dio una rabia...! Es que, además, yo soy una madraza: me gusta el contacto de madre, como cuando lo tenía conmigo en la teta, todo el día lo tenía enganchado. Y ha sido la época más feliz de mi vida.*

T.: *Tú no has tenido un embarazo de nueve meses, sino de nueve años, ese es el tema.*

C.: *Sí. Y los abrazos y los besos que le doy es como si fuera un bebé de meses. Yo también me doy cuenta, porque me sorprende de la necesidad que tengo de besarle. Entonces, lo que busco es recibir de él lo que sentí cuando era un bebé.*

T.: *Claro; pero como ahora anda y corre y muerde y lo que sea, pues la teta ya no se la puedes dar. En ese caso ¿qué pasa? Pues que si le haces creer que es el rey de la casa, ¿para qué tiene que exigirse nada, si el amor está garantizado por el deseo? Se puede desear a un hombre o a una mujer, pero no a los hijos. A los hijos hay que quererlos, no desearlos.*

C.: *Claro, entonces lo que estoy haciendo no es quererlo, es desearlo. ¡Ah! Yo lo confundía...*

Esta confusión se produce bajo múltiples modalidades en la educación de los hijos en forma de sobreprotección, mimos empalagosos, coleguismo infantiloides, suplantación de la iniciativa del niño o proyección narcisista de los propios padres,

como en el caso que acabamos de exponer, con el nefasto resultado de favorecer la creación de pequeños tiranos (Beyebach, M. y Herrero, M., 2013).

2. Negligencia: el déficit ontológico

En el polo contrario hallamos el déficit ontológico, originado por la negación radical del ser ya en sus orígenes o nacimiento, manifestado en forma de descuido o desnutrición física y afectiva. Este déficit ontológico suele echar sus raíces en la primera infancia en la que resulta fundamental, como hemos visto, para el proceso evolutivo del ser humano que sus necesidades básicas sean cubiertas de modo adecuado: ello no hace referencia a las comodidades de un hogar moderno en una sociedad rica y avanzada, sino a la calidad de las relaciones vinculares que se establecen entre madre e hijo a través del cuidado y satisfacción de las necesidades primarias y que en términos generales determinan las diversas formas de apego más o menos seguro o estable. Para ello no se necesitan grandes recursos económicos, puesto que la naturaleza ha provisto incluso del alimento necesario a las madres, sino principalmente un cuidado amoroso, lo que está al alcance de todas las sociedades, incluso las más pobres.

Desde el punto de vista psicológico la necesidad más básica de todas es la de sentirse digno de amor, reconocido como persona. Esta es la nutrición esencial que requiere el desarrollo de la psique humana. La naturaleza, sin embargo, no ha dotado a las personas de amor incondicional hacia sus hijos. Algunos progenitores no consiguen establecer con sus hijos el vínculo amoroso que necesitan: tal vez los abandonan o descuidan gravemente, tal vez les pueden proporcionar todos los recursos materiales que precisan para su desarrollo físico y social, pero permanecen emocionalmente alejados de ellos, o tal vez incluso los pueden sobreproteger, pero no con ello les legitiman en su ser: en cualquier caso se está generando un déficit difícil de reparar.

La ausencia de esa experiencia acogedora o de aceptación del propio ser que ofrece el cuidado amoroso de la madre supondrá un vacío nutricional, difícil de contrarrestar de otro modo, que dará lugar a posibles formas alternativas de validación de tipo narcisista o a la instauración de la depresión originaria (Villegas 2011 y 2013) como estado de ánimo de fondo permanente. Los seres humanos pueden extraer las bases de su autoestima o reconocimiento ontológico como personas de muy diversas fuentes, más allá del amor maternal: otros parientes o vecinos, el grupo, la tribu, maestros, terapeutas, compañeros, incluso de sí mismos, lo que constituye el fenómeno de la resiliencia, pero cuando estas intervenciones reparadoras fallan o no se producen a lo largo del tiempo suelen recalcar en la depresión que arrastran de origen.

El quinto principio

Una experiencia de este tipo se encuentra descrita bajo el enigmático título de *El quinto principio*, libro donde Paul Williams (2014) aborda la reconstrucción de

una infancia carente de cuidado y de cariño, sometida a maltrato y abandono sistemáticos, poniendo de manifiesto las perturbadoras consecuencias que el déficit nutricional afectivo y el descuido material tienen sobre las vicisitudes en la formación de la psique infantil y adulta, más tarde.

Nacido en sustitución de su hermana Carole, muerta a los cinco meses a causa de una disentería no atendida debidamente por sus padres, Paul estuvo llenando el vacío dejado por la primogénita durante un tiempo, hasta que llegó otra hermana, Patricia, a sustituirle, en el imaginario de la madre. Más tarde ésta se dio cuenta del error: no era una niña, sino un niño... Ese era el niño *equivocado*

Crecido en un ambiente hostil, alcoholismo del padre, abandonismo de la madre hasta el punto de no velar por su sustento, Paul aprendió a refugiarse en un bosque cercano y a robar comida de los establecimientos para poder subsistir, durante el día. A casa se acercaba solo por la noche y por la puerta trasera para poder dormir. En la escuela fue objeto de desprecio y bullying por parte de profesores y compañeros.

El bosque era el santuario de mi niñez, seguro y predecible. Los árboles, los estanques y los arbustos adoptaban una actitud neutral, sin rechazar-me ni esperar nada de mí. Me aceptaban.

Este vacío nutricional, que empujó a Paul a “independizarse” de los vínculos parentales originarios para proveer por sí mismo a su sustento tanto en el ámbito material como relacional, le llevó en consecuencia también a desarrollar una serie de comportamientos y convicciones compensatorias, entre ellas lo que él denominó como sus “principios”, que redujo a cinco.

Cuando tenía más o menos tres años, ya había dejado de esperar de mi madre cualquier otra cosa que no fuera hostilidad. Hasta los cuatro más o menos, traté de interesarme por mi padre, con la esperanza de encontrar algo aunque sin éxito. Su ebriedad y su desdén me apartaban.

*Cuando cumplí cuatro años, ya sabía que a ella no debía pedirle nada más y que tenía que hacerme invisible en cuanta ocasión se me presentara. Siempre creí que esta desastrosa situación con mi madre era mi culpa. Aunque obligado sin piedad a **volverme independiente**, me sentía muy avergonzado de ser un fracaso como hijo.*

Mi vergüenza fue el crisol del que nació mi primer principio de vida:

1. *“Todo lo que digo o hago está mal”*
Este principio subyacía al segundo, al tercero y al cuarto, que formulé cuando tenía más o menos cuatro años, a modo de estrategias que me permitieran lidiar con las consecuencias del primero.
2. *El segundo Principio era el siguiente: “no creo en lo que dicen. La verdad es lo opuesto a lo que me dicen”.*
3. *El tercer Principio rezaba: “la rabia me mantendrá vivo”.*
4. *Y el cuarto era: “si trabajo duramente, el doble de los demás, tal vez logre llevar una vida que se aproxime a una vida normal”.*

Yo no hice nada erróneo. Yo era un error. La llegada de Patricia (su hermana) tres años más tarde hizo que las cosas no solo no mejoraran, sino que empeoraran... Una de las consecuencias de que se me considerara una niña desde el nacimiento y de que luego se me descartara no fue que yo me sintiera como una niña, ni que me volviera homosexual, sino que me sintiera como si no fuera nadie. Al mirarme mi madre veía a otra persona. Yo sentía que no existía, que es lo mismo que sentirse insustancial...

Me habían asesinado, como sucedió con Carole; la diferencia entre nosotros dos es que mi cuerpo permanecía y el de ella no... Aprendí que nadie conocía o que a nadie le importaba lo que nos sucedía a Patricia y a mí.

Los primeros intentos de compensación los dirige Paul a restablecer el orden originario o canónico de las cosas, al adoptar una conducta razonable, reorientada a provocar un reposicionamiento también razonable de la madre, pero con éxito nulo.

Había momentos en que creía que podría invertir la realidad y, pese a los ataques, hacía repetidos y extenuantes intentos por comunicarme con mi madre, partiendo de la idea que tal vez ella estaría dispuesta a entrar en razón si yo se la proporcionaba... Este fue un error de juicio muy serio... Me convencí de que ella, algún día, lo comprendería, aunque de momento yo debiera renunciar a la esperanza. Me inculqué la creencia de que si daba un ejemplo bueno y racional [heteronomía inversa], aun cuando fuera necesario permanecer en silencio, conectaría con ella. En otras palabras, enloquecí.

La imposibilidad de recibir de los padres el reconocimiento necesario lleva a Paul a buscar una compensación en el ámbito relacional, desarrollando, además de la heteronomía inversa ensayada ya con la madre, una socomonomía complaciente y oblativa, a fin de obtener la aceptación de los demás.

El hecho de ser razonable [heteronomía] e indefectiblemente servicial [socomonomía], se volvió un rasgo de mi carácter, que surgía de manera automática en mis relaciones con la gente, en particular con las mujeres. Llegué a comprender que el secreto para salir adelante radicaba en la abnegación, en la identificación y en la satisfacción de los deseos de la otra persona. Si dedicaba atención, manifestaba interés, prodigaba halagos y ofrecía ayuda aunque no me la solicitaran, me ponía en situación de ventaja. En esta engañosa forma de vida, el potencial para que surgieran los malentendidos, los conflictos y las traiciones conmigo mismo, era enorme.

Yo no podía amar ni sentirme amado. Cuando tenía alrededor de cuatro años, el suicidio comenzó a rondar por mi mente... Yo era un niño aterrorizado, desesperado, con la osadía de quien no tiene nada que perder y se preocupa tan solo de su supervivencia...

El surgimiento de estos cuatro principios permitieron a Paul sobrevivir en un medio familiar totalmente negligente y hostil, anticipando la aparición de un quinto principio que debería asumir y superar a los cuatro anteriores en uno solo. Este quinto principio es fruto de un largo proceso de elaboración interior que tenía que ver con asumir la responsabilidad del cambio, entendiéndolo que ni el pasado, ni las figuras de apego de la infancia no iban a cambiar.

No tenía ninguna esperanza de que lo que me sucedía pudiera borrarse o “curarse”. No se podía cambiar la situación ni a la gente responsable, a pesar de mi ilusoria creencia de que era posible. El único aspecto de la situación que podía cambiar era yo. Gracias a este conocimiento, ya en la adultez, fui capaz de forjar un quinto Principio que me permitió vivir sin negar la realidad del pasado y, al mismo tiempo, sin encadenarme a él... Durante los primeros años de mi vida como adulto invertí cada pizca de energía en deshacer el daño de mi niñez; sin embargo los efectos persistían: la dificultad para decir no [poca asertividad], una tendencia crónica al alejamiento [evitación social], y al trabajo excesivo [meritocracia], creencias autocríticas sobre mi aspecto y mi valía [evaluación negativa], y, sobre todo, un legado de vergüenza [falta de autoestima] para el que jamás encontré modos duraderos de disminuirla. El último principio, el quinto, resultó el paso lógico que seguía en la formulación de la secuencia de los Principios. Tomó la forma de una renuncia a los cuatro Principios anteriores, así como a las condiciones en que se habían formulado. Lo cierto es que jamás hubo esperanza alguna de mejorar la situación de mi niñez. Era preciso que entendiésemos de una vez por todas que mis circunstancias habían sido irreversibles y que ningún esfuerzo por salvarlas, repararlas o mejorarlas podría suponer ninguna diferencia. Imaginar lo contrario era una ilusión de la cual se alimentaba el deseo ficticio que había tenido cuando era niño: la capacidad de cambiar a mi madre...

*La formulación del **quinto Principio** no era una negación del pasado, ni un acto de resentimiento, ni un intento de vencer a mis padres. Por el contrario, representaba la ampliación que una mente adulta hacía de una comprensión infantil: “A la mierda”... No fue fácil trasladar el quinto Principio a palabras, pues no solo hacía falta que surgiese de un pensamiento adulto, sino que también era necesario que permaneciese fiel a su inspiración, es decir, al deseo [anomía] de escapar...*

Gracias a él, comencé por fin a derribar el legado de vergüenza y de terror de mi infancia por medio del desmantelamiento pieza por pieza, de las premisas a partir de las cuales me controlaban los patrones de pensamiento y sentimiento del pasado. Ahora mucho tiempo después me doy cuenta de que era posible llegar a hacer lo que quería: amar, llorar en público, enojarme, ignorar la locura de otra gente, escuchar música... Comencé a entender que podía hacer lo que yo quería [autonomía]. Había antepuesto

a los demás y había estado orgulloso de ello con un alto coste para mí [socioconomía]... lo cierto es que raramente ponía en un primer lugar mis necesidades o deseos [prenomía y anomía].

La fase anómica

Los seres humanos somos los únicos que necesitamos validarnos después de nacer. Esta necesidad de postvalidación ha adquirido incluso sus formas ritualizadas tanto en el ámbito religioso como social, profesional o académico. Ningún conejo, jirafa, ruiseñor o salmón tiene necesidad de validarse como tal en sociedad, ni de buscar el reconocimiento de los demás. El conejo no se vanagloria de su habilidad para sortear los obstáculos en su carrera, ni la jirafa de la esbeltez de su largo cuello, ni el ruiseñor del embeleso de su canto o el salmón de su probada resiliencia. Esto sucede porque el ser humano se caracteriza por su capacidad de representación y evaluación de la realidad, aun en ausencia de ella. En este sentido el narcisismo, como formación de la imagen especular de uno mismo, es un fenómeno universal que se gesta durante la etapa anómica, entre los dos y seis años, cuando la conciencia del yo da lugar a la aparición del egocentrismo.

1) Narcisismo: el amor proyectivo

La fase especular de representación o creación de la imagen de sí mismo, que se forja en la etapa anómica, es prácticamente universal. La aparición de la conciencia lleva inexorablemente adosada la formación de una representación de sí mismo expuesta a la propia valoración, tanto como a la ajena. Sobre esta imagen se pueden proyectar lo mismo el amor que el odio. La cuestión es forjar una estima que no se halle supeditada a la valoración de la imagen, sino a la aceptación originaria de sí. Cuando ésta se confunde con la exaltación de la imagen, mediante atributos externos pretendidamente innatos (aristocracia), ganados (meritocracia) o adquiridos (plutocracia), o se intenta contrarrestar su carencia, como hemos visto en los casos anteriormente expuestos, a través de compensaciones narcisistas de carácter heteronómico o socioeconómico, estamos confundiendo la autoestima con el narcisismo en cualquiera de sus modalidades (Villegas, 2015; Villegas y Mallor, 2012).

El narcisismo debe entenderse como una vicisitud posible, por no decir inevitable, en ese proceso de diferenciación yo-otro, en el que el yo queda constituido como sujeto y el otro como objeto. En este proceso de diferenciación el sujeto se conoce a sí mismo a través de la imagen que proyecta de sí en el espejo de los otros o en la que los otros le devuelven de él. El narcisista, como Narciso, no se reconoce a sí mismo, sino que precisa del reconocimiento especular, por lo que termina dependiendo de él hasta el punto de necesitarlo. Que esta necesidad de reconocimiento de sí mismo se convierta en algo patológico o no, dependerá de cómo el sujeto sea capaz de descentrarse de sí mismo y llegar a reconocer a los demás sujetos como tales, pueda llegar a amarlos o, al menos, respetarlos o, por el

contrario, los interprete como objetos a su disposición, susceptibles de ser deseados, poseídos, rechazados, utilizados o maltratados, o entre en la dinámica de compararse o competir con ellos o de buscar su reconocimiento.

Mi hija Hildegart

Los casos de proyección narcisista, particularmente por parte de los padres, pueden llegar a extremos destructivos aberrantes en sus efectos sobre los hijos, sobre todo cuando se proyecta en ellos ideales prácticamente inalcanzables de carácter meritocrático, que persiguen la excelencia a través de logros sublimes. Películas relativamente recientes como “El cisne negro” (Darren Aronofsky, 2010), “Camino” (Javier Fesser, 2008) o “Kreuz wege” (Dietrich Brüggemann, 2014) tensan la cuerda de la perfección artística o espiritual hasta límites que lindan con la patología o la muerte.

Pero entre todos estos relatos, la mayoría correspondientes a historias reales, destaca particularmente la historia llevada al cine por Fernando Fernán Gómez, estrenada en 1977, titulada “Mi hija Hildegart”, a partir de un guión inspirado en el libro “Aurora de sangre” de Eduardo de Guzmán (1972). Basada en un hecho real, ocurrido en la España republicana y con la eugenesia como trasfondo, la historia resulta absolutamente impactante.

Aurora Rodríguez Carballeira, concibe una hija con el propósito de hacer de ella una especie de revolucionaria socialista, feminista y libertaria. A fin de llevar a cabo su objetivo de la forma más radical posible, le busca un padre para la ocasión que no la vaya a reconocer nunca, un sacerdote castrense, con el que nunca más volverá a entrar en contacto, creando de este modo las condiciones más próximas a una partenogénesis, como si se tratara de dar a luz un engendro divino. Efectivamente, los desvelos en su educación dan como fruto una niña prodigio, que con menos de ocho años domina seis idiomas y que sin haber llegado aún a la mayoría de edad, puede jactarse de haber finalizado dos carreras universitarias, haber escrito varios libros y artículos y haberse convertido en una figura clave en el partido socialista, requiriendo su trabajo las más ilustres personalidades políticas e intelectuales del momento. Pero como toda adolescente y con el *handicap* de haber pasado su vida bajo un estricto y casi-asfijante yugo materno, Hildegart ansía libertades y diversiones. El pecado imperdonable que comete llega en forma de enamoramiento. La madre, incapaz de soportar la más mínima desviación de su hija del camino que ha soñado para ella, la mata a sangre fría, con cuatro disparos, igual que un escultor, según sus propias palabras: “destruye su obra cuando la misma no ha alcanzado las cotas de perfección a que aspiraba”.

La estima ontológica basa su naturaleza en el reconocimiento del ser en cuanto tal: su propia existencia. Este es el fundamento de su valía y el motivo de su aceptación. El narcisismo, por el contrario, al supeditar la estima a la aprobación,

admiración o valoración pública se halla expuesto a su exaltación al igual que a su hundimiento. Sustituye el valor ontológico por el valor de cambio. Por eso se esfuerza tanto en mantenerse en lo alto de la escala de cotización en la bolsa social, prescindiendo de la moralidad de los medios a su alcance.

En los casos más extremos el narcisista, a falta de valores reales que ostentar, puede llegar a construir un argumento vital o a suplantar la personalidad de algún personaje real o imaginario, cargado de un fuerte valor social, a fin de conseguir la admiración, la compasión o el terror si conviene, con tal de obtener la atención de los demás, convirtiéndose en el centro de sus miradas. Como dice Javier Cercas (2014) a propósito de su libro sobre Enric Marco, titulado “El impostor”:

“Este libro habla de nuestra humillante y angustiada necesidad de que nos acepten, nos quieran y admiren, de nuestra incapacidad total de aceptarnos tal como somos, de nuestra facilidad para disfrazarnos, ante la gente y ante nosotros mismos. Todos somos como Marco porque somos incapaces de mirarnos al espejo. Si nos miramos, nos morimos, como Narciso, porque somos muy poquita cosa”.

Enric Marco se hizo pasar durante 30 años por el prisionero nº 6.448 del campo de concentración de Flossenburg. Esto le permitió llegar a presidir la asociación Amical de Mauthausen, a pesar de no haber estado nunca en ninguno de los campos de exterminio nazis. Su historia, como luchador antifranquista, militante de la CNT y prisionero de los nazis era una farsa, como él mismo admitió al ser descubierto. Su narración que arrancó las lágrimas a los asistentes al Parlamento cuando contaba cómo les desnudaban o les mordían los perros era un invento. Pero era la que iba contando en conferencias en ateneos e institutos de enseñanza. Suscitando el horror y la compasión de los demás, Enric Marco conseguía atraer el interés y la admiración de su persona sin necesidad de hacer aspavientos, lo que a la larga beneficia al narcisista histriónico porque su representación teatral se confunde con el relato de la realidad.

Lo mismo cabe decir de Alicia Esteve Head, vecina del distrito de Tres Torres, de Sarrià-Sant Gervasi (Barcelona), quien había trabajado de secretaria de un directivo japonés, hasta pocos meses antes del fatídico 11 de septiembre de 2001, y que se hacía pasar por Tania Head, víctima superviviente del atentado de las torres gemelas. Su papel activo en el movimiento memorialista le llevó a presidir la Red de Supervivientes del World Trade Center. Ante la revelación periodística en portada del New York Times que aquella mañana ella no se hallaba en la ciudad, sino en Barcelona, tuvo que admitir su farsa. Había construido una historia, cargada de detalles propios de una película: su novio había fallecido en la otra torre, un desconocido apagó las llamas de su vestido, había entregado a una viuda el anillo que le dio su marido poco antes de morir... y así otros mil detalles que completaban el relato.

Estos y otros casos muestran la proximidad de rasgos compartidos entre narcisismo e histrionismo que a veces tienden a refugiarse en el escenario mental

(narcisismo elusivo), mientras otras descienden al escenario real desarrollando su fantasía a plena luz y ante las cámaras, como el “pequeño Nicolás”, que en poco tiempo se ha forjado una identidad múltiple en el mundo de la política de “alto vuelos”, en busca de un reconocimiento social de “facebook”.

2) Abuso: la destrucción de la imagen

El descuido, la desprotección tan frecuente en las historias de abuso, el abuso mismo en cualquiera de sus modalidades, la invalidación constante o sistemática, el rechazo implícito o explícito son las formas más graves de desnutrición que van a mantener a muchas personas en una regulación prenómica, carente de cualquier asunción de responsabilidad, a la espera de que alguien asuma finalmente el rol nutricional que necesitaban de sus padres desde una perspectiva pasiva o victimista, mientras que en otras personas va a dar lugar desde una regulación anómica a una posición pasivo-agresiva donde el autoodio y el sado-masoquismo van a perturbar sus relaciones afectivas. En estas circunstancias la imagen de uno mismo queda gravemente dañada, expuesta al autodesprecio y la inflicción de autolesiones, como vemos con frecuencia en el trastorno límite de la personalidad. En una carta dirigida a su niño interior un paciente, abusado en su infancia, escribe:

“Querido (tachado en el original) enano de mierda interior. Puto crio de mierda interior. Puta mierda interior. Pequeño inútil interior, ¿aún no te has muerto? Pequeña basura interior. Puto gilipollas chupapollas, es que no sé qué decirte. Puto crio. Querido (tachado en el original) niño interior, a ver si dejas de dar por el culo de una vez y puedo empezar a hacer las cosas de una forma menos patética, aunque el adulto no es mucho mejor que tú. Jodido tarado.

Tú te expones para que otros disfruten, yo disfrute con tu muerte. Mientras otros te golpean y sufres yo puedo sacar la cabeza del agua que hierve, y para no quemarme, tengo que dejar que otros acaben contigo porque solo eso alivia, pero no puedo dejar de oírte gritar e intento callarte golpeando tu boca. Deja de llorar de una puta vez; nadie te va a oír. Te observo en silencio desde la esquina de una habitación oscura. Pataleas en el suelo tirado boca abajo como si estuvieras pegado a él, sucio de sangre y con la cara llena de sudor y lágrimas que ya ni puedes sentir, pero solo yo te oigo y no puedo hacer nada salvo estar ahí mirando cómo finalmente tu cuerpo tiembla agotado, ya no tienes voz y aun así continúas gritando, como si alguien hubiese quitado el sonido a una película de terror. Pienso que podría apostar por ti, por una larga agonía antes de verte morir rodeado de mierda, semen, babas, vomito, alcohol, tierra y sangre. Pero el fin nunca llega porque eres desgraciadamente demasiado fuerte, un trozo de carne en el que muchos han metido sus miembros animales salvajemente; de eso estás hecho, eso eres y así te oigo gritar. Deja de llorar puto niño de mierda...”

Tú vales para fregar platos

Irene, mujer de 29 años, soltera, trabaja en hostelería; la mayor de tres hermanos, hija de padre español y de madre sudafricana

“Tengo muchos problemas para relacionarme con todo el mundo. Desde que tengo uso de razón, he tenido un complejo de inferioridad enorme. No he salido nunca con nadie. Los hombres me duran dos horas. Tengo muchos problemas. En el trabajo la gente me hace lo que quiere, me manipulan totalmente. Tengo el sentimiento de que si pasa algo es por algo y me tengo que aguantar. Como si fuera un castigo por algo que yo he hecho. No puedo evitar de quitarme este pensamiento de la cabeza. O sea, mi pensamiento es, “mira, tu vales para eso, para fregar platos”...

Voy a las discotecas a pasármelo bien y me gustaría sentirme por una vez que a la gente le gusta estar conmigo. Quizá es mi actitud, pero no sé, me gustaría sentirme deseada. Para mí ser mujer es ser persona; y ser persona significa sentirme deseada por alguien. Pero yo nunca he sentido eso. Para ser deseada debería ser atractiva. Yo sólo querría saber qué se siente. Nunca me he sentido deseada por nadie. Y supongo que si me sintiera me sentiría también atractiva.

La alternativa a este modo de pensar es la fantasía, donde intenta compensar la falta de autoestima:

“imaginándome atractiva, con un hombre a mi lado a quien pueda explicarle todo. Entonces empiezo a tener fantasías: Ah! Pues mira esta noche saldré con Joaquín (ex novio) porque me llamará; y no sé qué, no sé cuantos... Pero entonces esa parte de mí que dice que no, que no puedo pensar así porque no va a ser verdad... Y la única manera de parar todo eso era pues eso, hacerme daño (autolesiones). Es una forma de castigarme. Las autolesiones consisten en quemarme o clavarme cosas... Cuando era pequeña era daño físico, más tarde fue psicológico, en plan de insultarme todo el día. No permitirme hacer las cosas que quería hacer, supongo. Ahora es un poco de todo... Hace cinco años más o menos que he vuelto a hacerme daño físico, pero el psicológico continúa, está ahí. Porque mis sesiones de ponerme delante del espejo y empezar a insultarme son para grabarlas, ¡vamos!... Me quedo muy relajada, eso sí. De alguna forma es como si estuviera confirmando lo que ya pienso. Entonces las cosas ya están en su sitio.

El origen de sus problemas lo sitúa Irene en la infancia y en la peculiaridad de su posición respecto a los hermanos y en relación a los padres.

Yo supongo que el problema, en parte, es desde muy pequeña. Todas las responsabilidades me han caído a mí, porque era la mayor y supongo que parecía la más fuerte, siempre me lo he callado todo. Yo creo que me viene todo desde pequeña, para mi padre yo lo hacía todo mal. Yo siempre he querido escribir y claro, como mi padre es escritor, yo siempre que he

escrito algo de pequeña, iba corriendo ilusionada se lo enseñaba a mi padre y me decía “eso es una mierda”. No me decía has de mejorarlo así o así, como yo esperaba. NO! simplemente yo no valía para nada. Entonces llegó un momento en que ya no quise escribir. Cuando cumplí los 16 años mi padre decidió que tenía que ponerme a trabajar y me buscó trabajo en un bar. Decidió que no servía para estudiar y menos para escribir y que ahora era yo quien tenía que llevar dinero a casa.

(RE)CONSTRUIR LA AUTOESTIMA

Cuando se detecta una ausencia o deterioro de la autoestima una parte del trabajo terapéutico, al menos, debe ir dirigido a (re)construirla. Las operaciones que conviene llevar a cabo se pueden sintetizar básicamente en las siguientes.

1. Diferenciarse de la mirada ajena
2. Desvelar la persona oculta en tu cuerpo
3. Identificar y legitimar las propias emociones y necesidades
4. Aprender a validarse socialmente
5. Respetarse y hacerse respetar
6. Conectar con el yo interior

Diferenciarse de la mirada ajena

La primera cosa que hay que conseguir en el proceso de (re)construcción de la autoestima es liberarse de la mirada ajena para construir una mirada interior. Es muy significativo que el ser humano, a pesar de caracterizarse por su conciencia reflexiva, no disponga de un órgano (una especie de ojo) externo que le permita verse a sí mismo, sino que para ello necesite de un instrumento exterior, el espejo, ahora también las “selfies”, o bien requiera de la mirada especular de los demás. Seguramente eso significa que el narcisismo no entra en los planes biológicos de la evolución, sino como una derivada antropológica, característica de nuestra especie. Y, a su vez, probablemente también significa que la mirada ontológica es una mirada interna, organísmica, de dentro hacia fuera. Ningún animal cuestiona su ser, ni se compara con otro, ni se acompleja de sí mismo, lo que no impide que pueda sentir miedo ante un depredador o agresividad ante un invasor. (Re)construir la autoestima implicará pues, reconstruir la mirada interna, liberándose de la externa.

“¡Vaca!, ¿adónde vas?

En el diálogo siguiente, desarrollado en un contexto grupal, aunque por brevedad haya sido expurgado de otras intervenciones, el discurso es dirigido al objetivo de diferenciarse de la mirada externa y conectar con la mirada interior. La paciente, Nadia, de origen alemán, se debate ante una situación de falta de trabajo, agravada por temas de falta de aceptación de sí misma relacionadas con bulimia y alcoholismo, a partir del autodesprecio y el autoodio.

NADIA: *En las relaciones yo siempre he sido la que ha dado. Los hombres*

siempre se han aprovechado de mí físicamente, monetariamente, de mi amistad, de mis conocimientos... He torcido toda mi vida para agradar y gustar a los demás, pero se acabó. Si no te caigo bien, peor para ti... Yo tengo unas formas de pensar diferentes, más extremas, más rígidas que otros, sí.

T.: *Muy sinceras. Esto es honestidad y valentía.*

N.: *Si no, no sería yo, y esto es una cosa que he aprendido en los últimos años tras alejarme de las drogas. Yo quiero ser yo, y no quiero hacerme al gusto de otros [...] no quiero... Sí; se puede decir que los atracones de comida, pues los he tenido desde pequeña. Mi forma de consolarme muchas veces ha sido esta, pero sin vómitos. Esto lo he aprendido bastante más tarde, como una forma de darme algo de afecto a mí misma, una sensación de bienestar o algo así.*

T.: *Entonces, ¿el atracón era amigo o enemigo?*

N.: *Era amigo hasta que me di cuenta de que estaba mucho más gorda que el resto de los niños de mi edad. Entonces empezó a ser enemigo. Me daba muchísima vergüenza, pero en aquel entonces yo no relacionaba el comer y los atracones; esto me viene ahora, tras revisar los dos últimos años de mi vida.*

T.: *O sea, que ya desde pequeña empezaste a sentirte rechazada y te fuiste protegiendo con los atracones.*

N.: *No es que me sintiera rechazada, es que te rechazaban abiertamente. Eras “la gorda”, y te apartaban un poco. Aun teniendo la edad que tengo, todavía duele: ¡si me lo siguen diciendo por la calle! Pero tú a mí me puedes decir muchas cosas... Si hace dos o tres años me llamas alcohólica, pues mira, pues sí, lo soy, y con mucha honra, porque es lo que he conseguido. Me importa un bledo. Y si quieres te doy una conferencia sobre qué es, y no me afecta ni lo más mínimo. Solo si se meten con mi peso, pues con este tema ya me siento muy discriminada... La presión real me la pongo yo y a lo mejor me la imagino, o me la invento, cuando me presento a otras personas; cierta o equivocadamente, a mí me da la impresión de que me desprecian por el peso que tengo. Y además es eso, que nadie te lo dice a la cara.*

T.: *¿Preferirías que te lo dijeran a la cara?*

N.: *Los graciosos de la calle sí que te lo dicen, pero las personas que realmente cuentan ¿por qué no me cogen y me dicen que físicamente no les caigo bien? Por lo menos, ¡dímelo! Es diferente si estás conversando con un conocido a que alguien te grite desde el otro lado de la calle: “¡Vaca!, ¿adónde vas? Si yo fuera como tú, no saldría a la calle”. Pero no, en una conversación sería nadie te lo dice. ¡Que va! Encima hipócritas.*

T.: *¡Ah! ¿Entonces viene alguien de fuera? Y a ese alguien, ¿de alguna manera le haces caso?*

N.: *Me recuerda otra vez lo que yo trato de controlar. Me quita la alfombra de debajo de los pies.*

T.: *Sí eso es, eso es. Te quita la alfombra y, en lugar de ir a buscar la alfombra, tú te arrastras. ¿Esa persona sabe realmente lo que yo estoy haciendo? ¿Esa persona puede decir con sentido lo que dice, si no me conoce, si no sabe cuánto estoy luchando por mí, si no sabe el valor que esto tiene para mí? Entonces, ¿Por qué tengo que hacerle caso?, ¿Por qué le dejo que me haga vacilar?*

N.: *Lo veo muy difícil... Seguro que cada uno tiene un punto de estos, y si le tocan la fibra...*

T.: *Seguro, seguro. Pero si uno lo conoce y si sabe hasta qué punto es importante para él, tal vez puede hacer algo. Pero cuando dices esto estás admitiendo que tienes que adelgazar, y no te estás aceptando haces de tu peso una cuestión vital.*

N.: *No lo hago yo: lo hace el resto de la sociedad.*

T.: *Y tú aceptas que el resto de la sociedad lo haga. En el momento en que la gente tiene una consideración y tú la asimilas, te pones de parte de los otros, no de tu parte; **en ese momento te enajenas, te pones en la mente de los demás y te ves a ti misma como crees que te ven los demás o algunos de ellos.** Pero si luchas para salir de ahí y lo haces con autoestima, la lucha te refuerza o la autoestima te da fuerza para luchar.*

Desvelar la persona oculta bajo las apariencias

La primera impresión que causamos sobre las otras personas, como deja bien claro el caso anterior, es a través del cuerpo o su aspecto externo. A través de él los demás se forman una imagen que nos enajena. Por eso en algunas culturas o religiones se vive (o vivía) como un secuestro del alma o de su esencia la toma de imágenes fotográficas, llegando a causar una auténtica ofensa cultural. En distintas tradiciones religiosas se ha negado a los humanos la capacidad de representar la imagen divina, hasta originar violentas destrucciones iconoclastas, en base exactamente al criterio que la imagen no puede representar la esencia.

Precisamente la distinción fundamental entre narcisismo y autoestima ontológica tiene que ver con la distinción entre imagen y esencia, cuerpo y espíritu, soma y psique. Es decir con la mirada exterior o la interior de la que hablábamos en el párrafo anterior. En consecuencia, mal andamos si nuestra aceptación pasa por el tamiz de la imagen narcisista. A nuestra paciente anterior, Nadia, el rechazo de su imagen corporal la alejaba de la gente y la llevaba a la bulimia, el alcohol y la depresión. A Miriam, la protagonista del próximo episodio, el miedo al deterioro de su imagen la lleva a los celos, la sumisión, la abyección sexual y la dependencia emocional. En ambos casos se trata de **narcisismo**, en la medida en que su “estima” depende de la aprobación del espejo, de la balanza, del espontáneo de la calle o el de la propia pareja.

La dama del espejo

Miriam, ha cumplido recientemente 50 años. En la actualidad vive con su segunda pareja, el padre de su tercer hijo, que la maltrata psicológicamente. Conserva todavía un tipo atractivo, lo que ha sido la obsesión de su vida. Cuando era joven, se sentía una de las mujeres más bellas del mundo, pero tenía prisa por llegar a los cincuenta, porque estaba segura de no tener rival a esa edad; pero ahora se da cuenta de que está perdiendo atractivo y que su pareja puede llegar a rechazarla y ligarse con otras.

Acude a terapia por tratar de comprender y superar unos celos que se le han despertado de manera angustiante estos últimos meses y que considera totalmente fuera de lugar. Sigue a su pareja a todas partes a escondidas, con el coche de su madre para que él no se dé cuenta, le espía el teléfono, utiliza una grabadora oculta, se mete en sus cuentas de Internet, ha acudido a “videntes”, ha llegado a quedarse encerrada en el armario de la habitación para controlar si se iba a la cama con otra mujer. Según ella esta situación la lleva incluso a pensar en el suicidio, a descuidar la relación con sus hijos y sus nietos, a hacer daño a todo el mundo.

TERAPEUTA.- *Y ¿todo por estos celos?*

MIRIAM.- *Sí, pero ¿por qué aparecen? Por que cada vez van a más. A veces pienso: ¿a cuántas mujeres no las han dejado sus maridos y han seguido adelante con su vida? Con lo que yo he llegado a luchar. Entonces ¿por qué estoy así ahora?*

T.: *Yo no tengo una bola de cristal, pero hay algo de lo que has dicho que me parece muy relevante: que has puesto el significado de tu vida en el físico.*

M.: *Mi físico; sí creo que es esto, porque él siempre está diciendo: “estás gorda, estás vieja...”. Y yo entonces empiezo: “Mira estás gorda, te va a dejar, fijate cómo estás, vieja arrugada, fea”. Es como si no aceptara la edad que tengo, cuando precisamente suspiraba por tener cincuenta años pensando que estaría mejor que nadie... **Siempre me ha gustado que los demás me admiren y que se den la vuelta al pasar.** Siempre ha sido así... Es un defecto que he tenido siempre: me ha gustado que me miren y ahora me miro al espejo y digo: “fijate, ya se te está arrugando la cara y ya te estás volviendo fea, mira el pelo que te está cayendo, la barriga que no se me quita, yo misma me voy viendo, que ya he perdido, que **ya no sirvo para que la gente me mire...***

T.: *Yo me pregunto ¿de joven qué importancia le dabas al físico, a tu cuerpo?*

M.: *Siempre le he dado mucha importancia al cuerpo y a la inteligencia. Primero al cuerpo, después a la inteligencia. Porque teniendo el cuerpo siempre entras: tienes un buen cuerpo y vas arreglada y se te abren todas las puertas, ya puedes estar con la gente y la gente te admite”.*

T.: *Estás diciendo que lo que vales es **como cuerpo, no como persona.** La*

inteligencia viene luego, porque con el cuerpo se entra en la sociedad. O sea, me aceptan a través del cuerpo. Entonces si el espejo me dice que mi cuerpo es deseable esto es lo que vale.

M.: Es que si no, ¿qué tienes? Es que yo me he hecho a través del cuerpo. Esto también depende del ambiente que te rodea. Porque, por ejemplo, él está rodeado de un ambiente, el deporte, donde predomina el cuerpo.

T.: No, no, el problema no es él; el problema eres tú, que estás en este mundo porque eres coherente con él. Es decir, que en esto pensáis igual. Pensáis a través del cuerpo. Pero el problema no es que tú estés ahí por él, estás por ti. Esto lo llevas desde pequeña y desde joven y no has evolucionado en este aspecto. En otros aspectos has afrontado la vida, has luchado, has hecho lo indecible por tu madre, por tus hijos... Pero respecto a ti no has luchado para ser tú misma. Por los demás has movido cielo y tierra, pero para ti no has hecho nada. Y ahora estás en un momento de tu vida en que te preguntas, y bueno: ¿yo quién soy y qué diablos hago aquí, si sólo soy un cuerpo que se va marchitando con el paso del tiempo? Porque esto es inevitable por mucho que miremos de detenerlo.

M.: Si, esto lo pienso muchas veces y digo: ¿yo quién soy? Y me siento vacía

T.: Exacto, éste es el tema. Pero si estoy con él, aunque me maltrate, significa que existo para alguien; pero si este alguien no me hace caso, ni me mira, entonces ¿quién soy yo? Es ahí donde me coge el “síndrome del espejo” y me pone celosa el sólo hecho de que mire a las otras.

La razón de estos celos exacerbados parece radicar en unas condiciones de dependencia que ella misma ha ido favoreciendo al vender su piso e irse a vivir con él, habiendo gastado además sus ahorros en arreglar la casa de él; al empezar a sentir el deterioro de su principal activo, la belleza; al sentirse amenazada por la conducta violenta de su hijo mayor que mantiene cuentas pendientes importantes con la justicia. Por primera vez en su vida, ella que ha hecho frente al cuidado de su madre y de su hermano, al suicidio del primer marido y a la crianza de los hijos, trabajando incansablemente por seguir adelante, rechazando pretendientes bien acomodados porque no quería depender de nadie, empieza a sentirse inválida y se agarra a un clavo ardiente.

M.: He rechazado a muchos hombres con dinero y en cambio he escogido a hombres necesitados. Siempre he sido yo quien ha aportado los recursos... Tal vez porque yo no he querido depender de nadie... Lo que no me gusta es que yo ahora dependa de esta persona, cuando en toda mi vida no he dependido de nadie.

*T.: No querías depender de nadie y has terminado dependiendo de él... El problema de estos celos no está en si te engaña o no te engaña, el problema está en ti, **en que no te quieres**, porque su reconocimiento no lo puedes esperar, no lo tendrás nunca. Y también estás pendiente de la otra gente, si se gira para mirarte por la calle... Pero si tú estás pendiente de que el*

otro te rechace o no te rechace, y si eres capaz de hacer cualquier cosa aun a costa de tu dignidad, con tal de que no te deje, entonces el problema lo tienes tú misma, porque los celos nacen de ahí: ya no es lo que hace el otro, es tu inseguridad. La prueba es que esos celos han aparecido en un momento en el que tú te has empezado a sentir insegura. Antes te daba igual lo que hiciera, incluso en el fondo se puede decir que tú no le quieres.

M.: No, no le quiero; lo necesito porque me da seguridad, su presencia me protege. Es, digamos un muro entre yo y mi hijo.

T: Exacto: una protección, un escudo, como una pantalla, tú lo has utilizado también a él. [M.: Sí] Lo que pasa es que tú no lo has despreciado o no lo has maltratado. Pero él a ti, sí. Y si queréis vivir juntos, y esto resulta práctico y a ti te da seguridad, pues adelante, pero no pongas tu salud mental y tu autoestima en él, porque te acribillará. Miriam, estos celos no nacen de tu locura, sino de tus carencias o necesidades.

Identificar y legitimar las propias emociones y necesidades

El ser humano está constituido no sólo por un ente metafísicamente definido, sino por un ente específicamente determinado, cuyo mundo interior está formado por necesidades, deseos y emociones junto a pensamientos, experiencias y significados. Fomentar la estima ontológica implica el reconocimiento y legitimación de este mundo interior frente a los intentos de invalidación de los agentes externos.

La pequeña ladrona

Mari Carmen es una paciente de 48 años que asiste a un grupo de terapia en un centro de salud mental. Es la mayor de 9 hermanos. Desde muy pequeña tuvo que hacerse cargo de sus hermanos menores, puesto que la madre estaba muy ocupada en la crianza de los que iban naciendo. Por esa causa tuvo que abandonar la escuela que era lo que ella más apreciaba ya antes de los 10 años. Le hubiera gustado estudiar medicina y se sentía con capacidad y ganas de estudiar, pero esas circunstancias truncaron su proyecto. La madre la trató siempre mal, como a una auténtica sirvienta anulando su voluntad y sus ilusiones a fin de tenerla sometida. Un incidente que tiene muy grabado en su memoria es que la tildó de “ladrona” por haber traído a casa a los cuatro años una judía verde que había cogido de un cesto en la tienda para ayudar a alimentar a la familia. No se portó así con ninguno de los otros hermanos que pudieron seguir sus propios proyectos.

Sólo se sentía querida y valorada por el padre, el cual trabajaba en una explotación minera del pueblo, donde murió un día en un accidente cuando ella tenía 13 años. Desde entonces experimenta un acceso de ansiedad cada vez que oye la sirena de una ambulancia. Se casó joven para huir de la situación que vivía en casa y en el pueblo, con la ilusión de encontrar en la gran ciudad más oportunidades vitales, pero fue a dar con un hombre alcohólico y maltratador, muy celoso, que la quería en casa y le boicoteaba cualquier intento de autonomía. Tuvo dos hijos con

él que, en la actualidad ya son adultos: una hija casada, que hace poco ha tenido un bebé, y un chico que todavía vive en el hogar, pero que hace su vida independiente.

Se siente totalmente frustrada en su vida y se considera más bien un estorbo. Esta idea recurrente le ha llevado a intentar repetidas veces “quitarse de en medio” a través de numerosos intentos de suicidio, todos ellos impulsivos. A través de los sucesivos fracasos ha ido construyendo una historia de sí misma como víctima, en realidad una transformación proyectiva de la experiencia de indefensión aprendida. Es cierto que ha sido objeto de muchas agresiones e injusticias, pero estas también han sido posible por su incapacidad de defenderse, la cual, naturalmente en una lógica circular ha sido fruto de falta de protección y de repetidas invalidaciones ya desde la infancia, con lo que se hace realidad aquel refrán que dice “del árbol caído todos hacen leña”.

En el fragmento, muy expurgado por razones de espacio, de una sesión de terapia grupal que reproducimos a continuación, se alude a muchas de las injusticias sufridas en el pasado, pero más en particular a un episodio reciente por el que tiene que afrontar un juicio de faltas con unos vecinos, quienes en una disputa por asuntos de la comunidad le atacaron y apalearon rompiéndole una mano y produciéndole una luxación en un hombro, lesiones de las que todavía se está recuperando, y por las que los vecinos le acusaron (“quien da primero da dos veces”) a fin de tener ventaja en el juicio.

La sesión grupal está dirigida a reconocer la validez de sus sentimientos y a animarla a asumir una actitud autónoma para hacer frente a su legítima defensa en base a su propia conciencia, sin dejarse atemorizar por jueces y acusadores. En el diálogo aparecen todos los sentimientos y emociones que pueden asociarse a una depresión originaria y que iremos destacando en negrita. A su vez se pueden observar las manifestaciones presimbólicas de esas mismas emociones a través de gritos, sollozos, golpes en el suelo y desmayo que acompañan todo el diálogo y que movilizan la atención y los cuidados del grupo.

M.C.: *Yo estoy en una etapa de rencor. Tengo un bloqueo muy grande: estoy llena de **rencor, amargura, tristeza, es todo negativo**, son todos sentimientos negativos, y eso no me hace estar bien conmigo tampoco...*

T.: *Antes has dicho que no eras a tu manera, ¿cómo sería ser a tu manera?*

M.C.: *En realidad si digo la verdad no me conozco. Yo soy la persona callada de siempre. No me veo capaz de nada... A mi me hubiera gustado hacer otras cosas. He tenido que pasar por el tubo, hacer cosas, obligada, que no me gustaban y tenía que hacerlas... Eso para mi yo creo que me ha condicionado tanto que ya no se qué clase de persona soy. Ahora estoy descubriendo si soy mala, es que no sé, pero me duele... es que no sé ni que hacer... Viniendo de camino para acá he parado en el traumatólogo, **me han venido ganas de ponerme a gritar**: “¿por qué, por que, por qué?” Y quizá me hubiera hecho falta, pero no lo he hecho, siempre pensando en los demás. Es normal que llegue a hacer esto, pero la sociedad no*

entiende...

T.: *Ahora puedes decir: ¡no hay derecho!*

M.C.: *Sí, sí, ... pero... me sale mucha **rabia**, ¿cómo se puede **pasar de la tristeza a la rabia y de la rabia a la tristeza en un momento?***

T.: *Por que son dos caras de la misma moneda: la rabia y la tristeza. **La rabia es fuerza y la tristeza es impotencia***

M.C.: *Pues ahora **no puedo...***

T.: *Por eso ahora no puedes gritar... como si tuvieras una afonía, pero te vamos a ayudar. Vamos a decir todos: “no hay derecho”.*

TODOS: *¡¡¡NO HAY DERECHO!!!*

M.C.: *¡¡¡no hay derecho!!!*

T.: *Eso es: no hay derecho. Puedes llorar. **Ahora se mezcla la rabia con la tristeza y es bueno llorar.** [M.C.: (llora)] *Y cuando te preguntes por qué, si no hay respuesta es por que no hay derecho. Es una agresión gratuita: llora, llora... déjate llorar. Sácalo, sácalo, saca lo que tengas. No te retengas**

M.C.: *No puedo más, no puedo más... Noooooo!!!!*

T.: *Eso, sácalo. Saca ese aire, sácalo, sácalo.*

M.C.: *¿Por qué a mí? ¿Por qué a mí? Por qué... ¿Por qué?, ¿por qué?, ¿por qué? (cae el suelo desmayada: permanece así varios minutos hasta que cuidada por los miembros del grupo vuelve en sí)*

T.: *Chilla, grita. Eso es. Así, así. Sácalo, sácalo, sácalo, sácalo. Grita, grita.*

M.C.: *No, no, no, no, no, no!!!! (gritando)*

T.: *No, claro que no. Todavía tienes ese grito dentro. No hay derecho. No hay...*

M.C.: *No creo en la justicia, no creo en nadie. (Llorando y dando golpes con los pies en el suelo).*

T.: *Eso, golpea, golpea.*

M.C.: *¿Por qué???? (Gritando; sigue llorando y pateando).*

T.: *Ahora lo has dicho. Tú no has hecho nada. Has sido la víctima, has sido víctima no el verdugo. A ti te han dado la paliza. No se la has dado tú. **La justicia está en tu conciencia. ¿Qué te dice tu conciencia?***

M.C.: *[...] **Que es injusto.** Me están dando, física y psicológicamente, me han destrozado, me están destrozando.*

T.: *Es un maltrato que te han dado. Pero eso no significa nada malo de ti. Hay mucha gente que maltrata a otra gente inocente. Aquellas ganas que tenías de decir “no hay derecho”, ahora lo has podido decir. Relájate, relájate.*

M.C.: *Hay muchos jueces.*

T.: *Aquí no hay ninguno. Aquí sólo escuchamos **la voz de tu conciencia.** No escuchamos la voz de nadie más. Cada una habla desde su sinceridad,*

desde su dolor. Cada una habla de sí misma. Y aquí no juzgamos a nadie.
 M.C.: [...] *Siento todavía el primer tortazo en la cara. Los arañazos y los golpes en la cabeza. Y un dedo que me está doliendo.*

T.: *Claro, tú has sido víctima, víctima de un terrorismo de los vecinos. Y no culpable, sino víctima. Y la víctima queda atemorizada. Pero eso no la hace culpable, la hace inocente.*

M.C.: *Me estoy volviendo loca. [...]*

T.: *No te estás volviendo loca, estás espantada, que es distinto.*

M.C.: ***He perdido la razón. Soy capaz de agredir. Tengo miedo. Mucho miedo.***

T.: *Todos somos capaces de agredir, si nos sentimos acorralados. Pero tú tienes una salida que es tu inocencia. Esa es tu salida. No tienes porque sentirte acorralada.*

M.C.: *Y me puse a gritar como una loca. [...] “No es cierto, no es cierto”. Y me puse a **gritar** como una loca.*

T.: *Queríamos que gritaras, que te sacaras el dolor. Todos estábamos aquí esperando que pudieras liberarte de esto, que lo pudieras decir.*

M.C.: *Gracias. Me cuesta mucho. **Me cuesta pedir ayuda** porque... pienso que soy un **estorbo**.*

Aprender a validarse socialmente

(Re)construir la autoestima implica aprender a validarse ante los demás, no esperar la aprobación, ni temer la desaprobación de los demás, para sentirse válido ante sí mismo y ante el mundo. La validez ontológica no significa validez funcional; la primera pertenece al ser, la segunda al hacer; la primera se basa en la dignidad de la naturaleza humana, que es universalmente idéntica en todas las personas; la segunda en las habilidades aprendidas, que es variable según las diversas aptitudes desarrolladas a través de la formación y la experiencia de cada uno. No todos valemos (“servimos”) **para** lo mismo; pero todos valemos **lo mismo**. Por lo tanto nadie es superior (ni inferior) a nadie. Aunque parezca solo un principio psicológico, en realidad lo es también filosófico, moral, social, político y jurídico: sobre él se apoya la legitimización de la democracia y la abolición de la pena de muerte.

La invalidez funcional, que puede derivarse de déficits congénitos o traumáticos (por ejemplo la ceguera) requiere de una compensación social; sin embargo, la invalidez social, producto de la invalidación basada en el juicio ajeno tiende a anular la validez ontológica, y requiere de un reconocimiento de los propios derechos. Las etiquetas psiquiátricas o las sentencias judiciales en el campo de la salud mental pueden vaciar de contenido el principio de la validez ontológica. Hay que ayudar a las personas a leer las sentencias de tribunales médicos por las que se les declaran grados de invalidez en tantos por ciento, como sentencias de invalidación, contra las que tienen que apelar ante el tribunal de su autonomía, o al menos ese debe ser el objetivo de la psicoterapia.

En el diálogo que sigue, se retoma el caso de M. Carmen iniciado en el apartado anterior, que está pendiente de un juicio de faltas por un conflicto en el vecindario, apelando directamente, como estrategia terapéutica, a la validación autónoma. Intervienen en la sesión, además de Mari Carmen y el terapeuta, otras dos pacientes, Gracia y M. José.

Departamento de validaciones

MARI CARMEN: *Pero es que yo me veo juzgada por todo el mundo, que me están juzgando, ya antes de que llegue el juicio.*

GRACIA. *Pero si te has juzgado tú misma, tú eres la primera que te estas juzgando.*

M.C.: *Porque me invalidan.*

TERAPEUTA: *Eso te invalidan, el tema es éste, has sido invalidada.*

M.C.: *Yo soy un cero a la izquierda... Si no sé, todavía no sé quién soy.*

T.: *A ver un momento, tu has dicho bien que te han invalidado, el problema es que te han invalidado, pero como no va a venir nadie de fuera a validarte...*

M.C.: *... igual estoy esperando,*

T.: *Igual estás esperando, de alguna manera estás esperando. Tú tienes una cuestión pendiente de cuando eras pequeña entre tu padre y tu madre: tu padre era tu validador y tu madre era tu invalidadora, pero tu padre murió cuando todavía eras una niña. Y no te has movido de esta posición porque de alguna manera es como si esperaras que te dieran permiso para decir ahora ya te puedes validar, como si primero los que te invalidaron te tuvieran que validar para que tú te pudieras validar, ¿no se si es un trabalenguas o no?*

M.C.: *Es un trabalenguas; pero algo he cogido.*

T.: *Es aquello del cielo está enladrillado quién lo desladrillará; pues eso: "Mari Carmen está invalidada quién la validará, el validador que la valide buen validador será". (Rien todos)... Pues eso, si esperamos de fuera al validador, si nos mantenemos en una posición de víctima, nos mantendremos en el malestar... Como si necesitáramos un departamento de validaciones que nos reconociera en nuestros derechos... Dices que no vales para nada, sin embargo, sí vales para tus hijos.*

M.C.: *Ahí esta, que yo por mis hijos valgo para todo.*

T.: *Entonces no puedes decir que no valgas; para ti, no, porque para ti, es como si estuvieras pendiente de eso, de que te valide alguien, alguien externo, ¿pues no existe! Pero tú tienes un espacio en la vida que no has ocupado, el de tu matrimonio. No has ocupado tu sitio, que no tiene que ver con tu marido, tiene que ver contigo, con hacer tu vida, si vives con él es por necesidad no por amor,*

M.C.: *Indudablemente es así, es cierto. Hasta hoy es así, no se qué pasará*

más adelante. Ni yo puedo cambiar a una persona, yo he estado siempre esperando de mi madre

T.: *Ahí está: estas siempre esperando, no esperes;*

G.: *El departamento éste ¿cómo era?, de validación (se ríe), de ¿cómo era?*

T.: *De validaciones.*

G.: *Para echar una solicitud (riendo)*

MARIA JOSE: *Para echar una solicitud.*

M.C.: *Departamento ¿de qué?*

T.: *De validaciones... Pero no os la darán, tenéis que ganarla...*

G.: *Pero si lo pone por escrito es más fácil, ¿no?*

M.C.: *Pero te tienes que creer lo que pone ahí, ¿no?*

T.: *Claro, un documento en el que pone esta persona vale (hace un gesto como si sellara un documento), pum, ¿te lo crees?*

M.C.: *Pero como un documento, como el carné de identidad (hace un gesto como si sellara un documento)*

T.: *Mira el próximo día me traéis un documento escrito por vosotras.*

G.: *Y nos pones el sello.*

T.: *Y yo os pongo el sello, como que estoy de acuerdo con vosotras.*

M.C.: *¿Qué valemos?*

T.: *Que valéis, el próximo día traéis el documento y os lo firmo y os pongo el sello, conforme estoy de acuerdo. Firmado en Barcelona, tal día a tal hora.*

G.: *¿Y tendremos derecho a todo lo que tiene derecho todo el mundo?*

T.: *Claro*

G.: *¿Siiii? ¡¡¡Qué chollo!!!*

M.C.: *Me lo voy a poner en la mesita de noche y lo voy a ver todos los días.*

G.: *Y eso te sirve para cuando alguien venga a decirte que no vales; pues tú le dices: “¡Ey! que tengo un documento con el sello del doctor diciendo que yo valgo, ¿eh? (riendo, todos rien), que no lo digo yo, que lo dice él”.*

T.: *No, no; precisamente “por que lo digo yo”, o sea, cada una.*

G.: *¿Te imaginas ir por la vida con un documento: “¡Ey! Que aquí dice que soy una persona (gesticula como si enseñara un documento) y tengo los mismos derechos que los demás.*

T.: (dirigiéndose a Mari Carmen): *Tú escribe el documento de que vales.*

G.: *Yo lo voy a hacer, y me vas a poner el sello de verdad. No; es que como a mi alguien me diga algo, yo diré un momento (hace gestos como si tuviera un papel entre manos) aquí tengo un documento firmado (ríe)*

T.: *Pero va a ir tu firma también.*

M.C.: *Hombre claro el compromiso se adquiere de las dos partes.*

G.: *Y si tienes alguna duda, habla con el departamento de validaciones.*

M. J.: *Esto es muy fuerte con esto si que nos tomarían por locas.*

G.: *Si me tomaran por loca por eso, hoy sería la primera vez que estaría*

de acuerdo.

T.: Bueno cada una que haga lo que quiera, lo importante es que ese documento os valide y no estaría de más como acto de reconocimiento oficial.

M.C.: Un reconocimiento oficial entre nosotras.

Respetarse y hacerse respetar

En consonancia con cuanto dicho en el apartado anterior hay que subrayar que la propia validación no puede quedarse en algo nominal (un diploma) sino que tiene que traducirse en la vida práctica respetándose y haciéndose respetar, lo cual puede que genere desconcierto entre los propios allegados, rompa expectativas de sumisión y dependencia en las relaciones más estrechas, en suma dé la impresión a propios y extraños de que la persona ha cambiado, de que les ha salido la “criada respondona”.

En la práctica, el autorrespeto equivale a ejercitar la famosa “asertividad”, entendida como sentir, pensar y actuar desde el yo. Para muchas personas la asertividad es vivida como una forma de egoísmo. El egoísmo implica el pronombre reflexivo “mí”: hago las cosas en beneficio propio, exclusivamente para mí. Por eso muchas personas temen ser asertivas. Asertividad, por el contrario, implica el uso del pronombre personal “yo”, válido para ambos géneros, puesto que hace referencia exclusivamente a la *persona*. Sentir, pensar y actuar desde el yo no es egoísmo, es autenticidad o congruencia.

El bocadillo te lo haces tú

En ese fragmento de sesión terapéutica de grupo, Raquel, paciente a la que ya hemos aludido en otras ocasiones (Villegas 2011, 2013), habla de cómo está experimentando este cambio en la vida real con su hijo y su marido. Inicia el diálogo una paciente a la que hemos llamado Luisa.

LUISA:- ¿Y vivir como Raquel te implica dejar cosas que tú hacías por los demás?

RAQUEL: A ver, ayer por ejemplo hice una cosa que no había hecho nunca: mi hijo, como se levanta a la cinco nunca quiere hacer nada; no se hace la habitación, no se hace nada... Pues ayer llega y dice: “Mama, no te olvides de hacerme el bocadillo para mañana porque estoy cansado”. Has ido a trabajar, de las cinco hasta las tres, te has sentado en el sofá, no has hecho la habitación, no has ido ni siquiera a sacar la basura y ahora voy a hacerte el bocadillo... y me tuve que agarrar a la silla... pero no se lo hice y pensé: “No soy mala, soy justa”, y además ¿de qué me sirvió?, de ver que hoy se iba al trabajo como siempre y tan normal... Es como que tengo las cosas tan claras que no me importa enfadarme, que si me tengo que enfadar con mi hijo, pues me voy a enfadar. Por ejemplo, ayer también mi marido: habíamos quedado para ir a Barcelona, y cuando vino que

estaba ya para irme, va y me dice: “¡Ay! es que he quedado con Carlos que voy a escuchar música a su casa. En estos momentos me vine abajo pero luego pensé: “Y ¿tu te vas a ir abajo? ¡No! le dije: “Mira, a partir de ahora no te da derecho porque sea tu mujer a que me dejes plantada; si has quedado conmigo, te vendrás conmigo ¿me entiendes?”. Y esto también me hizo ayer reconocer que yo los enfados que he mantenido semanas, era porque no decía las cosas y eso ¿qué hace?: que lo demás se liden y no sepan lo que está pasando. En cambio ayer, me verá justa o no, pero fui tan clara y lo tenía tan claro lo que tenía que decirle, que lo ha aceptado y supongo que no lo volverá a hacer. Yo pienso que tú tienes que tenerlo muy claro y luego la respuesta la habrá o no la habrá dependiendo del otro, no dependiendo de mi.

L.: Pero es hay que verlo para crearlo. Veo que es muy importante, es que yo tengo que empezar de cero, no me veo capaz.

R.: Yo he empezado de cero, pero me ha costado y he estado aquí en terapia y ya llevo aquí más de un año. Es difícil, no es fácil, porque hacer cambios no es fácil, ni para ti porque tú los haces y para ti van a ser difíciles, cuanto más para los que están a tu lado, que están viendo un cambio y también se pueden asustar o verlo de otra manera. Lo importante es que tú el cambio lo asumas, que a ti te puede ir bien y además tenerlo claro, porque al momento que flaqueas se fastidia el invento; yo ayer le dije a mi hijo que no le hacía el bocadillo y luego pensaba: ¡ostras! ... pero yo ahí aguantándome en la silla pensaba : “Pues no, no se lo hago” Y se lo ha hecho él.

TERAPEUTA: ¿Y si no se lo hubiera hecho?

*R.: Pues yo no se lo hago; pienso que no, que tiene que ser él, es un hombre ya; nunca hace nada en casa del trabajo y este día le dije: “A ver tú eres un persona genial: te gusta estudiar, te gusta la música, no paras y ahora estás trabajando, cuando trabajas te olvidas de vivir porque llegas del trabajo y tienes ganas de dormir hasta al día siguiente. Hijo mío, no es así la vida, pues la vida sigue; imagínate ser madre: llegas del trabajo, tienes que hacer de comer, las faenas, planchar, lavar e ir de compras, esto tú no lo tienes; y porque te haya dicho que tienes que hacerte un bocadillo... Te lo tienes que hacer igualmente...”. Y además yo me pongo también en lo malo, porque también puede venir lo malo, y debo de estar preparada, y lo malo puede ser que diga: “Pues, yo me voy de casa”. “Yo no te voy a abrir la puerta para que te vayas, pero si te quieres ir hijo te vas, claro...” Es que tengo las cosas más claras, es que quiero **ser yo, quiero vivir yo**; que porque sea la madre no quiero que me tengan que atornillar y porque sea la mujer no me tengan que valorar; ¡No señor! Yo, es lo que le dije ayer a mi marido, yo soy tu mujer, pero eso es un papel; yo soy más que eso y si has quedado conmigo has quedado.*

*T.: Que te tienen que **tratar como persona**.*

R.: *Exactamente eso es lo que le dije. Tal vez eso no lo entiendan y necesiten unos días de prórroga y de paciencia. Pero si tiene que haber cambios, son cambios también para toda la familia. Y desde luego no quiero ser cómoda, ni quiero acomodarme en una depresión ni nada, porque veo también gente que se acomoda en una depresión porque tal vez es más fácil vivir en una depresión que echar la cara, porque tengo cuarenta años y no sé lo que me queda, yo quiero vivir... y mis miedos los tengo pero cuando los tengo me centro y pienso que es lo que me hace cambiar la actitud.*

Conectar con el yo interior

Las condiciones externas pueden ser más o menos favorables al establecimiento de un contacto con el propio yo interno; pero en último término no va a depender de éstas, sino del proceso o camino que cada persona haga en solitario hacia este santuario oculto bajo tantas capas de expectativas sociales o relacionales.

Peñas con el espejo

El fragmento que sigue a continuación pertenece a la sesión de despedida de Raquel, la paciente a la que nos hemos referido en el párrafo anterior, en el que habla de su proceso de cambio que le ha llevado a asumir una posición autónoma frente a la actitud dependiente de sus creencias y de las relaciones afectivas con la que había gestionado su vida hasta la muerte de su padre. En el diálogo participa también la paciente a la que hemos llamado Luisa en el fragmento de sesión anterior.

TERAPEUTA: *¿Qué tal, cómo estás?*

RAQUEL— *Bien, muy bien... Procesos de cambio*

LUISA: *Y ¿cómo se hace eso?*

T.: *Esto lleva un tiempo. No sólo es un tiempo, sino un tiempo para hacer cosas: es un proceso interno. Explicanos Raquel, ¿cómo es tu proceso?*

R.: *Primero de aceptación, es aceptar que yo tenía de forma de pensar que no era la mejor, que no ha ido bien. Porque pienso que a ser como soy me hubiese sido igual pensar de otro modo, hubiese querido igual a la gente y todo, y me hubiese querido a mí también. Pues ese es el cambio, aceptándolo, viviéndolo de otra manera, Por ejemplo, me siento tan bien ahora, o sea, **es como que me siento yo; si río, me río yo; y si lloro, lloro yo; y si me enfado, me enfado yo.** Eso es como lo estoy viviendo...*

*Pues aceptar eso: que ha sido toda la vida mi forma de pensar que no me ha ayudado mucho, reconocer que me esperaba de los demás otra cosa. Entender que tampoco era tan importante esperar, también me ha servido; porque a veces esperamos; pero lo importante es que lo que tiene que haber es **un cambio en mí** y eso yo lo tengo clarísimo. Pero yo siempre he reclamado a los demás, siempre he estado muy pendiente, o sea, he querido mucho, mucho; pero al mismo tiempo quería que me quisieran, y reconocer que no era tan importante que me quisieran, como **que yo me quisiera....***

*Para llegar a donde he llegado ahora he tocado fondo, muy fondo. También he sido complaciente, lo que quiere la gente. Hay que ser sincero y claro, pues yo lo he hecho conmigo, he sido dura conmigo. Alguien te hace algo que te molesta y tienes que enfadarte y sacar las uñas ¿No? En cambio contigo siempre usas compasión: "Pobre de mí. Qué mal que estoy". Pues no; he sido capaz de enfadarme conmigo misma y de ver que no eres perfecta y que estás pidiendo a los demás... Yo era una persona de sentimientos, y claro... si te dejas llevar siempre por los sentimientos y no eres tú, no vas al objetivo. Y que no tienes derecho de pedir nada a nadie. Reconocer que ésta es la vida, que me duele pero lo acepto, estoy procesándolo y aceptando que no habrá un cielo ni nada, que el **dios que yo imaginaba no existe, pero que hay uno que sí, que está por dentro...** Eso es lo que sentía, que para mí pues **ser dios es tu interior o lo que sea**; yo me había negado y al negar eso negaba tantas cosas.*

*Negarme pues a reconocer que yo a mi marido podía convertirlo en una fusión, que no me había dado cuenta hasta ahora de que yo siempre he intentado fusionarme con mis padres, y con mi marido pensé, bueno lo que no daban mis padres me lo dará mi marido e intenté absorberlo y convertirme en él. Y en cambio, luego, **estaba tan fusionada en él que no era yo** y al mismo tiempo tampoco lo hacía feliz a él; porque yo no le dejaba crecer y entender que tiene que crecer también y, al mismo tiempo, tengo que crecer yo. Y reconocer, pues, que en eso estaba equivocada, **que yo no puedo fusionarme con nadie, tengo que vivir yo, que ser yo, que sentir yo;** y aceptar.*

*Es la pelea que he tenido con el espejo. Hace poco pensaba que no me iba a curar, vine de urgencias. Y empecé a mirarme al espejo para ver si era verdad que yo era tan horrible, y decía: "Bueno, te quiero... y tal", y yo que sé; pero a la semana siguiente me decía: "Ahora no te quiero, ni eres mona ni nada..., eres horrorosa, ¿qué quieres que te diga?". **Me quiero porque tengo que quererme, porque soy yo.***

*Entonces a partir de estos días, las veces que me miraba eran peleas con el espejo, puede parecer una tontería, pero yo en estos momentos lo necesitaba. Me enfadaba y decía: "No, no eres tan guapa, pero ¿qué pasa?"; entonces empezaba a valorar las cosas y a ver los fallos y, al mismo tiempo que **iba aceptando como soy**, porque, a ver, puede que yo no sea inteligente, ni tenga una carrera, pero ¿por eso no me voy a querer? Reconocer que me pedía, que me exigía y que no me tengo que exigir. Así me siento en la vida.*

Consideraciones finales

La autoestima no es otra cosa que el reconocimiento de la propia entidad: del yo puro, del yo ontológico, de la entidad que soy yo. No se puede tener id-entidad

sin tener entidad. Desde la antigüedad, el objetivo de la filosofía era el conocerse a sí mismo. Ahora bien, ¿qué quiere decir conocerse a sí mismo, sino autopoerse, llegar a establecer un contacto profundo consigo mismo? Conocerse a sí mismo, no se puede entender como una tarea descriptiva. La imagen de mí, es una distorsión, es algo que subsiste siempre fuera. Responde al cómo, no al quién.

La mayoría de personas responden de forma descriptiva o evaluativa cuando se hacen (o se les hace) la pregunta ¿quién soy yo?, ¿quién eres tú? La autocaracterización, por ejemplo, es un ejercicio referente a la forma accidental no a la sustancia en términos aristotélicos. Desde el punto de vista existencial somos seres en continuo devenir o proceso, en los que se realiza la paradoja del cambio: todo fluye y todo permanece (Heráclito y Parménides) al mismo tiempo. Como el río (“nuestras vidas son los ríos”, decía el poeta) que nunca lleva la misma agua, pero siempre es el mismo río; a veces sus aguas son frescas y cristalinas, otras sucias y fangosas, incluso hay momentos en que está casi seco, mientras que en otros se desborda, pero eso no cambia su cauce. También nosotros estamos en perpetuo flujo, pero sin embargo continuamos siendo los mismos.

El amor ontológico se dirige a esta id-entidad que permanece, los cambios se producen para garantizar su permanencia. Nuestra esencia es la existencia, por eso no podemos ser clasificados por nuestras acciones ni aficiones, por nuestros aciertos ni nuestros fallos. No podemos definirnos por las profesiones ni las relaciones. No somos carpinteros, ni psicólogos o economistas: ejercemos, si acaso estas profesiones. No somos ni maridos ni esposas, novios o amantes; mantenemos, si acaso, este tipo de relaciones. Ciertamente somos responsables de nuestros actos, pero no podemos identificarnos ni ser identificados con ellos. Alguien que ha cometido un asesinato no es un asesino, continúa siendo un ser humano. Es culpable de asesinato y debe responder por él o reparar sus consecuencias, pero puede cambiar (de lo contrario la psicoterapia no tendría ningún sentido) y, por lo tanto, dejar de “ser un asesino”.

Sobre esta premisa se asienta la aceptación positiva incondicional que es la base de esta actitud que llamamos autoestima. La comprensión empática permite distinguir la persona de su evaluación (“se dice el pecado y no el pecador”). Sin duda las personas podemos mejorar en nuestro comportamiento, puesto que cometemos fallos o tenemos defectos, pero no por esto dejar de amarnos.

El valor ontológico de una persona está en su ser, no en su tener o parecer (Fromm, 1985). Podemos dejar de ser algo o de alguna manera (por ejemplo “víctima” o “rencoroso”), pero no podemos dejar de ser alguien, nosotros mismos; lo contrario es la muerte. En la medida en que una persona se somete a evaluaciones extrínsecas se enajena de sí misma y deja de poder regularse de forma autónoma. Por eso las personas no se pueden comprar ni vender, porque no tienen un precio, no están (o al menos no deberían estarlo) sometidas al valor de mercado. Su valor es intrínseco a su ser.

Un texto de Virginia Satir (1975), titulado “Mi Declaración de Autoestima” lo

expresa bellamente y merece ser reproducido como colofón de cuanto dicho en este artículo. Dice así:

Yo soy yo. En todo el mundo no existe nadie exactamente igual a mí. Hay personas que tienen aspectos parecidos, pero nadie es exactamente como yo. Por consiguiente, todo lo que provenga de mí es auténticamente mío porque yo así lo he decidido

Soy dueño de todo lo que hay en mí: mi cuerpo, incluyendo todo lo que hace; mi mente, con todos sus pensamientos e ideas; mis ojos, incluyendo todas las imágenes que perciben; mis sentimientos, cualesquiera que sean: ira, alegría, frustración, amor, decepción, emoción; mi boca, y todas las palabras que de ella salen, refinadas, dulces, o cortantes, correctas o incorrectas; mi voz fuerte o suave, y todas mis acciones, ya sean dirigidos otros o a mí mismo.

Soy dueña de mis fantasías, mis sueños, mis esperanzas, mis temores. Son míos mis triunfos y mis éxitos, todos mis fracasos y errores. Como soy dueño de todo lo que hay en mí puedo conocerme íntimamente. Al hacerlo, puedo llegar a quererme y sentir amistad hacia todas mis partes, puedo hacer posible que todo mi ser trabaje en beneficio de mis intereses.

Reconozco que hay aspectos en mí que me intrigan y otros que desconozco. Pero mientras yo me estimo y me quiera, puedo buscar con valor y esperanza soluciones a estos interrogantes y los medios para ir descubriéndome cada vez más. Como quiera que parezca y suene, cualquier cosa que diga y haga, piense y sienta en un momento determinado, seré yo. Esto es auténtico y representa lo que soy en ese momento. A la hora de un examen de conciencia, respecto de lo que he dicho y hecho, de lo que he pensado y sentido algunas cosas resultarán inadecuadas; pero puedo descartar lo inapropiado, conservar lo bueno e inventar algo nuevo que supla lo descartado. Puedo ver, oír, sentir, decir, y hacer. Tengo los medios para sobrevivir, para estar unido a los demás, para ser productiva y encontrar sentido y orden en el mundo de las personas y cosas que me rodean.

Me pertenezco y así puedo construirme.

Yo soy yo y estoy bien.

Referencias bibliográficas

- Branden, N. (1990). *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Beck, A. T. (1990). *Con el amor no basta*. Barcelona: Paidós
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2013). *Cómo criar hijos tiranos. Manual de antiayuda para padres de niños y adolescentes*. Barcelona, Herder.
- Cercas, J. (2014). *El impostor*. Barcelona: Random House

- De Guevara, A. (1528), *Libro áureo de Marco Aurelio*. Obras Completas de Fray Antonio de Guevara, tomo I, páginas 1-333, Madrid 1994
- De Guzmán Espinosa, E. (1972). *Aurora de sangre*, Madrid: Gregorio del Toro, 1972.
- Ellis, A. (2005). *The Myth of Self-esteem*. Amherst, NY: Prometheus Books
- Fromm, E. (1995). *Tener o ser*, Madrid: FCE.
- Foucault, M. (2002). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad, en C. Gómez, *Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX*, (256-264), Madrid: Alianza Editorial
- James, William (1890) *The Principles of Psychology*.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality* New York: Harper & Row.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin
- Satir, V. (1975). *Self Esteem*. Celestial Arts: California
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*, Barcelona: Herder
- Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*, Barcelona: Herder.
- Villegas, M. (2015). *El proceso de convertirse en persona autónoma*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. y Mallor, P. (2012). Las modalidades del narcisismo. *Revista de Psicoterapia*, 89, 59-108
- Williams, P. (2014). *El quinto principio. Experiencias de lo innombrable*, Barcelona: Herder.

“PIGMALIÓN SE SOÑÓ A SÍ MISMO”: LA AUTOESTIMA COMO MOTOR PARA SER TÚ

PYGMALION DREAMT HIMSELF UP: HOW TO BE YOU, DRIVEN BY SELF-ESTEEM

Mayte Sánchez Martín

Psicóloga. Master en terapia integrativa y terapia sexual, UB, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Sánchez Martín, M. (2015). “Pígalión se soñó a sí mismo”: la autoestima como motor para ser tú. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 45-61.

Resumen:

El presente artículo trata sobre el concepto de Autoestima, su significado dentro del proceso terapéutico, y la interpretación dada en la evolución del crecimiento personal del sujeto. El objetivo es exponer la importancia de tener en cuenta la autoestima del paciente, al margen del modelo utilizado, o de la demanda. Es básico dentro del marco de terapia, darle un significado propio a la autoestima, y utilizar este significado como variable dentro del esqueleto terapéutico, a la vez que presentar la posibilidad de ampliar el sistema del sujeto para poder mejorar su autoestima.

Palabras clave: Autoestima, autoconcepto, autoconocimiento, autoevaluación, shock emocional

Abstract:

The present paper is about the concept of Self-esteem, its meaning in Therapy and its interpretation through the evolution of personal growth. It aims to show the importance of taking into account the patient's self-esteem regardless of the model used or the demand expressed. In the setting of a therapy it is fundamental to properly identify and apply the patient's self-esteem as a variable within the therapeutic framework, in order to broaden the subject's structure and therefore improve his or her self-esteem.

Keywords: self-esteem, self-image, self-knowledge, self-evaluation, emotional shock



Introducción

Autoestima es un concepto que por repetitividad se ha convertido en música de fondo, incluso para los profesionales de la salud. Sin embargo, es vital darle la importancia y el rango que se merece, y trabajarla siempre en cualquier proceso terapéutico, al margen del modelo de trabajo que el profesional lleve a cabo, ya que sin una sana autoestima no podemos controlar nuestra propia vida como adultos, serían nuestras emociones quienes nos controlarían a nosotros.

En este artículo se señalan los aspectos más importantes de la autoestima y se muestran diferentes casos trabajados en terapia individual, en terapia de pareja y en terapia sexual, en relación con problemas de autoestima en los pacientes.

¿Qué es la autoestima?

La autoestima se refiere al autoconcepto sobre nuestro valor como ser humano basado en las creencias acumuladas desde el nacimiento con respecto a *quién y cómo soy*. La autoestima influye en todas las áreas de nuestra vida, no siempre del mismo modo. Así hay personas que pueden tener autoestima en el área laboral y no en el área afectiva. El primer paso de la autoestima es el *autoconocimiento*, que responde a la pregunta de “*quién soy*”, y la *autoevaluación*, que se basa en la idea de “*cómo soy*”. En el autoconocimiento hay que tener en cuenta quién me mostró quién soy, en qué espejo aprendí a verme; en el caso de la autoevaluación es imprescindible conocer exhaustivamente mis creencias sobre cómo me veo, aceptando mis capacidades y mis debilidades, evitando comparaciones y perfeccionismo. La autoestima se basa siempre en creencias, no en realidades, por ello es un aprendizaje, que se puede contrastar con el momento actual y reconstruirlo.

Autoestima es *amor hacia sí mismo*, pero ¿qué es el *sí mismo*? Este interrogante se refiere a la búsqueda de nuestra propia esencia como ser humano, del *Ser*, del existir para uno y posteriormente para el otro, más que a la realización personal a través del *hacer* o del *tener*.

La siguiente cuestión sería ¿qué es el *amor*? a nivel conceptual es un sentimiento construido a base de emociones y que perdura en un proceso temporal. Presuponemos que todas las personas ansiamos ser amados desde que nacemos hasta el mismo momento de nuestra muerte.

El *sí mismo* es la esencia de cada ser humano sin corazas, sin mecanismos de protección, tal y como era al nacer, sin que se haya formado aún la personalidad. Nacemos con una esencia, con un *ser*, aún no totalmente impregnado del miedo al abandono o a la soledad, o digamos, que sin la conciencia de estos miedos universales. Siendo animales desprotegidos y muy vulnerables al medio, necesitamos instintivamente sobrevivir y estamos dispuestos a cualquier cosa para ello, nos agarramos literalmente al otro para conseguirlo.

Nacemos siendo seres dependientes de lo externo, creamos mecanismos de protección con el objetivo de no estar solos y para ello sentimos que necesitamos no ser abandonados. Puesto que la sobrevivencia es imprescindible para ese ser

vulnerable al medio externo, es un campo de cultivo idóneo para plantar las simientes de la dependencia. Paradójicamente, la dependencia en la infancia será el estado natural y sano para crear los cimientos de la futura autonomía y para construir una saludable autoestima. Un niño ha de ser dependiente de un medio saludable y contenedor de sus temores, que le asegure ser amado por quién es, sin condiciones. Esta sana dependencia de la infancia y, un medio totalmente equilibrado creará unos cimientos fuertes y estables para asegurar el camino de la autonomía del adulto. Unos padres que establecen vínculos basados en el amor incondicional a *quién soy*, y aseguran una protección de mi sobrevivencia, permiten crear, alrededor de mi esencia, una red de información neuronal que permite abandonarme con confianza a los demás, a mí mismo y al disfrute de vivir, sin necesitar *tener* o *hacer* para ser amado por los otros y por mí mismo. En los bebés la información que llega de uno mismo y de lo externo queda como una información neuronal inconsciente, que guiará mi modo de verme, de construir mi autoestima, a pesar de que no tengamos consciencia de ello. Trabajos terapéuticos, como EMDR, por ejemplo, dan constancia visual de ello. A partir del trabajo terapéutico, se observa en los sujetos que las relaciones insanas en la infancia, que el medio que no posibilita una sana autoestima al niño, repercute en el adulto, creando estados de verdadero shock, donde situaciones en las relaciones adultas hacen paralizar literalmente a la persona, cuando entra en contacto con sus heridas de abandono o de soledad, principalmente.

Caso Rosa

Rosa es una mujer de 35 años, sin pareja, sin hijos, de profesión liberal, que presenta síntomas relacionados con su proceso de autonomía, causados en su mayor parte por un problema en su autoestima. La terapia se basó en ampliar el sistema de la paciente, para que gradualmente ella pudiese reparar su autoestima, creando un fortalecimiento de sus estructuras de personalidad, para adquirir poder sobre el control de su vida. A continuación se transcribe una sesión donde se ve cómo Rosa puede ampliar la visión de su sistema, posibilitando salir de ver sólo los síntomas, y adquiriendo una responsabilidad en su cambio de visión sobre sí misma y su autonomía.

ROSA: Vengo porque no puedo salir sola a la calle. Llevo 5 meses de baja, he dejado de ver a mis amigos, mi vida es un desastre, estoy como muerta en vida.

TERAPEUTA: ¿Desde cuándo estás así?

R.: Desde marzo, un día cogí el coche para ir al trabajo y tuve un ataque de pánico. Me asusté mucho, por eso vengo porque sé que hay unas pastillas que tomó mi hermana que le fueron muy bien. Yo quiero tomar esas pastillas y volver a estar viva.

T.: Parece que por los síntomas que explicas pueden haber numerosas causas no sólo sintomáticas, es como si el “ataque de pánico” te intentara decir algo. Si lo quitamos podrás ir a trabajar, pero silenciaremos a tus

emociones y no sabrás que intenta decir de ti.

R.: Bueno, en realidad ya tenía problemas antes, no sólo en el trabajo, sino también en la familia y en la pareja, con amigos, hasta con mi piso... (llora)

T.: Es interesante que pierda un poco de poder este cúmulo de síntomas desagradables, los ataques de pánico dan la sensación de muerte, pero a la vez nos dicen que queremos **vivir**, no sobrevivir. Bueno, no es poca información, una mujer que quiere vivir y se siente muerta en vida, ¿qué te parece todo esto?

R.: (Vuelve a llorar) Sí, sí...en realidad yo quiero vivir, quiero sentirme viva, pero no puedo controlar mi vida.

T.: Una parte importante de los ataques de pánico es que la persona que los sufre siente que **su vida no la controla** ella, “alguien” (su familia, su pareja, su jefe, sus miedos, su culpa...) están controlando su vida. Imagínate que vas por la autopista conduciendo un coche. De repente se te pincha una rueda y pierdes el control del vehículo, te aterrorizas, tu corazón palpita rápido, aumenta tu tensión arterial, sudas, tiembles, te bloqueas..

R.: Exacto, así me sentí en marzo dentro de mi coche, esto es lo que no quiero volver a sentir. Por eso quiero pastillas, fue horrible

T.: Si te parece, te sigo contando la historia. Ante todos estos “horribles” síntomas, empiezo a bajar la velocidad suavemente y me dirijo con cuidado al arcén y llamo para pedir ayuda, eso es lo que estás haciendo ahora. No creo que tires el coche por un pinchazo, el control de éste lo has perdido durante un tiempo, puedes y deseas volver a recuperarlo, y de nuevo desearás conducir tu propio coche, tu vida. No ir a remolque, ni dejar de disfrutar del viaje.

R.: (Llora en silencio durante un rato).

T.: ¿Qué sientes al escuchar esta historia?

R.: Me siento aliviada, como con esperanza, siento que “mi coche” sólo tiene un pinchazo, siento que yo lo controlé relajadamente durante años, quiero volver a coger el control de mi vida, ahora lo siento...

De este modo se reconstruyó la demanda; de una demanda basada en los síntomas exclusivamente (“sólo quiero una pastilla”) a una demanda psicoterapéutica (“Quiero volver a coger el control de mi vida”). En este caso la paciente puede iniciar un tratamiento psicoterapéutico o la incorporación de fármacos junto con un proceso de terapia o una terapia para aprender a trabajar su ansiedad de modo corporal y otros tipos de tratamiento. Para ello es necesario transformar la demanda focalizada en quitar los síntomas del ataque de ansiedad y/o su componente de evitación de lo que causa los síntomas (“no salgo a la calle”), hacia una demanda que posibilite la reconstrucción de la realidad del sujeto.

En realidad, el proceso terapéutico posibilita el cambio de creencias de la paciente con lo que respecta a su autoestima, ya que esta autoestima dañada provoca una pérdida de control sobre su propia vida y una sensación de pérdida de poder

sobre ella misma, potenciándolo sobre los síntomas. Como dice Villegas (1996):
“Tal adecuación es, con frecuencia, fruto de un largo proceso de negociación, puesto que de lo que se trata es de llegar a un acuerdo sobre las bases de una definición común del problema que permita un abordaje psicoterapéutico, estableciendo de este modo los presupuestos sobre los que asentar la alianza y el contrato terapéuticos. La falta de explicitación de tales presupuestos, la creación de falsas expectativas, la inadecuación de los recursos frente a la naturaleza de la demanda son, con frecuencia, la causa del fracaso o el estancamiento en la psicoterapia”.

En un proceso de terapia el terapeuta ayuda a que el paciente amplíe esta visión de su propio sistema. El terapeuta no ha de solucionar los problemas del paciente, ni de sus propias necesidades, sólo ha de facilitar que el paciente pueda reorganizar de modo autónomo su propio sistema para que éste deje de ser una restricción a su propia libertad como ser humano.

Caso Ignasi

Ignasi es un paciente de 54 años, casado, con dos hijos. En el momento de iniciar terapia presenta un estado de gran ansiedad debida a una personalidad muy rígida, con un nivel de autoexigencia muy alto, y con un temor a ser *él mismo*. Se trabaja su autoestima para conseguir que llegue a esta búsqueda de “*ser él mismo*”.

IGNASI: No puedo defraudar a nadie, si me separo defraudo a mi mujer.

T.: ¿Qué te pasó, como se te castigó, qué ocasionó en ti defraudar a otros?

I.: Que yo sepa, nunca he defraudado a nadie, siempre fui un niño muy bueno, muy obediente, y de adolescente no fui cómo mi hijo siempre tan rebelde, ahora de adulto nunca nadie se enfada conmigo, pero es ahora, es ahora cuando voy a defraudar a mi mujer y a mis hijos, porque quiero separarme.

T.: Parece que por no defraudar a nadie eliges defraudarte a ti mismo, ¿cuándo te has defraudado a ti para evitar defraudar a otros?

I.: Muchas veces. Estoy en un trabajo que no me gusta, cada domingo como en casa de mis padres, que tampoco me gusta, me casé con una mujer cuando en realidad me gustaban los hombres, ¿Qué tipo de monstruo soy? (Silencio profundo)

T.: Te pido que reflexiones sobre ello, empezamos por algo sencillo, te pido que cambies la palabra monstruo por “yo tenía miedo a...” o “yo tengo miedo a...” en cada una de las afirmaciones que has realizado.

I.: Soy un monstruo por casarme con una mujer cuando me atraen los hombres. Yo tenía miedo a defraudar a mi padre. Si defraudaba a mi padre temía que no me valoraría nunca; mi hermano es el ganador siempre, yo sólo ganaba si no defraudaba. Si no me valora es como si no me quisiera, temo que nunca me haya querido.

La terapia pudo continuar hacia este proceso de ampliación de la visión del sistema familiar, consiguiendo ampliar el cerco familiar del paciente y obteniendo

paulatinamente un proceso de libertad.

El paciente, pareja o familia que están en crisis intentan por sí mismos o con ayudas no psicoterapéuticas reestructurarse pero no suelen tener éxito. Para Villegas (2013) hay varios motivos, estos factores son los que se han de trabajar en terapia:

El paciente aplica el mismo modo de resolverse que ha utilizado siempre o bajo los mismos criterios. Es como un gato que intenta cogerse la cola. En terapia se ha de romper esta circularidad e ir hacia que las reglas del sistema se muevan.

El paciente intenta “hacer suyo” un modo o un sistema ajeno. Esto crea una resistencia al cambio.

Por ejemplo, una paciente a la que llamaremos Nerea, tenía problemas de dependencia con su pareja, en una de las sesiones de pareja desarrolla este discurso:

NEREA: Mi amiga ya me dice que salga yo sola los domingos que deje a mi marido con su fútbol y yo salga, pero no puedo.

T.: Antes de estar en esta pareja ¿dónde solías salir los domingos cuando estabas sola”.

N.: A ningún sitio, yo siempre he salido con mi marido, antes no salía porque en mi pueblo, que es muy pequeño no se veía bien una chica sola.

T.: Quizás tu amiga te da consejos que a ella le sirven, pero que para ti es difícil realizarlo.

La paciente no tiene en cuenta un hecho obvio: su sistema no es el sistema de su amiga. El intentar reconstruirse a través de un sistema que no le es propio, sólo le provoca más ansiedad y bloqueo.

En terapia, en principio se amplía el sistema, no se sustituye por uno ajeno. Para que el proceso de terapia tenga éxito es importante imaginar un sistema terapéutico vacío, el paciente introduce su sistema de estructuración de la realidad y el psicólogo a través del proceso terapéutico irá ampliando, comprendiendo, haciendo sentir al paciente..., y de este modo ir haciendo una reestructuración más sana para el paciente del sistema inicial.

Trabajar la autoestima en terapia de pareja

Carlos, directivo de éxito, se queda bloqueado ante la crítica de su pareja. Acuden a terapia de pareja y se observa como esta crítica adulta le conecta emocionalmente con las críticas constantes y destructivas de un padre exigente, donde nunca parecía *ser suficiente* para él, lo que dañó profundamente su autoestima y provocó heridas relacionadas con una percepción infantil de “He de ser mejor, he de cambiar, no soy válido,...”. Carlos no cicatriza estas heridas de infancia y, cada vez que su pareja le toca sus heridas él entra en *shock emocional*, se paraliza, se convierte en un niño con temor a ser abandonado y se aleja de su pareja.

Paralelamente, Marta, su pareja desde hace 15 años, al notar el alejamiento de Carlos, se siente abandonada por él, lo que provoca un profundo aislamiento, unido a ansiedad, tocando sus propias heridas de infancia. Marta fue una niña que creció

en un ambiente de clase alta, con padres siempre ausentes y siendo cuidada por otras personas en lugar de sus padres, que viajaban constantemente y la cubrían de regalos a su vuelta. Ambos eran fríos en su relación entre ellos como pareja y con su hija. La paciente no tenía conciencia de sentirse emocionalmente abandonada hasta que inició la terapia de pareja. En la octava sesión de terapia de pareja se produce este diálogo:

T.: ¿Qué os trae a esta sesión?

MARTA: A Carlos hace años que no lo veo, bueno, no es literal, claro, pero nunca está presente para mí.

T.: ¿Cómo te hace sentir esta distancia?

M.: Me hace sentir profundamente abandonada.

T.: ¿Qué haces cuando ocurre esto?

M.: Me encierro en mi misma, lloro, me deprimó, tengo mucha ansiedad,...

T.: Carlos, ¿Qué sientes al oír a Marta?

CARLOS: Me sorprende, yo he sentido justo lo contrario, sentía que ella estaba muy lejos de mí, como si nunca fuese suficiente para ella.

T.: ¿Qué haces cuando ocurre esto?

C.: Pienso constantemente en qué he fallado esta vez, qué hago mal con ella, me obsesiono y me paralizó, en realidad no hago nada, me bloqueo y me obsesiono en pensamientos y en sentimientos de frustración.

T.: ¿Qué recuerdas de tu vida que te haya frustrado más?

C.: Todo lo relacionado con mi padre, siempre buscando su reconocimiento, no fallarle, ser suficiente para él.

T.: Parece que los dos os tocáis heridas propias, no cicatrizadas, echáis sal a las heridas y os alejáis, construís un muro entre vosotros. No podéis derribar el muro, pero sí construir una ventana y miraros. Poneros frente a frente, cogeros de las manos y miraros a los ojos, ¿Qué veis?

M.: Te echaba de menos (llora), estabas muy lejos, yo me alejaba de ti y ahora te miro y siento de nuevo que eres tú, eres el hombre del que estoy enamorada.

C.: (La abraza, se queda en silencio, la besa, la mira y le dice que es como derrumbar un muro entre ellos).

La terapia de pareja facilitó que tomaran conciencia de este proceso y de sus creencias erróneas basadas en una autoestima dañada. No se trata sólo de tomar conciencia, si no de confrontar con la crítica adulta de sí mismo, hacia sí mismo, y de sanear la autoestima por medio de la ampliación de esta prisión infantil. Carlos pudo confrontar de modo sano con su pareja arriesgándose a dejar ser amado por *quién es*. Ampliando la visión de sí mismo, aceptando cambios en sus actitudes, pero no en su esencia. Pudo ver que su pareja lo quería por quien era, no por lo tenía o hacía. Marta se arriesgó a acercarse a él sin corazas, recibiendo un afecto que le permitió abandonarse a él en lugar de alejarse.

Sus niños heridos sanearon poco a poco sus heridas y temor de ser abandona-

dos y sus adultos comprendieron que nuestro niño interior, dentro de nuestro adulto sólo puede ser abandonado por el yo adulto, es más, este niño ya sólo nos necesita a nosotros, aunque siga buscando la aprobación externa y el reconocimiento de otros.

¿Cómo ayuda la terapia al proceso de reconstrucción de la autoestima?

Alice Miller, refiere el proceso que podría asimilarse a una terapia en la búsqueda de la Autoestima del paciente:

“A través de un largo proceso, intentemos descubrir nuestra verdad personal que, antes de obsequiarnos con un nuevo espacio de libertad, siempre nos hace daño, a no ser que nos conformemos con un conocimiento intelectual. Aunque en ese caso seguiríamos aferrándonos al ámbito de la ilusión... No podemos cambiar nuestro pasado ni anular los daños que nos hicieron en nuestra infancia. Pero nosotros sí podemos cambiar, “repararnos”, recuperar nuestra identidad perdida”.

El proceso terapéutico muestra un espejo sin distorsión al sujeto para que pueda reconstruirse desde una percepción más realista, no desde los espejos distorsionados de los otros o de la sociedad en la que vive.

La Autoestima es nuestra verdadera identidad como ser humano, responde a la pregunta de quién soy, por eso el **Autoconocimiento** es la primera fase de la autoestima, conocernos desde la mirada propia, no desde la mirada de los otros, porque el niño aprende quién es desde lo que los otros le dicen de él: eres bueno, eres tonto, eres como....

En muchas ocasiones la mirada de las otras personas está distorsionada por sus propios conflictos, por sus propias carencias. Al niño le llega sólo la crítica, aun no tiene la madurez de cuestionarla, o la capacidad de contrastarla con su propio criterio, así va conformando su **autoimagen** y **autoconcepto**, que además se fijará de modo rígido en su interno.

Estos serán los cimientos de su autoestima. En el peor de los casos, podría ser que el niño haya sido maltratado, abusado, duramente criticado, excesivamente exigido. Produciendo heridas en su autoestima que influirán decisivamente en su presente y futuro. En el mejor de los casos, el niño recibirá etiquetas identificativas de él como producto, como por ejemplo: “Es muy bueno, nunca llora, no molesta, nunca pide nada”, con lo que éste considerará que para ser amado es mejor no pedir, y puede que de adulto sea poco asertivo.

La autoestima es el vehículo para vivir el presente; la terapia es como un GPS que orienta a este vehículo, ya que una autoestima dañada puede producir que la persona se estacione en el pasado y quede fijada en aspectos relacionados con las pérdidas, nadando constantemente en el mar de la tristeza, incluso alcanzando niveles de estados depresivos; por otro lado, personas con problemas de autoestima, pueden viajar constantemente hacia el futuro, creando estados obsesivos y alta sensación de ansiedad, puesto que el futuro aún no ha llegado entran en neurosis relacionadas con el control, intentando controlar un futuro incierto. Estas personas

se fijan más en el hacer y en el tener, en la búsqueda insaciable de alimentar su ego, y con ello una búsqueda de reconocimiento externo a través de objetivos sociales o laborales, más que individuales e internos.

¿Qué busca la autoestima?

Una autoestima sana busca la valoración interna, la coherencia con quién soy y hacia dónde voy, el ego suele ocasionar problemas y controlarnos cuando la autoestima es frágil, el ego busca lo externo para saciar su vacío. Una persona con autoestima vive el presente, sabe cerrar su pasado, no olvidando el dolor, pero sí integrándolo, cicatrizando heridas. Mira hacia el futuro con proyectos realizables, con confianza en sus capacidades, aceptando sus debilidades, y progresando en alcanzar las habilidades necesarias para alcanzar retos saludables.

La autoestima nos da la posibilidad de saber escuchar nuestras emociones, sin reprimirlas, aprendiendo a controlarlas para que no sean ellas las que controlan nuestra vida y nos permite centrarnos en cambiar nuestro pensamiento, ya que será el pensamiento positivo el que nos hará estar en un estado de serenidad, sin neurotizarnos ni nublar nuestra propia visión y la de lo externo.

Las personas con autoestima saben ser optimistas, buscan pensar en positivo sobre ellos y el mundo y tienen estrategias para ello; para adquirir este hábito es importante mantener el pensamiento sobre situaciones o personas que nos agradan, como diría Salmurri: *“A base de insistir los pájaros no hacen nido donde no les dejan”*. Si pensamos en positivo, nos sentimos más positivos. Principalmente cuando pensamos bien sobre nosotros mismos.

La base de la autoestima es la **autoaceptación**, aceptando nuestras capacidades y nuestras debilidades, la **valoración** de nosotros mismos, sin comparaciones, y de los demás, incluso de todas las situaciones, si son adecuadas para nosotros mantenerlas, si no lo son tener el coraje de cambiarlas, restándoles poder, sin victimismo ni culpabilidad, manteniéndonos en un estado de responsabilidad y aprendizaje de lo vivido. Sin dejarse atrapar por telas de araña, como diría Villegas (2011), ya que una vez dentro de éstas, ya sean telas de manipulación, o de secuestro emocional, nos convertimos en insectos que por mucho que nos quejemos, moviendo las alas, no podemos salir; hay que replegar los hilos y saber salir del laberinto por donde hemos entrado, ya que esa es la verdadera salida y en el aprendizaje para no cometer los mismos errores. Este proceso de no ser insectos lo propicia la autoestima, porque viviremos sin miedos o culpas paralizantes, todo lo vivido merece la pena, porque sólo hay dolor, no nos anclaremos en el sufrimiento. Aprenderemos de los errores y nos sentiremos satisfechos sabiendo que para vivir como adultos hay que aceptar un cierto margen de error y una cierta dosis de tolerancia a la frustración.

Con autoestima aprendemos a **querernos** y a querer a los demás, de una manera libre, no dependiente. Ya que la persona con autoestima se siente completa, realizada, capaz, no se relaciona con otros por sentirse incompleta o incapaz.

¿Qué nos impide reparar una autoestima dañada?

Una persona con autoestima no teme la soledad porque ha aprendido que es en esta soledad donde puede relacionarse con ella misma, siendo el actor principal en su guión de vida, dándose un protagonismo sereno, satisfactorio, sin necesidad de un público que nos aplauda, sin necesidad de pagar entradas en el teatro de la vida. Porque todos ejercemos roles dentro de nuestro guión de vida, pero el verdadero actor disfruta del papel que ejerce porque es coherente con quien es, y sabe elegir actores secundarios que coinciden con su guión.

Claude Steiner considera que, al margen de lo vivido en la infancia, todos tenemos la capacidad de cambiar nuestro guión de vida, la autoestima puede ejercer un papel crucial en ello, ya que nos hará dejar de estar anclados en nuestro pasado, aprendiendo y fortaleciéndonos de él, y vivir aquí y ahora un nuevo guión de vida, creando transacciones sanas en el presente, por eso la autoestima no se pregunta ¿Por qué me pasa esto?, si no que se interroga por sobre cómo puedo cambiarlo, siendo resilientes, y lo pasa a la acción desde una nueva perspectiva.

Según el Análisis Transaccional (AT) tenemos tres roles: El padre, que nos dice lo que “tengo” que hacer, el niño que nos lleva “a lo que quiero”, y el adulto que reflexiona sobre “lo que me conviene a mí”. Las personas con autoestima tienen integrados los tres roles y conseguir estar en equilibrio con ello, relacionándose desde transacciones sanas. Esto supone todo un ejercicio de autoconocimiento, cambio y tenacidad, que sólo puede adquirirse desde la base de la autoestima y la asertividad, y que será lo que hará tener el control sobre nuestra vida y sobre nosotros mismos.

La autoestima nos permite vivir en el terreno de lo inseguro, de lo incierto, dentro de aspectos vulnerables del ser humano. Es en esta vulnerabilidad donde sentimos nuestras emociones y les permitimos fluir, sin mecanismos defensivos de lo externo e incluso de lo interno.

Un caso de terapia sexual y de pareja

Pareja formada por Marc 40 a. y Natalia 38 a. Casados hace 20 a. dos hijos gemelos de 10 años. Natalia ha descubierto una posible infidelidad de Marc. Discusiones constantes. Deseo sexual inhibido en Natalia. Dudas de separarse.

Objetivo de terapia en las primeras sesiones:

- Ver el vínculo actual de pareja
- Modo de relacionarse

En las primeras sesiones se observa cómo Natalia expresa rabia y resentimiento y retira el afecto (deja de hablarle), baja el deseo sexual. Marc no expresa emociones, ni verbaliza el conflicto, evitador de conflictos. Carencia de un estado de adultos y de responsabilidad: María se siente víctima y Juan culpable.

Objetivo de terapia en las siguientes sesiones: analizar el tipo de sistema familiar. En las posteriores sesiones se observan vínculos dependientes en ambas familias de origen. Marc y Natalia no son autónomos respecto a sus familias de

origen. Natalia sigue un patrón familiar dependiente y Juan es independiente de su familia de origen (No autónomo).

Reflexionar sobre el Guión familiar: ambos tienen los roles cambiados, hacen de padres de sus padres. Natalia hace de “madre normativa” con su familia, pero de “niña dependiente” en sus recursos. Marc hace de padre normativo con su familia, pero es evitador de conflictos. Marc hace de padre normativo de Natalia (“Has de cambiar, madurar, ...”), pero a la vez su inseguridad le hace fortalecer este rol de ella (Niña desvalida, sin recursos propios, obediente o rebelde). Cuando Natalia descubre la posible infidelidad siente miedo al abandono, puesto que no ha creado un vínculo, sino un apego. Esto despierta mecanismos de defensa en ella: “*me alejo de ti (dejo de hablarte, bajo deseo sexual) para protegerme del futuro abandono*”. Marc evita el conflicto y se retira, como su rasgo independiente, no confronta con el conflicto, ni con ella. En terapia sexual se trabaja la autonomía de ambos y la resolución de los conflictos de pareja, la infidelidad y la elaboración un nuevo contrato.

Con este ejemplo terapéutico se señala que para alcanzar un estado de control de nuestra propia vida es imprescindible sanear la autoestima y sentir nuestras emociones dejándonos fluir. En realidad, lo que nos paraliza es que cuando nos sentimos vulnerables recordamos nuestras heridas pasadas y nos bloqueamos, creamos defensas para no ser heridos y nos alejamos de nuestra verdadera esencia, en lugar de permitirnos sentir el dolor y el vacío para, al no tapanlo o compensarlo, poder interiorizar en nosotros mismos.

La mayoría de problemas psicológicos, emocionales e incluso muchos de los orgánicos, se podrían relacionar con problemas de autoestima, que nos ocasionan una dificultad para alcanzar el control de nuestra propia vida. Así, por ejemplo, las adiciones es un modo de tapan, de no sentir el vacío, si en lugar de tapanlo lo sentimos y vemos que hemos sobrevivido a ello, empezaremos a soltar dependencias y podremos retomar el control de nosotros mismos. La depresión tiene aspectos de no soltar el pasado. Los estados de ansiedad, de excesivo control, de búsqueda perfeccionista y autoexigente y trastornos obsesivos se relacionan con un vivir en el futuro.

Utilizando el símil de la autoestima como un vehículo que nos conduce hacia el **presente** y hacia nuestra **esencia**, si el vehículo se desvía de este objetivo, nuestro cuerpo se resiente, nuestra psique y estados emocionales también, e incluso las relaciones, transacciones y áreas afectivas, laborales, grupales y sociales.

¿Cómo influye la neurología en la falta de reparación de una autoestima dañada?

A nivel neurológico se deduce que los seres humanos soportan mal los cambios, existen bases neurológicas que corroboran que una vez que se toma una decisión es difícil cambiarla.

El cerebro humano se obstina en hacer inamovible las primeras ideas inculca-

das en él. Esto tiene su base en el concepto acuñado por León Festinger de *disonancia cognitiva*, es decir, cuando llegan dos informaciones a la vez y son contradictorias a nuestras creencias arraigadas se crea un conflicto que genera un fuerte estrés. Por ello el sujeto suele quedarse con lo conocido, se aferra al no cambio de información.

Es por ello, que a nivel terapéutico se hace difícil sanear la autoestima dañada, ya que aun contrastando a nivel objetivo los resultados obtenidos por el sujeto en áreas importantes de su vida, con sus vivencias primarias, aquellas que dañaron su autoestima, la persona sigue aferrada a creer que *no es capaz*. Digamos que la información que recibió sobre sí mismo en los primeros años de su vida quedó grabada en su inconsciente a fuego, años más tarde se crea un conflicto interno entre su parte racional y su parte emocional, y suele ganar la emocional.

Racionalmente puede tener altas capacidades, incluso talentos, puede haber adquirido importantes habilidades a nivel relacional o laboral, pero si su información previa, arraigada neuronalmente, es negativa, le hace tomar decisiones poco adecuadas para sí mismo, bloquearse, perder visión sobre su capacidad.

En terapia se suele traer a la conciencia esta información que se dio en los primeros años de nuestra vida y que dañaron nuestra autoestima, y la persona sólo la observa, toma conciencia de ella. Posteriormente se contrasta con su nueva realidad, con el objetivo, no de romper sus creencias sobre sí mismo y el mundo, sino de ampliar esta visión. Ya que un psicólogo que intenta producir un cambio de paradigma, sin tener en cuenta cómo funciona neurológicamente el cerebro ante los cambios, puede frustrar el proceso de reparación en la autoestima. En laboratorio se ha comprobado que ante la *disonancia cognitiva* se inhiben los circuitos cerebrales implicados para el cambio.

Ésta sería, posiblemente una de las razones por las que empresarios de alto reconocimiento externo, ante la crisis económica actual, si pierden su puesto laboral, se bloquean para emprender una nueva carrera profesional. De nada parece servir su *curriculum* impecable, su experiencia previa, su cerebro brillante; se paralizan ante el cambio de paradigma, seguramente, al margen de una realidad objetiva que influye para este cambio, sus circuitos cerebrales se inhiben ante la mera posibilidad del cambio.

Será ampliando su visión y reparando su autoestima cómo se conseguirá esta posibilidad. Éste es uno de los ejemplos actuales que más claramente nos sirve a los psicólogos para observar qué es realmente la autoestima, ya que muchos de estos empresarios tienen un gran refuerzo social externo, poseen una construcción de aparente autoestima, pero con la trampa de ilusión óptica, ya que se basa, en muchas ocasiones, en un refuerzo externo debido a objetivos conseguidos, no tanto a un refuerzo interno, y a una verdadera construcción de su esencia. Es como mantener un edificio con cimientos frágiles; siguiendo una metáfora utilizada por un paciente: “Ante un terremoto, sólo los edificios construidos en Japón, no se derriban”.

¿Qué nos impide repararnos tras las crisis?

La autoestima nos permite el arduo proceso hacia el cambio de paradigma, que será lo que nos permitirá crecer ante las crisis, como dice brillantemente Bill O' Hanlon: *Si ves que estás cabalgando sobre un caballo muerto, desmonta*. Por otro lado, así como es importante cambiar los pensamientos negativos a positivos y ampliar nuestras creencias, también es básico salir de quedar anclados en el pensamiento. La autoestima nos hace confiar en nuestras capacidades en general, tanto de cicatrizar heridas del pasado y cerrarlo, recuerda que "Añorar el pasado es correr tras el viento", como de no vivir sólo en el futuro a través de pensamientos obsesivos y de control. Tenemos unos 60000 pensamientos diarios, si pudiésemos permitirnos traspasarlos y "sentir", estaríamos en el "aquí y el ahora", dejaríamos fluir los acontecimientos, nos permitiríamos "vivir" con integridad.

Sharon M. Koenig habla de la ley de la compensación, la naturaleza busca un balance quitando lo que es excesivo y dando lo que es necesario. Actualmente, la crisis económica quita la seguridad y lo que pensamos que es importante. Para alcanzar la serenidad se ha de buscar el propósito de vida, con autoestima sería un propósito interno, basado en la coherencia con *quien soy*, con mi identidad, con mi esencia, al margen de lo que esperan de mi los otros o la sociedad. Es habitual en terapia observar las crisis de personas debidas a pérdidas de su aparente estructura de seguridad, por ejemplo su empresa, su pareja, su estatus. Casi siempre pierden lo excesivo, y buscan recobrarlo de nuevo. Es paradójico como lo que les hizo perder estabilidad es lo que les daba seguridad. Pueden hacer terapia, cursos de espiritualidad, procesos de coaching, y un largo etcétera, una búsqueda insaciable para, en el peor de los casos encontrar un guía, y en el mejor de los casos, convertirse en su propio líder de vida. Y opino que es un paso sustancialmente imprescindible, pero no suficiente. En terapia se inicia un proceso hacia alcanzar las estructuras necesarias de autoestima, y se dan herramientas para que sea el sujeto el que pueda continuar el proceso en la búsqueda de ésta integridad.

Caso Felipe

Felipe acude a terapia tras dos años de profunda crisis. Los síntomas asociados son: ansiedad, ataques de pánico e ideas de autolisis. Presenta dependencia a diferentes sustancias. Ya en la primera sesión explica:

FELIPE: Lo que me trae hasta aquí es la sensación de que me he estrellado contra un muro.

T.: ¿Qué te pasó antes de estrellarte?

F.: Fue justo después de la pérdida de mi trabajo, de mi divorcio y de una gran crisis económica.

T.: ¿Cómo eras antes de estrellarte?

F.: Sentía a menudo mucha presión, siempre tenía ansiedad, no soportaba tener errores

T.: ¿Qué es para ti un error?

F.: Un fracaso.

T.: ¿Para quién fuiste un fracasado?

F.: Para todos, para mí mismo.

Analizando las causas en terapia podrían coincidir con los factores que él propone, sin embargo, profundizando en su personalidad se observa un nivel alto de autoexigencia y perfeccionismo a lo largo de su vida, unido a un sentimiento de vacío y a una falta de identidad.

En una sesión acude a terapia con una reflexión causal de sus síntomas, refiriéndose al *Síndrome del impostor*, término acuñado en 1978 por Pauline Clance y Suzanne Imes, que aboga por una sensación de no estar a la altura, la no aceptación de los logros y la atribución de los éxitos a factores externos, como la buena suerte. Este síndrome es característico de personas con problemas de autoestima y elevado perfeccionismo, que puede ocasionar bloquearse ante la posibilidad de búsqueda de empleo, ya que temen ser descubiertos en su “falta de capacidad”. Bajo una aparente autoestima Felipe deja ver una verdadera falta de aprecio, y dudas sobre su identidad como ser humano.

El proceso terapéutico se basa en la reestructuración de su autoestima y aprecio, esto posibilitó flexibilizarse, bajar su autoexigencia, salir del paradigma del “hacer” y construir el del “ser”, para paulatinamente darse el espacio necesario para crecer y replegar los hilos de su tela de araña, y fuera de ésta volar hacia la verdadera autonomía como persona adulta, saliendo primero del pozo y desapareciendo su bloqueo. Así retomó su verdadero sentido de vida y pudo iniciar una segunda carrera profesional, basada en su experiencia previa, pero con el impulso del fortalecimiento de su autoestima.

¿Cómo reconstruir nuestra autoestima?

La autoestima es un conjunto de hábitos que hemos adquirido para pensar sobre nosotros mismos. En terapia aplicamos un proceso de reestructuración cognitiva que posibilita la toma de conciencia de quién soy y de cómo he de cambiar mis hábitos de cómo me veo a mí mismo. Lo importante es cómo pienso y creo mi realidad, lo que deviene en cómo me siento conmigo y con mi medio y en cómo no evoluciono en un verdadero cambio de paradigma de mi manera de relacionarme, de verme, de sentirme y de ver y sentir a los demás.

El verdadero cambio en terapia se da a un nivel de la mente del sujeto, tanto en el plano racional, corporal, como emocional. No se trata sólo de encontrar las causas, sino de saber cambiar de camino y de modificar nuestra propia mente, adquiriendo hábitos saludables para pensar sobre nosotros, y este proceso el que construye una sana autoestima.

Todo lo escrito hasta ahora en este artículo se basa en lo que se trabaja sobre la autoestima en las primeras sesiones de terapia. Transcurridos unos meses del proceso terapéutico les suelo comentar a mis pacientes:

“Muy bien, ahora ya sabes muchas cosas sobre ti mismo, ahora ya tienes la

información sobre tus creencias de lo que sabes sobre ti, tu biografía desde tu vida intrauterina, el parto, la infancia, la adolescencia y la fase adulta hasta hoy. Todas aquellas cosas que dijeron sobre ti, lo que les faltó de decirte, el cómo te trataron y el cómo no lo hicieron. Ya tienes la observación nítida sobre tus cimientos, ahora ya sabemos *quién eres*. ¿Qué te parece si pudieses dejar de serlo y te construyeras cómo te gustaría ser desde hoy? ¿Te imaginas que tuvieses el poder de cambiar tu mente para construirte de nuevo, incluso para crear nuevas redes neuronales que posibilitaran un verdadero cambio?”

Lo que nos afecta no es nuestra realidad actual, sino lo que pensamos sobre ella. La verdadera autoestima posibilita un proceso de transformación y una creación de nuestra realidad, justo al revés de lo que solemos sentir, que es la realidad la que nos afecta la autoestima, cuando parecería que es nuestro pensamiento el que crea nuestra realidad. Primero he de partir de mis capacidades y de los recursos que me pertenecen en este momento, aceptando esta base, posteriormente aprendo a entrar en la aceptación, sin resignación de ello y de este modo puedo liderar mi propia vida. Si por ejemplo he tenido un accidente de tráfico y me he quedado en una silla de ruedas, eso es una realidad y no puedo cambiarla, pero puedo aceptarla, en lugar de quedarme en un estado insano de resignación. Entonces puedo preguntarme qué pienso sobre este hecho y sobre mí, para posteriormente cuestionarme el modo en que elijo seguir viviendo.

La terapia posibilita la ampliación del sistema de creencias sobre nuestras vivencias, saliendo de estados patológicos de sufrimiento, victimización o culpabilidad, aceptando el dolor y la responsabilidad sobre nuestra propia autoestima y modo de vivir. Surge de este modo el verdadero liderazgo y la motivación para el cambio de la realidad, creando una nueva realidad.

Se trata de regular nuestro estado emocional para sentirnos en equilibrio y en motivación para un cambio. Para conseguir aceptar nuestras vivencias es necesario tener autoestima, a partir de aquí surgiría el verdadero aprecio de *quién soy*. Es necesario en esta última etapa de terapia elaborar duelos, del pasado, de lo vivido, pero sobre todo de la pérdida de quién era hasta ahora para poder ser quien *quiero ser*. Un verdadero duelo está elaborado cuando siento agradecimiento a todo lo vivido, incluso al dolor y a las pérdidas, porque es de donde surge el auténtico aprendizaje del ser humano.

Un paciente me dio el permiso para reproducir su carta de despedida de la terapia, como ejemplo del proceso de cambio en el modo de construir nuestra realidad a través de la autoestima:

“(..) De niño me dijeron que “era bueno”, esto me gustó, pero me impidió no serlo en ocasiones; confundí ser bueno con agradar siempre y a todos, confundí ser bueno con no dañar nunca, ni a nadi; en el fondo se instauró en mí la culpa por ser yo y por satisfacer mis propios deseos. Al llegar a mi Interior me dejé fluir, confié totalmente en lo que trabajamos en terapia, en este caso no se trataba de seguir los mandatos externos, sino de escucharme

todo el tiempo. Por ejemplo: “Soy bueno, es cierto, pero deseo satisfacer un deseo propio que puede dañar a un tercero y sigo siendo bueno, ser “malo” es tener intención de dañar y yo no la tengo, pero aun así mi actuación dañará, afortunadamente ya no creará más heridas en mí. Ahora entiendo tantas y tantas veces como fui herido por mí mismo, mis padres me dieron un arma, yo la utilicé sobre mí, después muchas otras personas me las dieron y yo les volví a dar poder. Ahora sé que no soy un paranoico, que creo que las personas tienen intención de dañarme, al contrario, ahora confío más en las personas, sólo que las selecciono mejor, he tomado conciencia de mi debilidad pasada para poner límites y para renunciar una y mil veces a **ser yo**”.

A pesar de que el paciente ya conoce su dolor, es básico que el psicólogo le ayude a construir su historia y empatice con ella, liberándolo de tener que justificar a aquellos que le dañaron. Lo que mantiene una historia es su credibilidad y las emociones. Si un niño construyó su historia con un sentimiento de culpa, ha de construirla siendo consciente de las injusticias sufridas, de su rabia por ello, sólo así después podrá liberarse de esta emoción y construir su historia con compasión hacia el niño herido que fue. Así se liberará del pasado, del victimismo, de cargar su historia a otros o de dudar de sus propios sentimientos. Cerrará su historia pasada para construir su historia presente. Si no es así, repetirá constantemente los mismos modelos *con* o *en* otras personas. Es decir, en las relaciones adultas estará *con* personas con las que revivirá su historia pasada, principalmente en su familia de origen (indiferencia, exigencias, abandono, maltrato,...) o verá de modo neurótico *en* otras personas historias pasadas, aunque no sea así en el presente.

A modo de conclusión

Nos referiremos a un mito como síntesis del poder de la autoestima. En el mito clásico de Pígmalión, se recrea la escena de un escultor llamado Pígmalión que crea una escultura femenina a la que llama Galatea, la trataba como a una mujer y la amaba como si lo fuese, tanto creía en ella que recobró vida tras un sueño por obra de Afrodita, al ver el amor que sentía por ella. A partir de ahí se acuña el efecto Pígmalión, superando lo que esperaba de sí mismo y cumpliendo su sueño.

Si cada uno de nosotros alcanzáramos una autoestima basada en creer realmente en una verdadera autovaloración, aceptación, amor y en nuestras capacidades, nos permitiríamos soñar y alcanzar lo soñado, llegando a ser nosotros mismos y consiguiendo retomar el control de nuestra propia vida. Es como si Pígmalión se soñara a sí mismo y al despertar fuese quién realmente le gustaría ser.

Referencias bibliográficas

- Bill O' Hanlon (2005). *Crecer a partir de las Crisis*. Barcelona: Paidós
- Dispenza, J (2012). *Deja de ser tú*. Barcelona: Urano
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Kahneman, D (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Madrid: Debate
- Koenig, S.M. (2011). *Los ciclos del alma. El proceso de conexión*. Barcelona: Obelisco
- Miller, A (2008). *El drama del niño dotado*. Barcelona: Tusquets
- O' Hanlon, B. (2005). *Crecer a partir de las Crisis*. Barcelona: Paidós
- Steiner, C. (1991). *Los guiones que vivimos*. Barcelona: Kairós
- Swaab, D. (2014). *Somos nuestro cerebro*. Plataforma
- Solomon, M. R. y Shapiro, F (2009) EMDR y el modelo de procesamiento adaptativo de la información (PAI) Mecanismos potenciales de cambio. *Revista de Psicoterapia*, 80 17-21
- Villegas, M (1996). El análisis de la demanda. *Revista de Psicoterapia*,
- Villegas, M (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder
- Villegas, M (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder

2015



25 AÑOS · REVISTA DE PSICOTERAPIA

25 AÑOS

100 Números

<http://revistadepsicoterapia.com>



LOS PROBLEMAS DE AUTOESTIMA DESDE LA PERSPECTIVA ADLERIANA

SELF-ESTEEM PROBLEMS FROM AN ADLERIAN PERSPECTIVE

Juan José Ruiz

Unidad de Salud Mental Comunitaria de Úbeda, Jaén, España

Ursula Oberst (autor de correspondencia)

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte,
Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Pilar Andújar

Educador de padres

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

José Ruiz, J., Oberst, U. y Andújar, P. (2015). Los problemas de autoestima desde la perspectiva adleriana. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 63-80.

Resumen:

El concepto de autoestima no está definido de manera explícita por Adler, pero paradójicamente gran parte de la obra adleriana se relaciona con los orígenes, desarrollo, problemas y tratamiento de los problemas de la autoestima bajo otros nombres y conceptos: el sentimiento de inferioridad y el afán de superioridad. En este artículo se presenta la perspectiva de la Psicología Individual de la autoestima y su confluencia con otras escuelas psicológicas, en especial con las terapias contextuales de tercera generación. También se apuntan algunas nociones en el terreno de la intervención de los problemas de autoestima. Se expone un caso para ilustrar la intervención adleriana. Se concluye que desde la perspectiva adleriana la autoestima adaptativa implica tanto la estima personal como la estima de los demás en un contexto de cooperación con los demás ante las tareas de la vida (sentimiento de comunidad).

Palabras claves: autoestima; sentimiento de inferioridad; afán de superioridad; sentimiento de comunidad; compensación; apañío creativo.



Abstract

The concept of self-esteem is not defined explicitly by Adler, but great part of his work deals with the origins, development, problems and treatment of self-esteem problems, under different names and concepts: inferiority feelings and striving for superiority. In this article we present the concept of self-esteem from an Individual Psychology perspective as well as its confluence with other psychological procedures, especially with the contextual therapies of the third generation. We will also mention some aspects of the intervention with self-esteem problems and present a case to illustrate Adlerian intervention. It is concluded that from an Adlerian perspective, adaptive self-esteem implicates the esteem of oneself as well as the esteem of others in a context of cooperation in regard to the life tasks (social interest).

Keywords: self-esteem; inferiority feelings; striving for superiority; social interest (community feeling); compensation; neurotic manoeuvres

Sentimientos de inferioridad y afán de superioridad

El concepto de autoestima no está definido en ningún momento de manera explícita por Adler, pero paradójicamente gran parte de la obra adleriana se relaciona con los orígenes, desarrollo, problemas y tratamiento de los problemas de la autoestima bajo otros nombres y conceptos: el sentimiento de inferioridad y el afán de superioridad. Una revisión bibliométrica de la obra de Alfred Adler y de autores adlerianos revela que para ellos, el término autoestima (en alemán *Selbstwertgefühl*, en inglés *self-esteem*) apenas existe. En toda la obra de Alfred Adler apenas se encuentra la palabra *Selbstwertgefühl* (autoestima). En el glosario de la gran recopilación comentada de su obra por Ansbacher y Ansbacher (1956), se encuentran solo tres entradas sobre *self-esteem*. Y una búsqueda por PsychInfo de la revista adleriana internacional, el *Journal of Individual Psychology*, la palabra clave “self-esteem” solo produce 19 resultados. Esto es una aparente contradicción, ya que el antónimo de autoestima está en todas partes: inferioridad o sentimientos de inferioridad (o incluso el “complejo” de inferioridad”), tanto en la obra de Adler mismo como en la de sus discípulos directos e indirectos. El sucesor de Adler en Estados Unidos, Rudolf Dreikurs (1975), presenta un panorama similar; en su manual “*Fundamentals of Adlerian Psychology*” no habla de *self-esteem*, pero dedica capítulos enteros a los sentimientos de inferioridad. Lo mismo ocurre en la recopilación de la obra de Adler por Brett (1999) (traducida al castellano), donde no aparece autoestima, pero sí un capítulo sobre el complejo de inferioridad –y uno sobre el complejo de superioridad. El manual de Oberst y Stewart (2003) habla de *self esteem* explícitamente en solo dos ocasiones y de sentimientos de inferioridad en veintidos ocasiones. Un libro de Oliver Brachfeld de 1935 (original en castellano), reeditado en alemán en 1953, titula “*Minderwertigkeitsgefühle beim Einzelnen und in der Gemeinschaft*” (“Sentimientos de inferioridad en el individuo y en la comunidad”) (1953/2002) y sostiene que no solo el individuo puede experimentar sentimientos de inferioridad, sino también sociedades enteras pueden sufrir sentimientos de inferioridad nacionales. De todo esto se infiere que uno de los temas centrales de la Psicología Adleriana es el sentimiento de inferioridad. Este tema es tan ubicuo en la Psicología Adleriana, que en algunas críticas a ella se ha interpretado que la fuerza dominante del ser humano según la teoría Adler, comparable a la libido freudiana, es la compensación de estos sentimientos: el afán de poder. Dado que esto es tan importante, los autores de este artículo queremos primero revisar qué se entiende por sentimientos de inferioridad en la Psicología Adleriana, para luego discutir qué se entiende por autoestima: el sentimiento de comunidad.

Los sentimientos de inferioridad

La Psicología Adleriana se ha descrito como una psicología social (Serrano, 1991). Para comprender el comportamiento de una persona, incluido sus problemas de autoestima, hay que partir de la idea central de que el individuo solo se puede entender en su contexto social (Adler, 1927, 1933; Ansbacher & Ansbacher, 1956; Ruiz & Oberst, 2007). Y obviamente, el sentimiento de inferioridad o la “baja autoestima” también solo se pueden entender en el contexto social de la persona, en la relación con los demás, y a la hora de compararse con otros. La mayoría de los problemas psicológicos no salen de la mente del individuo, ni de estructuras mentales intrapsíquicas, sino de la vida en relación entre los individuos: conflictos de pareja, de relaciones en el trabajo, problemas sociales, etc. En este punto la Psicología Adleriana coincide bastante con desarrollos actuales en psicología y psicoterapia como el Contextualismo Funcional de Marino Pérez Álvarez (Pérez, 2014) y el Psicoanálisis Relacional (Coderch, 2010) al entender que los problemas psicológicos son en suma problemas de manejo de situaciones vitales.

Comprender el tema de la autoestima, sus problemas y soluciones en la Psicología Adleriana no responde a una teoría única y lineal, ya que hay que atender al propio desarrollo de la teoría adleriana a lo largo del tiempo, desde una concepción inicial médico-organicista hasta otra posterior motivacional-constructivista y una última fase más evolucionista (Oberst y Ruiz, 2007). De ese desarrollo teórico de la teoría adleriana no se deriva necesariamente una oposición entre la primera y la última formulación teórica, sino más bien una continua reelaboración más compleja donde los primeros elementos (p.ej. inferioridad orgánica) son resituados en una teoría más abarcadora y explicativa del esfuerzo a la superación y la búsqueda de significado en la vida en común de las personas. Un breve repaso de la evolución histórica de la obra adleriana nos ayudará a entender esto.

De 1902 a 1911, mientras Adler colabora con Freud aparecen conceptos como inferioridad orgánica (también llamado minusvalía de órganos), compensación y protesta masculina, en una línea de pensamiento médico-psicoanalítico según la cual el individuo trata de superar deficiencias físicas desarrollando fuertemente otros aspectos físicos o psicológicos (compensación), como por ejemplo en el caso de Beethoven con su sordera y su talento musical, o el de Demóstenes con sus dificultades articulatorias y sus habilidades para la oratoria. En estos primeros trabajos, Adler se refería a un órgano (por ejemplo los sentidos, los órganos internos, el sistema nervioso) “incompleto, retardado en su maduración, inhibido enteramente o parcialmente en su desarrollo” (Adler, 1914/1983). Al mismo tiempo asevera, que las funciones de estos órganos minusválidos pueden ser asumidas, es decir compensadas, por otros órganos y por el cerebro, como por ejemplo cuando una persona con defecto visual lo compensa con mayor agudeza auditiva. Pero pronto Adler empezó a referirse a una compensación psicológica de estos defectos físicos. Una persona con defectos físicos puede intentar compensarlo con intentos de

destacar en otra cosa, como en capacidad intelectual.

De 1912 a 1927 datan conceptos como sentimiento de inferioridad y afán de superioridad (también llamado afán de poder). Se ve a los seres humanos como impulsados a superar sus limitaciones con más o menos preparación y desarrollo de sus sentimientos de comunidad, de modo que los sentimientos de inferioridad de origen psicosocial se tratan de superar o bien de forma “útil”, es decir contribuyendo al bien común o de manera “inútil” o egocéntrica, imponiéndose a los demás o usando a los demás en beneficio propio. De 1927 hasta la muerte de Adler en 1937 aparece una teoría más “cognitiva-evolucionista” y conceptos como tendencia a la superación, tendencia a la perfección y fuerza creadora, según la cual se ve a las personas como buscadores de significado y auto-actualización en un intento de superar las dificultades y límites de la vida y donde la baja autoestima se ve como el resultado de fracasos o desviaciones del lado “útil” (prosocial) de la vida en común. En estos trabajos posteriores la minusvalía de órganos ha dejado paso a una minusvalía psicológica subjetiva percibida por el individuo. No es relevante si existe un déficit real en alguna función física o psíquica de la persona, sino como ésta se percibe a sí misma en relación a los demás.

El origen de los sentimientos de inferioridad Adler lo localiza en la infancia, y por eso muy pronto empezó a estudiar a los niños, especialmente a los niños “difíciles de educar” (niños con problemas conductuales) y su entorno educativo.

Adler afirma (1929) que los niños difíciles e inadaptados padecen un defecto de sentimiento de comunidad, falta de optimismo y de valentía. Se puede observar un valor disminuido, un temor ante la realización de tareas, porque en realidad no confían suficientemente en su propia fuerza, en ser capaces de hacer el trabajo y por eso buscan soluciones que se les antojan más fáciles. Podemos decir que estos niños persiguen un fin que no concuerda con las normas sociales, buscando la superioridad en “el lado inútil” de la vida.

Tanto los niños criados con excesiva dureza como los excesivamente mimados y consentidos tienen un alto riesgo de desarrollar sentimientos de inferioridad. Mientras Adler denunciaba la educación autoritaria prevalente en su época, Dreikurs (Dreikurs & Soltz (1964) focaliza en la educación *laissez-faire*, e insiste en que el niño consentido es un niño al que le falta valor, ya que está acostumbrado a que las cosas se hacen a su antojo y capricho, a vivir según el principio del placer, y esto le impide convertirse en una persona socialmente adaptada. En el momento que los padres, o en el colegio o en otro sitio, se le exige un esfuerzo o la aceptación de una norma más allá de sus caprichos, el niño tendrá la sensación de no ser estimado y aceptado, de ser rechazado o de ser menospreciado, y en consecuencia, sentirá hostilidad hacia las personas que le hacen estas demandas a las que no está acostumbrado. Por eso, Dreikurs, más todavía que Adler insiste en una “educación democrática” – un estilo parental que no sea ni autoritario ni *laissez-faire*, para así minimizar los sentimientos de inferioridad en el niño y en cambio, fomentar el sentimiento de comunidad.

En su libro “La Psicología Individual y la escuela”, Adler describe el proceso de su primer intento de introducir la Psicología Individual en la escuela con un planteamiento colaborativo, lo que hoy podemos llamar multidisciplinar, entre los diversos profesionales de la educación. “(...) los psicólogos individuales, los maestros y los padres (...) los pedagogos de todos los países, hemos opinado de distinto modo. Si nuestro trabajo progresa hasta aquí, si logramos ganar y conservar la confianza y seguridad de los maestros, la organización de la escuela se fundamentará sobre más sólidas bases y será uno de los instrumentos de todo aquel que trabaje en el bien y para el bien del pueblo”. (Adler, 2008, pág. 4). Adler destaca la importancia que tiene para profesionales de la educación el conocer la teoría y la práctica adleriana para trabajar con niños normales y problemáticos. También justifica el carácter práctico y divulgativo de algunos de sus escritos por su aplicación en la prevención e intervención en situaciones cotidianas, domésticas y escolares. “Cuanto más profundizamos en el campo de la Psicología Individual, tanto más nos apercebimos (...) de su gran utilidad para la prevención y liberación de la neurosis y de los niños difícilmente educables¹.” (Adler, 2008, p. 4-5).

Dreikurs insiste en que el ser humano, como especie, está condicionado a experimentar sentimientos de inferioridad ocasionales. El sentimiento de inferioridad como especie lo lleva a formar grupos y comunidades para hacer frente conjuntamente a las inclemencias de la naturaleza, y a desarrollar su intelecto. Precisamente por esto, los sentimientos de inferioridad también derivan de la comparación social. El deseo natural del ser humano de pertenecer a otros, el *zoon politicon*, es el principal motivo del desarrollo de la humanidad, pero también una fuente de comparación con otros y, si esta comparación no resulta favorable, de sentimientos de inferioridad.

La compensación y los apañes creativos

Llegados a este punto, podemos equiparar “baja autoestima” a “sentimiento de inferioridad”. La baja autoestima ocasional como sentimiento de impotencia, incapacidad, imposibilidad, impedimento, fracaso, frustraciones y obstáculos es algo inherente al proceso de la vida y perfectamente normal. Experimentarla conlleva el impulso a superarla (compensación), y de ese movimiento entre sentimiento de inferioridad-compensación superadora derivan muchos logros personales y sociales, y el cómo nos orientamos en la vida.

Sin embargo, cada persona se posiciona, maneja y actúa de manera distinta ante esos sentimientos de inferioridad. Dependerá de sus experiencias y vivencias en la infancia temprana, influido tanto por la atmósfera familiar, como por el estilo educativo parental. A éstas se junta la opinión o toma de postura del propio niño/a, que se desarrolla antes del lenguaje, y que por eso se articula inconscientemente. Esta opinión conlleva una visión de sí mismo (donde la autoestima sería la parte más consciente de la propia autovaloración), de los demás y de los medios y fines para manejarse en la vida.

Toda esa configuración no está propiamente en ninguna parte de la cabeza o la mente de la persona, aunque a veces se represente como “esquemas aperceptivos” como forma de describirlos y entenderse en un lenguaje comunicable al uso “mentalista”, sino como un “Estilo de Vida” unitario o personalidad orientada a fines que abarca todos los comportamientos de la persona, tanto conscientes como inconscientes, tanto mentales (encubiertos) como abiertos; es decir configurado como un sujeto orientado a fines en un contexto social, donde irremediamente ha de habérselas con unas tareas sociales que forman parte de la “lógica férrea de la vida en común”, de la cual no es posible evadirse (Ansbacher y Ansbacher, 1956).

Los problemas de la autoestima están en la base de todos los problemas emocionales ya que estos se relacionan con el estilo de afrontamiento del sujeto hacia las dificultades inevitables de la vida. La visión adleriana de los problemas psicológicos es que estos surgen de intentos fallidos de conseguir un sentido de competencia, autoestima y significación que derivan de haber superado con éxito las principales tareas de la vida (trabajo, amor y vida en comunidad). Las consecuencias de esos intentos fallidos conllevan sentimientos de inferioridad más intensos y duraderos ante los que el individuo está mal preparado para manejarlos (el inicialmente llamado y en la época de Adler muy famoso “complejo de inferioridad”). En este caso, la salida habitual consiste en protegerse mediante varios métodos (“apaños creativos”) para así conservar la sensación de autoestima y evitar la comparación con los demás y la evaluación por los demás (Oberst y Ruiz, 2007).

Para resumir este apartado, el individuo intenta compensar el sentimiento de inferioridad o bien mediante esfuerzos “útiles” (que tienen también en cuenta el bienestar de los demás), y a los que Adler llama “afán de superación”, o bien mediante esfuerzos “inútiles” o egocéntricos, a los que llama “sobrecompensación”; la sobrecompensación siempre lleva a un afán de poder. Es decir, para no sentirme inferior al otro, me tengo que poner encima, a fin de estar bien seguro de no ser “menos”. Así que el famoso afán de poder adleriano no es una fuerza impulsora de todo ser humano como la libido freudiana, sino la forma errónea e incluso patológica de compensar sentimientos de inferioridad dolorosamente percibidos. Cabe destacar que, en la visión de Adler, cualquier síntoma, trastorno o problema psicológico es una particular manifestación del afán de superioridad (con un sentimiento de inferioridad en el fondo). Por mucho que sufra el individuo de su trastorno, la “neurosis” siempre consiste en una forma particular de intentar no sentirse tan inferior. Adler considera la neurosis incluso una forma de coartada para no cumplir con su cometido como ser humano: el de contribuir al bien común.

Aunque Adler no considera que estas “maniobras neuróticas” sean una acción consciente del individuo para eludir responsabilidades, sino como aspectos de la vida psíquica de la persona que se desarrollan de manera tácita y fuera de su acceso consciente, desde el punto de vista de otras teorías, la visión adleriana resulta algo reduccionista y tajante. Los adlerianos contemporáneos, por eso, suelen matizar

esta explicación reduccionista de la psicopatológica (y menos cuando hablamos del trastorno mental grave), teniendo en cuenta otros factores en un modelo biopsicosocial (Sperry & Carlson, 1996). Lo que se mantiene es que una persona con baja autoestima (sentimientos de inferioridad) tendrá estrategias de afrontamiento maladaptativas hacia los problemas de la vida, lo que puede conducir al desarrollo y mantenimiento de problemas psicológicos, especialmente en el tema relacional.

Para la Psicología Adleriana, la contraposición de los sentimientos de inferioridad en la persona psicológicamente adaptada no reside en el afán de superioridad, sino en el sentimiento de comunidad (*Gemeinschaftsgefühl*). Existen diferentes definiciones de este concepto, incluso entre los adlerianos, pero básicamente comprende un sentimiento de pertenencia y un interés genuino en la cooperación con los demás (de ahí la traducción al inglés “*social interest*”).

“Todos los individuos tienen la necesidad de pertenecer a una familia, un grupo, una sociedad, y a la humanidad en general; el niño pequeño primero tiene que experimentar esta sensación de pertenencia en el seno de la familia, y luego, en la medida que crece, tiene que aprender a contribuir al funcionamiento de la comunidad mediante su esfuerzo personal, es decir aprender la cooperación. Por cooperación la Psicología Adleriana entiende la tendencia afectiva del individuo de tener en cuenta el bien común a la hora de resolver sus problemas individuales. Solo si el individuo llega a sentirse una parte útil de la comunidad (que da y que recibe), es capaz de enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana de forma adaptada” (Ruiz y Oberst, 2007, p.38)

Estudios empíricos con diferentes instrumentos de medida mostraron una asociación positiva entre sentimiento de comunidad y ajuste psicológico, bienestar psicológico, satisfacción con la vida, percepción de sentido de la vida, y una correlación negativa con narcisismo y desesperanza, depresión, ansiedad y abuso de sustancias (véase el metaanálisis de Bass, Curlette, Kern, & Williams, 2002), al igual que auto-confianza, compasión y altruismo (Manaster, Cemalcilar & Knill, 2003.)

Formas problemáticas de autoestimarse de la vida cotidiana

Las personas con un Estilo de Vida más egocéntrico y bajo sentimiento de comunidad, derivado de una inadecuada preparación para afrontar las tareas de la vida presentan rasgos patológicos de personalidad (llamados por Adler “personalidad neurótica”), o estilos de afrontamiento inflexibles y generalizados a múltiples circunstancias. Con frecuencia tienen que defenderse de sus sentimientos de inferioridad o baja autoestima con todo un despliegue de conductas defensivas o sobrecompensadoras.

Las conductas o estrategias para compensar los defectos reales o percibidos por el sujeto pueden ser compensadoras (si derivan en virtudes y desarrollos útiles para sí mismo y los otros en un esfuerzo de superación), sobrecompensadoras (si

derivan en un afán o complejo de superioridad) e incluso descompensadoras (en casos más graves donde la tensión a la autoestima dañada deriva en una huida extrema que puede ir desde la disociación a la misma psicosis). Relacionados con estos fenómenos y sus funciones generales encontramos actitudes y emociones tan universales en la vida humana como el autoritarismo, las llamadas excesivas de atención, los celos, la envidia, el orgullo desmedido y la vergüenza.

El *autoritarismo*, aunque puede ser una motivación en el trabajo de cara a ciertos estilos de liderazgo en las organizaciones y la actividad política, suele formar parte del maltrato de género, un fenómeno más frecuente en hombres por su posición social ventajosa en general, pero extensible también a algunas mujeres con parejas de varones sumisos y a parejas homosexuales y lesbianas). En el autoritarismo, la persona abusa de su autoridad tratando mal a sus subordinados o pareja para realzar su estimación y poder que constituye tanto una defensa o evitación de su sentimiento de inferioridad con demostraciones de poder autoritario para elevar o reforzar su autoestima. El autoritarismo de ciertos políticos gobernantes puede ser una respuesta defensiva ante las ansiedades de la propia aniquilación e insignificancia que se pone en marcha tras eventos estresantes, como por ejemplo sus acciones y mandatos tras actos terroristas (Stone, 2001).

También existe esa sobrecompensación en las personas que intentan ser el centro de *atención* continuo con sus reclamos, hablando de sí mismas casi todo el tiempo y que si no consiguen el amor buscado, pasan a ser el centro del odio realizando acciones que molesten a otros para mantener su validación estimativa, aunque sea estando en boca de los otros para mal.

En el tema de los *celos* seguimos a la exposición del psicoanalista con influencias adlerianas, Guerra Cid (2004), quien afirma que los celos no deben confundirse con la envidia, ya que en los celos interviene siempre una relación triádica (de tres personas) frente a la relación diádica en la envidia. En los celos se halla implícita la envidia, pero no *vice versa*. Además de las referencias a las relaciones amorosas y el/la rival o bien respecto a un tercero familiar (p.ej. envidia de un hermano frente al otro por el afecto dado de su padre a uno de ellos), las relaciones entre los hermanos y su posición respecto al prestigio de sus padres en una familia donde los mismos padres pueden fomentar las comparaciones disfuncionales. En la rivalidad de los hermanos puede aparecer el llamado “Complejo de Caín” o celos infantiles (Brachfeld, 1936) que puede dar lugar a fenómenos como el de “ser un niño malo” para captar la atención de los padres frente al otro hermano, aunque sea a base de castigos; o el “Complejo de Crespo” (Brachfeld, 1936), caracterizado como la sobreprotección hacia un hermano pequeño y quizás más adelante hacia otras personas en una actitud paternalista, como forma de sentirse superior y merecedor de afecto.

En la *envidia* la persona se percibe por debajo de otros en cualidades o posiciones y desea estar en lugar de ese otro, pero sin hacer el esfuerzo que eso conllevaría. Lo que sí hace el envidioso es rebajar y criticar al envidiado, tratando

así de igualarse a él o sentirse superior, compensando así su débil autoestima. Como destaca Guerra Cid (2004), un mecanismo habitual del envidioso es la argumentación de que en general el envidiado ha tenido muy buena suerte en lo que consigue (rebajando o desvirtuando sus logros) y que él/ella, en cambio es un desgraciado con mala suerte. En realidad, desde la perspectiva adleriana, su mala suerte está regida por su mala preparación y las metas compensadoras inconscientes que rigen su conducta, sin percatarse de ello.

El *orgullo* y la *vergüenza*, excesivas o no, suelen ir casi siempre de la mano, como la cara y la cruz de una moneda, y son quizás los elementos centrales del equilibrio autoestimativo y de las funciones o fines de esta. Afirma Pérez Álvarez (2004) desde el conductismo contextual-funcionalista, que el binomio orgullo-vergüenza es la unidad experiencial del yo, en el sentido de orgullo como amor propio que cualquiera se debe a sí mismo y por tanto experiencia positiva del yo que derivaría en una autoestima generalizada relacionada con contingencias vitales de reforzamiento; y la vergüenza como sentimiento social por excelencia que perturba la experiencia del yo y que tiene como órgano del yo a la piel, sobre todo en la cara, hablándose del yo-piel. Así las experiencias del orgullo y la vergüenza constituirían las experiencias centrales tanto de la autoestima como del mismo yo.

Desde una postura adleriana resultan interesantes las afirmaciones de Marino Pérez sobre el orgullo y la vergüenza como elementos centrales del equilibrio autoestimativo. En la autoestima es central la propia valoración, a la postre orgullo en general derivado de la preparación y competencia para manejar diversos asuntos de la vida o como ficción compensadora y evitadora de la incapacidad percibida. Orgullo y vergüenza tienen que ver con cómo nos sentimos respecto a los demás, o bien pertenecientes a colectivos familiares, sociales, laborales, etc. donde nos acepta y estimula con nuestras virtudes y se es tolerante con nosotros aunque nos corrijan nuestros defectos, o rechazados y castigados por ser portadores de defectos reales o imaginarios, juzgados socialmente como inadecuados, generando la experiencia de vergüenza.

El orgullo excesivo o narcisismo es entendido desde la perspectiva adleriana como una respuesta defensiva o compensadora ante un manejo inadecuado de una baja autoestima/intenso sentimiento de inferioridad. Sperry y Ansbacher (1996) destacan que en las personas con narcisismo no es tan central el amor excesivo a sí mismo, como lo mantenía la perspectiva freudiana, sino la exclusión de los otros mediante un escaso interés social. Sperry y Mosak (1996) afirman que en el trastorno de personalidad narcisista la autoestima inflada es la meta compensatoria que supone la visión de sí mismo, junto a un autorrefuerzo selectivo con exclusión de la valoración y estimación de los sentimientos y contribuciones de los otros.

De hecho, Titze (2008) considera la vergüenza una de las mayores expresiones del sentimiento de inferioridad: vergüenza del origen social, vergüenza de la situación económica-laboral, vergüenza de la imagen propia.

Además, socialmente los cánones de valoración y productividad social

(competitividad, valor de la utilidad, de la imagen, etc.) genera contextos donde los individuos “vulnerables” con baja autoestima pueden “engancharse” compensando sus debilidades reales, percibidas y hasta inducidas publicitariamente, a determinadas modas y patologías diversas o sobrellevar con cierta entereza y hasta fortaleza, tantos dilemas que asaltan a un yo saturado (Gergen, 2006).

También las personas “normales” están expuestas a vaivenes de la vida que ponen en jaque su autoestima y les hacen experimentar impotencia, incapacidad y falta de valor pasajero; o sea sentimientos de inferioridad. Pero en estos casos su preparación para la vida en común está más desarrollada y no solo por tener más valor y coraje ante esas tareas, sino también para aceptar sus limitaciones y deficiencias (“coraje de la imperfección”) que conlleva la cooperación y conexión con otras personas. Como decía Adler, ser humano significa sentirse inferior (Adler, 1933).

El “coraje a la imperfección” es una cuestión clave, relacionada con la exposición a la “vergüenza” frente al “orgullo desmedido” y que tiene su máxima expresión en la “gelatofobia” (miedo al ridículo, ser objeto de burla y escarnio) descrita por Titze (2008) y que incluso tiene una aplicación terapéutica para su tratamiento mediante la terapia del humor de corte adleriano desarrollada por Titze en varias obras (Titze, 2007, 2011 y 2014).

En el equilibrio entre el valor y coraje propio (orgullo, si se quiere) y la necesidad mutua de los otros se juega el tema de la autoestima. La autoestima es cuestión, adlerianamente hablando, de una valoración equilibrada de sí mismo y de los demás. Valorarse solo a sí mismo y usar a los demás de manera instrumental o como contrincantes a vencer, conlleva rigidez, inflexibilidad y sobrecompensación aseguradora; despreciarse a sí mismo y sobrevalorar a los demás conlleva a situar a los demás como portadores de cuidados o rasgos y sitúa a la persona en dependencia o guía excesiva de los otros.

Resumiendo este apartado queremos destacar la idea adleriana de que para comprender cualquier conducta de una persona hay que atender a su función finalista. Aunque las personas pueden tener intereses y metas particulares diferentes a lo largo de la vida y situaciones, si la miramos a lo largo de su desarrollo, todos ellos están articulados por una meta final, la mayoría de las veces inconsciente que se conforma en los primeros 5-6 años de la vida de toda persona y que corresponde al núcleo de su Estilo de Vida.

Autoestimarse en igualdad, inferioridad o superioridad a otros, tanto silenciosamente como públicamente, tiene una serie de efectos, funciones o fines, tanto para el propio sujeto como para su vida relacional con otras personas. Usando la terminología conductual, es en cierta forma una clase de conductas operantes (con sus aspectos cognitivo-verbales, emocionales y sensoriales), que reobra sobre los otros y uno mismo como autorrefuerzo de las propias acciones y refuerzo de las acciones de los otros. Pero aquí no solo deriva de los aprendizajes previos y las circunstancias vitales actuales sino también y sobre todo, del uso finalista que el

individuo hace de ella consciente e inconscientemente (por eso, Adler llamaba a su teoría una “psicología de uso”).

Cualquier actividad, conducta o síntoma, incluido el autoestimarse de manera normal o problemática responde a varios factores (Oberst y Stewart, 2004; Carlson, Watts y Maniaci, 2005):

1º- Una finalidad inconsciente conformada por tres elementos: (1) protección de la autoestima de forma explícita o implícita, o en términos adlerianos clásicos, compensar el sentimiento de inferioridad, (2) acercamiento o distanciamiento de las tareas de la vida: poner distancia con una tarea de la vida para la que la persona se siente mal preparada o en caso contrario estimularle a participar e implicarse en ella y (3) despliegue de conductas estratégicas como un “apaño creativo” del sujeto que usa el síntoma como método para preservar alguna sensación de autoestima y para evitar compararse y ser evaluado; o bien poner en marcha acciones comprometidas y de cooperación. Esto conlleva, en el primer caso, distorsiones de la realidad y resulta en relaciones deficitarias con los demás en casos negativos; en el segundo, conlleva un desarrollo adecuado del sentido común (percepciones compartidas del abordaje de dificultades de la vida).

2º- Aparece en un contexto relacional y ligado a este: todo síntoma o problema de conducta y la propia conducta “normal” (que no sea de causa física-biológica) aparece en un contexto de relaciones con otras personas y solo tiene sentido en ese contexto.

3º- Está al servicio del Estilo de Vida de cada persona: El Estilo de Vida es la personalidad global, total y holística que supone una línea de movimiento ininterrumpido hacia una meta inconsciente final y que unifica lo emocional, lo cognitivo, lo relacional y lo psicofisiológico. El síntoma-conducta problema y la conducta normal misma, se relaciona con el Estilo de Vida particular de la persona y tiene sentido amplio y profundo cuando se comprende la meta final inconsciente del sujeto en cuestión

4º- Aparece relacionado con una o varias tareas de la vida: amor, trabajo o relaciones sociales: Cuando el sujeto afronta alguna tarea de vida para la que se siente bien o mal preparado o con valor o falta del mismo, preguntar a la persona cómo le va y se las apaña con la vida de pareja, su ocupación, trabajo o sus relaciones sociales-amistad, la calidad de las mismas y los problemas en estas áreas, da mucha información del posible sentido, función o finalidad de sus síntomas.

5º-Para la “elaboración del síntoma” y su construcción, intervienen los siguientes mecanismos psicológicos (y que suponen dimensiones contempladas por otras corrientes psicológicas): La perspectiva idiosincrática o personal de cada sujeto, plasmada en sus “esquemas aperceptivos” (esquemas cognitivos en terminología cognitiva) que conforman estilos particulares de interpretar los hechos y que están ligados a los fines inconscientes de Estilo de Vida. Es decir las “distorsiones

cognitivas” no solo son errores cognitivos guiados por la estructura, sino que además son intencionales inconscientemente hacia la meta final tácita. Esto conlleva mecanismos cognitivos selectivos con efectos en la percepción, memoria, fantasías, sueños, etc. Las cogniciones tienen finalidades funcionales (*dimensión cognitiva*). El hecho de que la raíz del Estilo de Vida personal se haya formado en la etapa preverbal, incluso antes del desarrollo del lenguaje y el razonamiento, le confiere al síntoma un aspecto incomprensible para el propio sujeto (*dimensión psicodinámica*). La “psicología del uso”: aunque las condiciones ambientales y biogenéticas influyen sobre las personas y la formación de sus síntomas; es la elección subjetiva de la persona ante esas condiciones la que da orientación a su vida y sentido al síntoma mismo (*dimensión humanista*). Aspectos contingenciales del síntoma; en una línea muy similar al conductismo radical en este aspecto y el análisis funcional; el sujeto “aprende” que determinados síntomas, problemas o conductas tienen una función al servicio de su Estilo de Vida, y usa aquellos que su experiencia le demuestran que mejor funcionan para sus intereses inconscientes últimos (*dimensión conductual*).

6-Adquiere sentido en dos niveles funcionales: (1) Qué hace la persona cuando presenta el síntoma-conducta problema, a quién afecta, y cómo las reacciones de estos le afectan a él/ella. En este nivel las propias emociones de las personas implicadas (incluido el/la terapeuta) dan información sobre esa función. Dreikurs (Dreikurs, 1975) lo ha usado mucho en psicología infantil y en el campo educativo; pero es extensible a cualquier relación, incluida la relación terapéutica (*nivel conductual-relacional*) y (2) Las reglas subyacentes a las interacciones anteriores donde aparece el síntoma o problema psicológico y que son hipótesis que se elaboran del Estilo de Vida subyacente a partir de diversas fuentes de datos como los primeros recuerdos, genograma familiar, entrevistas, cuestionarios, observación de la relación terapéutica, etc. (*nivel de reglas subyacentes del Estilo de Vida*).

Intervención adleriana en los problemas de autoestima

La psicopatología en general se relaciona, como hemos dicho, con el Estilo de Vida y los problemas de autoestima. De la prevención primaria de estos problemas se ocupa la educación adleriana, de sus dificultades no extremas, el *counseling* (orientación psicológica) adleriano y de los problemas más graves, la psicoterapia adleriana. También la acción social y política de inspiración adleriana es una forma potente de influir en contextos sociales amplios sobre la autoestima de las personas.

Tanto en la educación, en el *counseling* o la psicoterapia, uno de los elementos fundamentales consiste en “dar ánimos” o “alentar” (*encouragement*). Con ello se busca aumentar la autoestima, devolver a los niño/pacientes/clientes su sentido de significancia, importancia, valor personal y eficacia. Al principio del *counseling* o la psicoterapia el paciente/cliente se siente con frecuencia desmoralizado por sus fracasos y acosado por los síntomas; por ello es importante darle al paciente esperanza y confianza en sus propias capacidades (Oberst y Stewart, 2004; Ruiz y

Oberst, 2007).

El dar ánimos es toda una estrategia o subespecialidad del *counselling* y la psicoterapia adleriana. En este aspecto se trata de estimular el coraje (valor) de la persona para afrontar las tareas de la vida para llevar una vida social saludable y para aceptarse uno mismo (Yang, Milliren y Blagen, 2010). Para ello se desarrolla una guía para entrenar al “facilitador del coraje” (*counsellor* psicológico) que conlleva sobre todo el uso del interrogatorio socrático (para comprender y cuestionar las actitudes de la persona hacia la vida) y el dar ánimo, que promueve una actitud de aceptación flexible de los errores y un apoyo-propuesta progresiva para afrontar nuevas tareas encaminadas a aumentar la estimación propia y ajena, junto a otros métodos de evaluación e intervención adleriano (primeros recuerdos, reorientación, etc).

Una técnica para el aliento en el contexto educativo, social y de *counselling* es el uso de las “cuatro Cs cruciales” de Bettner & Lew (1989). La letra C se refiere a conectar (*connect*), contar (*count*), contribuir (*contribute*) y coraje (*courage*). La filosofía de esta técnica se refiere a que un niño o adulto que experimenta su capacidad de relacionarse con otros y sentirse parte de una familia, un grupo o comunidad (*connect*), de poder hacer contribuciones significativas en este contexto para el bienestar de este grupo (*contribute*), que los otros cuentan con él o ella (*count*), y que tenga el valor de enfrentar problemas en este contexto (*courage*), no experimenta sentimientos de inferioridad o los supera. Existen diferentes programas bajo el signo adleriano que usan éstas u otras técnicas de *encouragement*, en diferentes contextos, no exclusivamente en educación y psicoterapia. Por ejemplo, Curlette & Granville (2014) demuestran el uso eficaz de los cuatro Cs en un contexto de formación de profesores de secundaria.

Es habitual también que los *counsellors* y terapeutas adlerianos sean bastante eclécticos en el uso de procedimientos y técnicas provenientes de otras corrientes de la psicología, aunque su teoría y conceptualizaciones de los casos partan de la perspectiva holística de la Psicología Adleriana. Desde esta perspectiva hay una gran afinidad entre el dar ánimos y ciertos enfoques de la psicoterapia que tienen como objetivo empoderar a los pacientes/clientes y aumentar su autoconfianza y autoestima en la solución de problemas vitales. Esta línea de manejo de los problemas de autoestima mediante la estimulación del ánimo, la encontramos en enfoques afines y compatibles como la Terapia de Activación Conductual para la depresión de Martell, Dimidhjan y Herman-Dunn (2013); la Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg y Tsai (2007), especializada en trabajar los problemas del yo; la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes, Strosahl y Wilson (2014) que tiene entre sus fines flexibilizar el funcionamiento psicológico lejos de las rigideces de las autoevaluaciones fomentando la aceptación y el compromiso con valores; los procedimientos basados en la meditación (p.ej. Baer, 2014) que trabajan entre otros aspectos, el desarrollo de la autocompasión y compasión frente a los procesos estimativos rígidos; las técnicas clásicas cognitivas-conductuales de Entrenamien-

to en Habilidades Sociales y Asertividad, que tienen como finalidad aumentar las habilidades de manejo de asuntos de la vida social y fomentar el autorrespeto y respeto de otros, p.ej. Castanyer (2007); la Terapia Estratégica Centrada en Soluciones, en la línea de la Terapia Sistémica Breve (De Shazer, 1995; Beyebach, 2006). Entre sus objetivos está el fomentar la autoconfianza y potenciar los recursos de los clientes para la solución de sus problemas. Todo ello deriva del gran potencial holista de la Psicología Adleriana.

Por la importancia que la Psicología Adleriana da a la educación, existen varios programas de *parenting* adleriano: el desarrollo original de Dreikurs (Dreikurs & Soltz, 1964), el programa STEP Dinkmeyer y su grupo (Dinkmeyer & McKay, 1976), la Positive Discipline de Nelsen (2002), el programa Educación para la convivencia - EDUCON de Oberst (Oberst, 2010, Oberst & Company (2013). Todos estos programas adlerianos se basan en las formulaciones de Adler y de Dreikurs y tienen como objetivo habilitar a los padres (y también a maestros y profesores) a usar técnicas “democráticas” en casa y en el aula. Tienen como objetivo el fomento del sentimiento de comunidad en los niños. Siguiendo la filosofía adleriana, niños con sentimiento de comunidad estarán menos afectados de sentimientos de inferioridad (es decir, que tendrán autoestima) y se mostrarán cooperativos y tolerantes con los demás, evitándose así los problemas de disciplina y de conducta.

La intervención sociopolítica y la intervención desde la psicología comunitaria (Buelga, 2007) es una manera de fomentar la autoestima de las personas a través de acciones que fomentan el empoderamiento. El empoderamiento consiste en conceder poder a un colectivo desfavorecido socio-económicamente para que mediante su auto gestión mejore sus condiciones de vida. Esta área de intervención tiene un fuerte desarrollo en el abordaje del maltrato de género en diferentes países (Cala Carrillo y equipo, 2007-2011), las políticas educativas y la participación ciudadana en distintos ámbitos comunitarios.

La Psicología Adleriana no supone una concepción cerrada y definitiva de la acción sociopolítica; pero sí indica caminos para abordar distintos asuntos de la vida social y política desde un punto de vista ético del sentimiento de comunidad muy lejano de los partidismos particulares habituales (Hobmair y Trefer, 1981; Oberst, 1998). En general la perspectiva adleriana de la política es progresista, orientada por las acciones que buscan el mejoramiento social comunitario pero sin medios totalitarios. Para valorar la política desde esa perspectiva se ha de conocer qué metas y qué medios se proponen para mejorar la sociedad.

Viñeta de caso

Juana, la madre de Alicia, viene a consulta muy alterada, preocupada por el comportamiento de su hija y en cierto modo convencida de que reconducir la situación está fuera de su alcance. Tiene miedo y se siente incapaz de solventar “el problema”. “La niña siempre ha tenido un carácter muy fuerte y siempre quiere

salirse con la suya, pero antes era menos exagerado. Sinceramente, ya me está faltando al respeto hasta delante de mi familia e incluso de amistades”. Efectivamente, Alicia lleva muy mal que le digan lo que tiene que hacer, se muestra enfadada, como ofendida cuando le prohíben hacer lo que quiere. Pero cuando la psicóloga investiga a fondo los sentimientos de Alicia, se hace evidente que sus ínfulas de poder son en realidad una respuesta a una percepción por parte de ella, de que nadie la tiene en cuenta, de que no la tratan con consideración y respeto. Alicia manifiesta su convicción de que si realmente ella fuera aceptada y valorada en la familia o en el aula no le obligarían a obedecer, y esto para la niña es colocarla en una posición de inferioridad. Podemos suponer que Alicia inconscientemente piensa: “Si me aceptaran y me valoraran, no me mandarían”.

Con la madre se trabaja la manera de tener en cuenta esta inconsciente necesidad insatisfecha de pertenencia y significancia y entender las conductas de su hija como estrategias fallidas de lograr satisfacer esta necesidad. Entender que su hija, en el fondo, no tiene “la autoestima subida”, sino en realidad, “bajada” le ayuda a acercarse a ella desde otra postura. Desde esta lectura más positiva de la conducta de la niña (Alicia no quiere dominarme, sino en el fondo, está pidiendo mi reconocimiento y amor), madre e hija llegan a encontrar otro tipo de conexión, más optimista. Se trabaja con la madre las posibilidades de *encouragement* y otras estrategias educativas derivadas de la Psicología Adleriana (no castigar, sino aplicar consecuencias lógicas, véase Nelsen, 2002; Oberst y Company, 2013). Con el tiempo, Juana logra hacer entender a su hija que ella y su hermana son lo más importante en su vida, que las quiere mucho a las dos y que siempre ha estado orgullosa de Alicia y de esa fuerza de carácter que tiene. Al poco tiempo, Juana comunica a la psicóloga un cambio en la conducta de la niña, pero también un cambio en la actitud de ella misma hacia su hija. Se han reducido las discusiones en casa y la niña se muestra mucho más colaboradora. Alicia sigue teniendo algún episodio de mal humor y enfado, pero ya Juana no se siente tan indefensa ante la situación. Esta confianza le permite educar desde una posición más segura, conservar mejor la calma y sentirse más capacitada para solucionar los problemas del día a día con sus hijas.

Resumen

Sin caer en el reduccionismo, los autores podemos afirmar que “sentimiento de inferioridad” se puede equiparar con baja autoestima, mientras “sentimiento de comunidad” engloba una alta autoestima. Pero queremos insistir que “alta autoestima”, para los adlerianos siempre implica también una estima de los demás (una heteroestima, si así lo queremos). La estima de uno mismo que se acompaña por un desprecio de otra persona o de otras personas, en el sentido adleriano no sería una autoestima sana ni sentimiento de comunidad, sino una expresión de un “afán de poder”, es decir una (sobre-) compensación de unos sentimientos de inferioridad al que el individuo no se atreve hacer frente. Reiteramos que estos procesos no son

conscientes, sino operan en la “penumbra de la consciencia” (Sperber, 1983). Este autor explica cómo todos nosotros nos protegemos de la percepción de muchas circunstancias mediante nuestra “lógica privada”, a través de “(...) enclaves de estupidez especializada o incompreensión, una pertinaz indiferencia, un apartar la vista oportuno y (...) a través de estar justamente ahora ocupado con otra cosa y no tener el tiempo de considerar lo que a uno no le conviene. Y nadie es tan sordo como alguien que no quiere oír, como dice el campesino francés.” (Sperber, 1983, p.99, traducción por UO).

Y como el sentimiento de comunidad, en la visión clásica de Adler, también es una expresión de salud mental, en la terapia adleriana uno de los objetivos primordiales (junto con la reducción de los síntomas) es el desarrollo del sentimiento de comunidad en el paciente.

Notas:

1 La palabra original alemana “schwererziehbar” hoy en día se traduciría mejor por “difíciles”.

Referencias bibliográficas

- Adler, A. (1914/1983). *Heilen und bilden*. Frankfurt: Fischer.
- Adler, A. (1927/1984). *Conocimiento del hombre*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Adler, A. (1933/1975). *El sentido de la vida*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Adler, A. (2008). *La Psicología Individual y la escuela*. Biblioteca Virtual Antorcha. [Original alemán: *Individualpsychologie in der Schule*. Viena: Hirzel (1929).]
- Ansbacher, H.L & Ansbacher, R.R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler. A systematic presentation in selections of his writings*. New York: Basic Books. [Edición en castellano: *La psicología individual de Alfred Adler*. Presentación sistemática de una selección de sus escritos. Troquel. Buenos Aires, 1959]
- Baer, R.A. (2014). *Mindfulness para la felicidad*. Barcelona: Urano.
- Bass, M. L., Curllette, W. M., Kern, R. M., & McWilliams, A. E. (2002). Social interest: A meta-analysis of a multidimensional construct. *Journal of Individual Psychology*, 58, 4-34.
- Bettner, B. & Lew, A. (1989). *Raising kids who can*. Newton Centre, MA: Connexions Press.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Brachfeld, F.O. (1936). *Los sentimientos de inferioridad*. Barcelona: Apolo.
- Brett, C. (1999). *Alfred Adler. Comprender la vida*. Barcelona: Paidós.
- Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En M. Gil (Dir), *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar* (pp.154-173). Universidad: Zaragoza.
- Cala Carrillo, M.J. (coordinadora)(2007-2011). *Recuperando el control de nuestras vidas. Reconstrucción de identidades y empoderamiento en mujeres víctimas de violencia de género*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid.
- Carlson, J., Watts, R., & Maniaci, M. (2005). *Adlerian Therapy. Theory and Practice*. APA.
- Castanyer, O. (2007). *La asertividad. Expresión de una sana autoestima*. Bilbao: DDB.
- Coderch, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*. Sevilla: Agora Relacional.
- Curllette, W.L. & Granville, H.G. (2014). The four crucial Cs in critical friends groups. *The Journal of Individual Psychology*, 70(1), 21-30.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Dinkmeyer, D. & McKay, G. (1976). *Systematic Training for Effective Parenting (STEP)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service. [Traducción española (1981): *Padres Eficaces con entrenamiento Sistemático (PECES)*.]

- Dreikurs, R. (1975). *Fundamentals of Adlerian Psychology*. Chicago: Adler School of Professional Psychology.
- Dreikurs, R. & Soltz, V. (1964). *Children: The challenge*. New York: Duell, Sloan & Pearch.
- Gergen, K.J. (2006). *El yo saturado. Dilemas de la identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Guerra Cid, L.R. (2004). *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas*. Bilbao: DDB.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del proceso consciente (mindfulness)*. Bilbao: DDB.
- Hobmair, H. & Treffer, G. (1981). *Psicología Individual*. Barcelona: Herder.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (2001). Hablo luego existo. Una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*, 5, 58-62.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (2007). *FAP. Psicoterapia analítica funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Manaster, G. J., Cemalcilar, Z., & Knill, M. (2003). Social interest and the individual and society: Practical and theoretical considerations. *Journal of Individual Psychology*, 59(2), 109- 122.
- Martell, C.R., Dimidjan, S. & Herman-Dunn, R. (2013). *Activación conductual para la depresión. Una guía clínica*. Bilbao: DDB.
- Nelsen, J. (2002). *Disciplina Positiva*. Barcelona: Oniro.
- Oberst, U. (1998). Salud mental y ética: el concepto de sentimiento de comunidad en la psicología de Alfred Adler. *Ars Brevis*, 1998, 225-242.
- Oberst, U. (2010). *El trastorno del niño consentido. Manual para padres y maestros desorientados*. Lleida: Pagès.
- Oberst, U. & Company, R. (2013). *Posar limits al nen consentit*. Lleida: Pagès.
- Oberst, U. & Ruiz, J.J. (2007). *La Psicología Individual de Alfred Adler*. Madrid: Manuscritos.
- Oberst, U. & Stewart, A. (2003). *Adlerian psychotherapy. An advanced approach to Individual Psychology*. New York: Brunner-Routledge.
- Pérez Alvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva.
- Pérez Alvarez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Madrid: Síntesis.
- Ramos Martín, J.M. (2012). Autoestima y trastornos de personalidad. De lo lineal a lo complejo. *Clinica y Salud*, 23(2), 123-139.
- Ruiz, J.J. & Oberst, U. (2007). La psicoterapia adleriana breve. Un modelo de intervención para los contextos de salud mental pública. *Revista de Psicoterapia*, 69, 35-55.
- Ruiz, J.J., Oberst, U. & Quesada, A.M. (2006). *Estilos de vida. El sentido y el equilibrio según la psicología de Alfred Adler*. Barcelona: Paidós.
- Serrano, J. (1991). *La visión psicosocial de Alfred Adler: Alcance y límites de la perspectiva adleriana en psicología social*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona.
- Sperry, L. & Mosak, H.H. (1996). Personality Disorders. En L.Sperry & J. Carlson, *Psychopathology & Psychotherapy* (pp.279-333). London: Taylor&Francis.
- Sperry, L. & Ansbacher, H.L. (1996). The concept of narcissism and the narcissistic personality disorder. En L.Sperry & J. Carlson, *Psychopathology & Psychotherapy* (pp.337-349). London: Taylor&Francis.
- Sperry, L. & Carlson, J. (1996). *Psychopathology & Psychotherapy*. London: Taylor&Francis.
- Stone, W.F. (2001). Manipulación del terror y autoritarismo. *Psicología Política*, 23, 7-27.
- Titze, M. (2007). *Die heilende Kraft des Lachens: Mit therapeutischem Humor frühe Beschämungen heilen*. München: Kösel.
- Titze, M. (2008). *Vergüenza y gelotofobia. Resultados sobre una investigación sobre el complejo de inferioridad*. Montevideo: Manuscrito sin publicar.
- Titze, M. & Eschenroder, C.T. (2011). *Therapeutischer Humor: Grundlagen und Anwendungen*. Frankfurt: Fischer.
- Titze, M. (2014). *Die Humor-Strategie. Auf verblüffende Art Konflikte lösen*. München: Kösel.
- Yang, J., Milliren, A. & Blagen, M. (2010). *The psychology of courage. An Adlerian handbook for healthy social living*. New York: Routledge.

¿SER O HACER?

TO BE OR TO DO?

Laura Contino

Doctora en Psicología Clínica. Master en Terapia Sexual y de Pareja.

Directora del Centro DENDROS, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Contino, L. (2015). ¿Ser o hacer? *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 81-89.

Resumen:

La autora nos propone un ensayo en el cual describe la autoestima como una habilidad, habilidad que puede ser entrenada y de este modo puede cambiar el concepto que se tiene de sí mismo. Para ello, propone un recorrido terapéutico centrado en el proceso de reestructuración del concepto de autoestima y en el acompañamiento del paciente en la construcción de un nuevo concepto de sí mismo. Todo ello mediante el uso de una serie de técnicas descritas en este artículo. El objetivo terapéutico conlleva que el paciente desarrolle una autonomía sobre la propia valoración, consiguiendo un concepto de sí mismo sólido, congruente con lo que uno es y no sólo con lo que uno hace.

Palabras clave: Autoestima, autonomía, psicoterapia, reestructuración, ser.

Abstract:

The author proposes an essay in which self-esteem is described as a skill, an ability that can be trained and, in that way, the self-concept can be changed. To achieve this, she proposes a therapeutic itinerary focused in the process of the self-esteem restructuring and the accompaniment of the patient through the construction of a new self-concept. All this is done by a series of techniques described in the article. The therapeutic objective entails that the patient develops autonomy about his own assessment, achieving a strong self-concept, consistent not only with what one does, but also with what one is.

Keywords: self-esteem, autonomy, phycoterapy, restructuring, to be.



Introducción

La autoestima siempre ha sido uno de los grandes temas terapéuticos, pero en los últimos años, quizás por el uso de este concepto en varios medios de comunicación, se ha convertido en una demanda terapéutica cada vez más frecuente.

La importancia del significado e incluso su etimología se ha desvirtuado para convertirse, en muchos casos, en un concepto de moda. La mayoría de personas explican tener “poca autoestima” o “baja autoestima” relacionando así el tema con una cuestión de cantidad o medida.

Algunos hablan de ella como si fuera un gen que se tiene o no se tiene y que no se puede hacer nada al respecto.

La frase más frecuente en terapia es: “*No tengo autoestima... ¡qué le vamos a hacer!*” muchas veces acompañada con un tono de resignación, como si se tratase de tener mala o buena suerte.

Todas estas creencias erróneas sobre el tema han conseguido que las personas no se planteen la autoestima como una habilidad que se pueda desarrollar sino como un tema que no depende de ellas y que hay que aprender a vivir con esta carencia.

Por todas estas razones, llevo varios años trabajando el tema con pacientes en talleres vivenciales para que puedan sentir y creer que el cambio es posible.

El primer paso es ayudarles a reestructurar el concepto de autoestima explicándoles que se trata de una de las habilidades señaladas por Daniel Goleman (1996) en su teoría de la inteligencia emocional. Según él, la inteligencia emocional se refiere a “*una serie de habilidades o competencias emocionales, tanto en la relación con uno mismo, como en la relación con los demás*”

Señalando el concepto de habilidad, la persona entiende que una habilidad es algo que con esfuerzo y entrenamiento se puede mejorar.

Hay que subrayar la diferencia entre capacidad y habilidad: todos somos capaces de conducir un coche, pero solo los que toman clases desarrollan la habilidad de hacerlo.

Trabajar la autoestima

En los cursos diseñados en el Centro de Psicoterapia Dendros explicamos al paciente que la autoestima se refiere a la “reputación” u opinión que tenemos de nosotros mismos. Se le invita, a través de la técnica de autocaracterización (Kelly 1955), a buscar y definir el concepto que tiene de sí mismo. En un segundo momento, se le pide valorar cuáles de las características que ha elegido para describirse considera positivas y cuáles le gustaría cambiar.

Para el paciente es una primera toma de conciencia respecto a la percepción sobre sí mismo, y para el terapeuta es una ocasión para preguntarle qué le impide cambiar esas características que no le gustan de él.

Las respuestas más frecuentes con que me encuentro son: “*no puedo*”, “*no soy capaz*” o “*a estas alturas ya es tarde*”.

Aquí viene una parte delicada del trabajo terapéutico que consiste en ayudar

al paciente a sentir que el cambio es posible.

La persona entiende que con cambios de actitud se puede conseguir mudar la percepción de sí mismo, pero no se siente capaz de hacerlo. Habitualmente explican que les gustaría mucho promover el cambio que el terapeuta les propone, pero que no saben por qué, pero sienten que no pueden hacerlo.

Tratándose la autoestima, como hemos dicho, de una opinión es fácil darse cuenta enseguida que ésta se puede cambiar., pero antes, es necesario reconstruir cómo y en qué circunstancias se creó este concepto de uno mismo para que el paciente entienda por qué experimenta tanta dificultad en cambiarlo.

Los orígenes de la (falta de) autoestima

Una vez asimilado el concepto de que no se trata de un gen, se ayuda al paciente a buscar en su entorno sociocultural cuáles eran los mensajes más frecuentes que recibía en su infancia por parte de sus figuras de referencia.

La autoestima se forma en los primeros años de vida del niño a través de los estímulos y vínculos con los adultos cuidadores. (Bowlby, 2006).

Según estos estímulos educacionales recibidos en la infancia el niño desarrolla un concepto de sí mismo positivo o negativo.

En esta fase de la vida el ser humano no ha desarrollado todavía la capacidad crítica por lo cual el niño cree incondicionalmente la opinión de sus padres sobre él.

Si la persona en su infancia ha recibido refuerzos negativos se sentirá incapaz de hacer muchas cosas y de enfrentarse a situaciones vitales nuevas, pero no asocia su dificultad actual con aquellos mensajes recibidos en el pasado, muchas veces porque ni se acuerda de ellos.

A través de técnicas de visualización se ayuda al paciente a volver a aquel momento de vida y que pueda recordar su entorno, cómo le hablaban y qué mensajes le transmitían sobre él y sus habilidades.

Se le pide luego que vea cuál de estos conceptos de la infancia todavía existen en su forma de percibirse en el momento presente.

Es en este punto del trabajo terapéutico donde el paciente se da cuenta de que las creencias de su pasado le están impidiendo tomar decisiones en el “ahora” y que tienen una estricta correlación con su demanda de terapia.

Los temas más recurrentes que salen después de este análisis son: la comparación con otros hermanos, la competición, la exigencia, la valoración, la admiración y la protección.

Estos grandes temas que en los talleres definimos como “los enemigos” de la autoestima son los que nos están impidiendo avanzar en el momento actual.

Como si fuera una espiral estos temas se van repitiendo a lo largo de nuestra vida en situaciones diferentes.

Con un análisis más detallado podemos encontrar un denominador común y descubrir así que en realidad se trata del mismo tema no resuelto en su momento,

pero disfrazado de una situación nueva.

Quizás ya no compito con mis hermanos para captar la atención de mis padres porque creo que aquel dolor infantil está resuelto y olvidado desde hace años, pero compito en el presente con los compañeros de trabajo o con los amigos hasta llegar a tener problemas o sufrir malestar por esto. Es decir, el mismo tema de sufrimiento del pasado, pero disfrazado de adulto.

Quizás en mi vida adulta mis padres ya no me exigen ser siempre el mejor en todo, pero no puedo dejar de sentirme continuamente insatisfecho y de retarme a superar mis límites..., exactamente lo que me pedían de pequeño.

Cuando nos han desvalorado y desprotegido en nuestra infancia la conexión con las inseguridades del momento actual resulta más fácil de reconocer.

Un paciente un día me explicaba: *“Mi padre no paraba de decirme que era un tonto y un inútil...y es exactamente así como me siento..., creo que tenía razón”*. Frases como ésta son muy recurrentes cuando trabajamos el tema de la autoestima.

Más difícil es ayudar a ver el tema que hay que trabajar en terapia en aquellas personas que han recibido sobreprotección o un mensaje de admiración exagerado: *“¡eres el mejor!”*.

Estas personas no tienen quejas respecto a sus figuras de referencia de la infancia, tienen quejas de la gente que se han ido encontrando después: esta gente no los idolatra como en su casa y esto les provoca un sentimiento de rechazo insoportable.

No pueden tolerar un “no” porque nunca han recibido uno, no han desarrollado la habilidad de la tolerancia a la frustración por lo cual entran en luchas de poder hasta que no consigan lo que quieren. Esto obviamente les provoca mucho dolor y desgaste emocional.

Un día un paciente me dijo que en su casa le repetían tanto que era guapísimo que se convenció que por ser guapo se le iban a abrir con facilidad todas las puertas que quisiera, llegó a terapia porque en su primera entrevista de trabajo eligieron otra persona y no podía aceptar el dolor del rechazo.

Ya sea en mayor o menor medida estos temas cruciales para la formación de nuestra personalidad han determinado nuestro concepto de autoestima y nos están creando dificultad en el presente.

Con la ayuda de cuentos y metáforas se acompaña al paciente a darse cuenta que aquel juicio de hace muchos años no lo ha vuelto a cuestionar.

Sigue creyendo que no es capaz o no puede enfrentarse a los retos de la vida porque se lo dijeron en aquel momento.

No ha vuelto a revisar sus creencias, ni siquiera cuando hay hechos en su historia vital que demuestran que aquel juicio no corresponde a la verdad.

Por ejemplo, es el caso de un paciente que le hicieron creer que no era “bueno” en los idiomas y que después de muchos años desde aquel veredicto por cuestiones profesionales aprende a hablar con una cierta soltura 5 idiomas diferentes, pero sigue pensando que los idiomas “no son lo suyo”.

Hasta delante de una realidad aplastante nuestras creencias tienen más fuerza y más valor que nuestros propios logros.

¿Qué está pasando entonces? ¿Es un problema de negación de la realidad? Llegado a este punto, las personas se dan cuenta que todo el tema tiene que ver con una cuestión emocional y no racional.

Este paciente racionalmente sabe y reconoce que habla 5 idiomas muy bien y que esto le permite tener un trabajo con un alto cargo, pero en su intimidad no lo siente.

Es todavía víctima de aquello que en su momento le enseñaron y que no ha vuelto a poner en duda: cada vez que le dicen que es muy bueno en los idiomas se despierta el dolor de aquella sentencia de la infancia y el malestar le lleva a negar la evidencia, así que acaba contestando: *“Aunque no te lo creas, en realidad, los idiomas no son lo mío”*.

Hay que ayudarle a que rompa esta etiqueta del pasado y construya etiquetas nuevas congruentes con la realidad de su vida adulta, esto le permitirá enfrentarse a la vida de una manera más funcional.

Para que encuentre una congruencia entre la realidad “sé hablar 5 idiomas” y su emoción y creencias del pasado “los idiomas no son lo mío”, le ayudamos utilizando la técnica de integración del ciclo vital (Pace, 2003) que permite integrar el dolor de aquella creencia del pasado en el presente hasta conseguir que no provoque más malestar. Una vez que la emoción baja de intensidad o incluso llega a ser neutra respecto al tema, la persona está preparada para cambiar el concepto de sí misma. Ahora ha podido revisar aquel veredicto, ha podido reparar el dolor de aquella opinión y está lista para reconocer sus habilidades sin negar la realidad.

De este modo puede construir una nueva valoración de sí mismo que le ayudará a considerarse competente en todos los ámbitos de su vida y a enfrentarse a los retos diarios de una forma confiada y segura.

Restañar las heridas del pasado y reconstruir la autoestima

Una vez cerradas las heridas del pasado la persona descubre y por fin siente que todos somos capaces de valorarnos a nosotros mismos. Con una serie de ejercicios prácticos acompañamos al paciente a mejorar la visión interna que tiene de sí mismo.

Hay una autoestima interna que se refiere a la opinión íntima que tenemos de nosotros y una externa que depende de factores ajenos a la persona, por ejemplo la valoración que los demás hacen sobre uno.

En terapia promovemos una reestructuración de la autoestima interna para que el paciente pueda desarrollar una autonomía sobre la propia valoración personal que le permita no depender de los éxitos o fracasos que nos reserva la vida.

Es importante que la persona aprenda a diferenciar el concepto *“he tenido un fracaso”* del concepto *“soy un fracasado”*.

El objetivo es conseguir que la persona no varíe el concepto de sí mismo según

lo que hace bien o mal sino que logre un amor propio sólido, congruente con lo que es y no con lo que hace.

Entramos así en un concepto filosófico que tiene que ver con la existencia y su sentido, con el ser y no con el hacer.

Goethe decía que *“Lo peor que le puede pasar a una persona es llegar a pensar mal de si misma”*.

Por mi experiencia profesional creo poder afirmar que la mayoría de pacientes no son conscientes del “coro” de críticas con que se machacan cada día y de lo dañinas que resultan ser estas voces exigentes en su desarrollo personal y profesional.

El proceso de entrenamiento y mejora de la autoestima lo describió bien una paciente cuando me dijo que *“su coro de voces estridentes y amenazantes se había transformado poco a poco en un coro góspel armónico y motivador”*.

Este cambio le proporcionaba tranquilidad y confianza a la hora de tomar decisiones porque se daba cuenta que el “mayor crítico negativo de su vida” (ella misma) se había transformado en un admirador que creía en ella y la empujaba a mejorarse sin exigencia, sino con amor.

Así la persona toma conciencia de cómo se trata diariamente, los mensajes que se repite y cómo se valora a si misma.

La mayor dificultad que encuentro es conseguir que el paciente entienda que estas opiniones negativas sobre si se han formado en su lejana infancia a través de los mensajes recibidos de las figuras de referencia.

Para que puedan conectar y sentir esta idea les propongo un ejercicio de escritura creativa para que vean las raíces de sus dificultades de hoy reflejadas en temas del pasado.

Se trata de situarse en su momento vital alrededor de los 6 años y que visualicen las personas de su entorno: ¿Cómo les cuidaban? ¿Qué les exigían? ¿De qué manera les protegían? ¿Cómo les hablaban? Y finalmente, ¿Cómo se sentía ese niño o niña en aquel momento?

Volviendo a vivir momentos de su infancia el paciente se da cuenta que temas que le bloquean y preocupan ahora ya le bloqueaban, en otros aspectos de la vida, cuando era más pequeño.

Una vez tomada conciencia de que estos temas están enquistados desde hace mucho tiempo les recordamos que tratándose de una habilidad la podemos entrenar y sobre todo, que el concepto de nosotros mismos puede cambiar.

Aquel niño de 6 años no tenía las herramientas necesarias para defenderse de aquellos juicios, pero el adulto en el cual se ha convertido sí que puede protegerse y trabajar para cambiar aquella opinión que le está limitando en algunos aspectos de su vida.

Explorar nuevas capacidades

Con la reestructuración cognitiva le señalamos las creencias que le están impidiendo cambiar el concepto de sí y acompañamos al paciente a ampliar el espectro de opiniones alternativas posibles.

“Puedo aprender a valorar la persona que realmente soy”.

Se anima al paciente a experimentar actitudes diferentes hacia sí mismo para mejorar la confianza en sus capacidades. A través de tareas se le invita, por ejemplo, a tratarse por una semana como si fuera su gran amor y poder registrar sensaciones nuevas y positivas respecto a sí mismo.

El paciente, poco a poco, descubre que es capaz de hacer cosas que por creencias negativas no se había propuesto ni siquiera probar.

Se crea así lentamente un círculo de refuerzo positivo consigo mismo que va a sustituir el antiguo modelo que llevaba un mensaje limitante.

De este modo, los pacientes entran en la fase de la sorpresa.

La mayoría relatan que no lo creían posible, pero que ahora se ven capaces de enfrentarse a la dificultad que les traía a terapia, ya no ven el problema como insuperable sino como algo que tiene una solución.

Thomas A. Edison decía que *“si todos nosotros hiciéramos las cosas como somos capaces de hacerlas, nos sorprenderíamos a nosotros mismos”.*

A través de la experimentación de conductas nuevas y más funcionales, la persona se siente más fuerte y más confiada en sus recursos.

En este momento están listos para enfrentarse a los aspectos de sí que quieren cambiar, están listos para hacerlo desde una visión amorosa y compasiva hacia ellos mismos.

Como un entrenador, el terapeuta les sugiere probar respuestas diferentes antes situaciones que les provocan ansiedad.

El paciente como un investigador de sí mismo experimenta con una nueva actitud, con curiosidad.

Para que puedan explorar sin ansiedad se le explica la diferencia entre confianza y seguridad.

Nos han enseñado a dar pasos cuando estamos seguros del resultado que vamos a conseguir.

Mientras, la confianza consiste en tomar la decisión sin estar seguro del resultado.

Confío en mis recursos y me tomo la responsabilidad (la habilidad a responder) de hacer frente a las consecuencias de mi decisión.

Así de una actitud pasiva “No tengo autoestima, qué le vamos a hacer”, la persona pasa a una actitud activa y responsable hacia su vida y su felicidad.

La asertividad

Una vez que el paciente se siente más confiado de sus recursos entrenamos la asertividad, explicándole que es la expresión de la autoestima.

Al mejorar el concepto de mi mismo se percibe la necesidad de mejorar como expresarla a mi entorno de una forma adecuada.

Así es cuando se empieza a trabajar las relaciones interpersonales y cómo transmitir este cambio de visión de mi mismo a mi entorno.

La asertividad es la habilidad de reconocer nuestros límites y de poner límites a las situaciones que la vida nos propone respetando nosotros mismos y los demás.

Es la libertad de escoger nuestra actitud frente a cualquier suceso decía Victor Frankl.

Cuando no hemos desarrollado todavía la habilidad de autoestima nuestra forma de expresar lo que queremos a los demás es a través del ataque o manipulación o huida.

Una vez que tengamos claro quienes somos podemos aprender a manifestarnos en nuestro círculo de una forma más sana a través de una comunicación asertiva con la cual nos sentimos con el derecho a pedir de una forma directa y a respetar el otro.

Damos el mensaje: “yo soy importante, tu eres importante”.

Cuando nos damos cuenta que somos merecedores de cosas buenas y lo sentimos de verdad es inevitable transmitir este mensaje en nuestras relaciones interpersonales.

Se crea así otro círculo de refuerzo positivo: “Yo soy merecedor de cosas buenas y tu también”.

Esta retroalimentación de una visión positiva de sí mismo y de los demás lleva a la persona a sentirse mejor y más estable emocionalmente.

Los pacientes que pasan por este gratificante, pero doloroso camino que es el proceso terapéutico relatan que saben que en la vida les pasarán cosas que no les gustarán, pero que ahora se ven capaces de enfrentarse a ellas.

“Amarse a uno mismo es el comienzo de un romance para toda la vida” decía Oscar Wilde.

Referencias bibliográficas

- Branden, N. (1993). *El respeto hacia uno mismo*. Barcelona, Ed. Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *El apego*. Ed. Paidós.
- Bowlby, J. (2006). *Los vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Ed. Morata.
- Branden, N. (2003). *Los seis pilares de la autoestima*. Barcelona, Ed. Paidós.
- Branden, N. (2010). *La autoestima en el trabajo*. Ed. Paidós.
- Branden, N. (1997). *El poder de la autoestima*. Barcelona Ed. Paidós.
- Bucay, J. (2008). *El elefante encadenado*. Ed. RBA Libros.
- Bucay, J. (2012). *Déjame que te cuente: los cuentos que me enseñaron a vivir*. Ed. RBA Libros.
- Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Morata.
- Castanyer, O. (2012). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Ed. Desclee de Brouwer.
- Castanyer, O., Ortega, E. (2013). *¿Por qué no logro ser asertivo?* Bilbao: Desclee de Brouwer.
- De Lassus, R. (1994). *Cómo llegar a ser uno mismo*. Barcelona: Iberia.

- Dyer, W.W. (2010). *Tus zonas erróneas*. Ed. Debolsillo.
- Dyer, W.W. (2010). *Los regalos de Eykis*. Ed. Debolsillo.
- Douglas, M.R. (1995). *Desarrolla tu autoestima*. Madrid:Iberonet.
- Ellis, A. Becker, I. (1989). *La felicidad personal al alcance de su mano*. Bilbao: Deusto.
- Feixas, G. Villegas, M. (2000) *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feixas, G. Botella, L. (1998) *La teoría de los constructos personales. Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Frankl, V.E. (2011). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Goethe, J.W.V. (2012) *Fausto*. Ed. Libros del zorro rojo.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia Social*. Barcelona: Kairos.
- Grad, M. (1998). *La princesa que creía en los cuentos de hadas*. Barcelona: Obelisco.
- Hay, L.L. (1991). *El poder és dintre teu*. Barcelona, Ed. Urano.
- Hay, L.L. (1995). *Estima't: canviaràs la teva vida*. Barcelona, Ed. Urano.
- Hay, L.L. (2007). *El poder está dentro de ti*. Ed. Books4pocket.
- Johnston, J.E. (1996). *Por qué no me gusto*. Barcelona: Paidós.
- Kelly, G. (2001) *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos*. Barcelona: Paidos Iberica.
- Lindenfield, G. (1999). *Ten confianza en ti misma*. Barcelona: Gedisa.
- López Caballero, A. *El arte de no complicarse la vida*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mackay, M., Fanning, P. (2002). *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ortner, G. (1994). *La modestia no es ninguna virtud*. Barcelona: Gedisa.
- Pace, P. (2003). *Integración del ciclo vital: conectando los Estados del Ego a través del tiempo*. 4ª Edición.
- Patton Thoele, S. (2002). *El coraje de ser tú misma*. Madrid: EDAF.
- Proto,L. (1995). *Acaba con el complejo de víctima*. Madrid: EDAF.
- Riso, W. (2012). *Enamórate de ti*. Barcelona: Planeta.
- Riso, W. (2009). *El derecho a decir no: como ganar autoestima sin perder asertividad*. Barcelona: Planeta.
- Schuler, E. (1998). *Asertividad*. Barcelona: Gaia.
- Seligman, M.E.P. (1995). *No puedo ser más alto, pero puedo ser mejor*. Barcelona: Grijalbo.
- Smith, M.J. (2010). *Cuando digo no, me siento culpable*. Ed. Debolsillo.
- Solà, A. *Buscando la felicidad*. Barcelona: Colimbo.
- Twerski, A.J. (1998). *Cómo ganar la batalla del peso con autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo*. Barcelona: Herder.
- White, K. (1998). *Los secretos de las mujeres que consiguen lo que quieren*. Barcelona: Grijalbo.
- Wilde, O. (1999) *Cuentos completos Wilde*. Ed. Espasa Libros, S.L.U.

CONGRESO INTERNACIONAL

9, 10 y 11 de abril 2015 BILBAO

CRISIS,
ESPERANZA y
CELEBRACION



ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE
PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

<http://integrativeassociation.com>

EL BUENO, EL MALO Y EL SOÑADOR Narcisismo elusivo y autoestima

THE GOOD, THE BAD AND THE DREAMER. Elusive narcissism and self-esteem.

Albert Vidal Raventós

Psicólogo psicoterapeuta, Centro Simbòlics Psicoteràpia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Vidal Raventós, A. (2015). El Bueno, el Malo y el Soñador. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 91-106.

Resumen

En el presente artículo se describe un caso de narcisismo elusivo, de modalidad aristocrática, según la perspectiva del modelo del Desarrollo Moral. Se explora el mecanismo de funcionamiento del paciente en el día a día, las dificultades que le conlleva, la afectación sobre su autoestima. Se proporciona también una mirada evolutiva del caso, con la finalidad de proporcionar una explicación plausible a la formación de dicho mecanismo narcisista.

Palabras clave: narcisismo, autoestima, narcisismo elusivo, alcoholismo, conducta pasiva-agresiva, modelo del Desarrollo Moral

Abstract

This article describes a case of elusive narcissism in the aristocratic mode, from the Moral Development model perspective. It explores the patient's day-to-day operating mechanisms, the adversities he has to bear, and the effects on his self-esteem. It also provides an evolutive outlook of the case, in order to offer a likely explanation for the generation of such a narcissist mechanism.

Keywords: narcissism, self-esteem, elusive narcissism, alcoholism, passive-aggressive behavior, Moral Development model



Introducción

Desde que el psiquiatra Paul Näcke introdujo el concepto de narcisismo, en 1899, y fue posteriormente tomado y desplegado por Sigmund Freud a partir de 1910, ha sido desarrollado por multitud de autores e interpretado según cada marco teórico de referencia. En 1980, el DSM III lo incorporó definitivamente como trastorno de la personalidad. Se unificaron una serie de criterios con el objetivo de facilitar su diagnóstico, que no agotaron sin embargo su variabilidad morfológica ni tampoco aportaron una hipótesis definitiva de su etiología.

En el presente artículo, queremos exponer un caso de personalidad narcisista de tipo elusivo (Villegas y Mallor, 2012), centrándonos en la perspectiva del modelo del Desarrollo Moral. Un marco genético-estructural que interpreta el narcisismo como déficit de descentramiento, originado a partir de una dificultad de diferenciación entre el sujeto y el mundo que lo rodea (Villegas 2011).

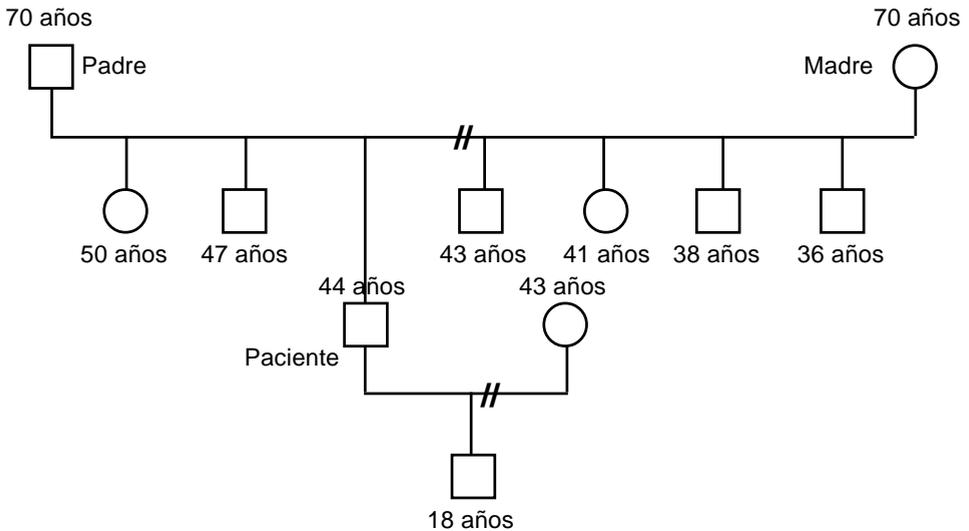
El caso que viene a continuación es el de Pedro, un hombre de 44 años que presenta una crisis vital relacionada directamente con el trastorno de personalidad narcisista que padece. Acude a consulta motivado por la esperanza de recobrar su autoestima y su estado de ánimo, profundamente dañados por su situación vital: paro, alcoholismo, conflictos relacionales, sin proyecto profesional ni vital que le ilusione. Se explora la dinámica de su personalidad en el día a día, las dificultades que conlleva, sus estrategias de afrontamiento, cómo construye su propia realidad. También se explora con perspectiva evolutiva: se evocan momentos de su biografía que parecen determinantes para el desarrollo del trastorno narcisista actual.

Un trastorno narcisista, como veremos, muy particular. Porque Pedro no parece narcisista, así de entrada. En terapia se muestra humilde, amable, incluso sumiso y obediente, sin apenas asertividad. A lo largo de las sesiones, sin embargo, cuando la confianza y la exploración avanzan, afloran poco a poco características inequívocamente narcisistas (DSM V): sentido grandioso de autoimportancia, fantasías de éxito ilimitado, creencia de ser especial y único, exigencia de admiración excesiva, tener expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial, etc. En el artículo, se muestra el camino recorrido, etapa por etapa, hasta llegar a ese núcleo narcisista *escondido*. Una ruta de exploración que en sí misma es descriptiva del carácter elusivo de dicho trastorno narcisista.

Presentación del caso de Pedro

Pedro es natural de una ciudad castellana, donde vivió hasta los 18 años de edad. En el momento de iniciar la terapia vive en Barcelona, después de residir veinticuatro años en Las Canarias. Se acomoda en un piso de alquiler, que comparte con otros inquilinos. Se encuentra en situación de paro, y a pocos meses de finalizar la prestación de subsidio. Más adelante, sin embargo, encuentra trabajo como vigilante nocturno.

Este es su genograma trigeracional:



Tercer hijo de una familia numerosa, con padres vivos y actualmente divorciados. Tiene un hijo varón de un matrimonio que también acabó en divorcio.

Pedro acude a terapia motivado inicialmente por un bajo estado de ánimo, una baja autoestima y una dificultad manifiesta de superar su conducta adictiva al alcohol. Se siente un fracasado, que no vale para nada ni para nadie, se lamenta por no tener pareja, tampoco un trabajo o proyecto de ningún tipo que le dé ilusión. Habla de su hijo como única motivación que le ayuda a seguir adelante, pero a la vez teme arrastrarlo al fracaso debido al mal ejemplo que está dando.

La conducta adictiva no parece tratarse de la principal prioridad terapéutica para Pedro. Su preocupación se focaliza especialmente en el bajo estado de ánimo (*tengo miedo de irme para abajo*), y se acompaña de una visión de su vida en términos negativos, y de una valoración de sí mismo, o autoestima, también muy negativa.

En las primeras sesiones de terapia aparecen dos vías de exploración: la conducta de bebida, que no controla, y los problemas relacionales con los otros inquilinos en el piso compartido, así como los conflictos que tuvo en sus antiguos trabajos. Dos vías que, de forma paralela y progresiva, van conduciéndonos al núcleo narcisista.

El alcoholismo y sus motivaciones

Después de residir seis meses en Barcelona buscando trabajo, y no encontrarlo, Pedro se encuentra en una situación vital angustiante, donde no ve un futuro claro, alternando períodos de ansiedad con momentos de apatía y bajo estado de ánimo.

Es en ese contexto que Pedro explica su conducta de bebida. Diariamente va a un bar de su zona de residencia, y se toma unas *cervecitas*. No consigue

proporcionar una cifra concreta de la cantidad, unas veces dice que dos, otras que cuatro: *le digo yo “engañarle al cuerpo”, una dosis, suficiente para engañar...*

Para engañar al cuerpo, y para engañar también –y sobretodo– a la mente. En otras ocasiones Pedro admite que el consumo de alcohol le ayuda a aplacar la ansiedad y en general el malestar interior. En ese sentido, Villegas (2011) sitúa el conjunto de conductas adictivas, y específicamente la adición a sustancias, en la regulación moral anómica. El consumo de sustancias, argumenta, está relacionado con la búsqueda de estados alterados de conciencia, de naturaleza por lo general egocentrada. Una búsqueda motivada a menudo por la frustración experimentada en contextos sociales, durante la interacción con el mundo social, con los otros que nos rodean.

Se indagan las motivaciones. ¿Qué siente Pedro antes de beber? ¿En qué contextos bebe? ¿Qué pasa durante la bebida? ¿Y después? Entramos en detalle, con el objetivo de identificar cada una de esas motivaciones concretas subyacentes a la adicción:

1. *Bebo para evadirme*: Esta es probablemente la motivación más habitual de su conducta de bebida. Siente un malestar interior, dice Pedro, y bebe para evadirse de ese estado mental, tanto emocional (dejar de sentir dolor), como cognitivo (dejar de tener pensamientos negativos).
2. *Bebo para meterme en mi mundo*: En este segundo caso, la motivación no es sólo para evadirse y olvidar, para dejar de pensar, sino que tiene una función más activa. Beber significa aquí *meterme en mi mundo*. Un mundo de fantasías gratificantes que neutralizan temporalmente la realidad frustrante. Más adelante se profundiza en las fantasías, en su mecanismo, propio del narcisismo elusivo.
3. *Bebo para inspirarme*: la motivación, aquí, tiene implicaciones que van más allá de un retraimiento y de una autosatisfacción íntima. En ese caso, Pedro intenta llevar a la realidad aquello que imagina en su mundo de fantasías gratificantes que hemos apuntado anteriormente. Un primer efecto que experimenta subjetivamente es que *me salen mejor las palabras*; la realidad, observada en la misma consulta, es una conducta de verborrea, que no hace más que dificultar la conversación en las sesiones. También está convencido que la bebida le ayuda a escribir, aunque después se da cuenta que ha escrito una amalgama de frases inconexas.

P: algunas veces, eso sí, me inspira. Me inspira, me empieza a brotar en la cabeza pensamientos y tal que me digo, ostras... empiezo a escribir... lo que pasa es que lo vuelvo a repasar y es muy desordenado. No sé escribir, ¡me cagan la leche! [...] Porque a lo largo de la historia, pues ha habido personalidades que, cuando llevaban dos copitas, ¡fuuuu! Es cuando les venía toda la.. ¿Cómo se dice?

T: ¿La creatividad?

P: La creatividad, la inspiración, y tal y cual. [...] Edgar Allan Poe, se dice que sus mejores cuentos los escribía borracho.

La bebida no tendría sólo la capacidad mágica de trasladar las fantasías a la realidad (ser un buen escritor o conversador) sino que atenuaría la capacidad crítica durante estos intentos, dando la sensación subjetiva que efectivamente la fantasía se está haciendo realidad.

Dificultades relacionales, conducta pasivo-agresiva

El Pedro que conocemos inicialmente en terapia se presenta como un hombre bueno, afable, obediente, incluso sumiso. En su autocaracterización predomina esa imagen: *buen chico, trabajador, amable, cortés, cariñoso. Buena gente en general*. Pero una de sus quejas se centra en que su entorno le falta al respeto, siente que le pisan, que se aprovechan de él. Últimamente tiene problemas de convivencia en su piso de alquiler compartido: los demás inquilinos hacen ruido de modo arbitrario sin tener en cuenta su descanso, o bien se exceden en el uso de los espacios compartidos, etc. Y él es incapaz de poner límites, porque teme que su propia conducta de enfado agrave aún más los problemas de convivencia.

Para indagar en esa línea, se le pasa un test de asertividad, el ADCA- 1 (García, E. M., y Magaz, A., 2000). En dicho test, o escala, se valoran dos ejes, la autoasertividad (AA), que es el grado de respeto hacia uno mismo de los derechos asertivos básicos, y el eje de la heteroasertividad (HA), que valora el grado de respeto hacia los demás de estos mismos derechos. El resultado es el siguiente:

	Puntuación directa	Puntuación centil
Autoasertividad	47	10
Heteroasertividad	32	15

La puntuación es baja en ambas escalas, lo que indica que Pedro padece un déficit asertivo generalizado, es decir, poca capacidad para defender sus propios derechos, pero a la vez poca capacidad para tener en cuenta los derechos de los demás. No se trata, por lo tanto, de un patrón de conducta pasiva, ni tampoco agresiva. Más bien es una combinación de ambas, un patrón de conducta pasiva-agresiva o negativista.

Por lo tanto, aquí empieza a evidenciarse que hay otro Pedro, a parte del buen chico que describe en su autocaracterización. Se trata de un Pedro que conecta con el sentimiento de enfado, de rabia, de odio y desprecio. Pero que no sale fácilmente en la interacción social, aunque en ocasiones sí lo hace. Millon (2006) habla de patrón negativista, caracterizado por actitudes de oposición y resistencia pasiva a las exigencias laborales o la rutina social, una crítica desmesurada y constante hacia la autoridad, envidia y resentimiento hacia los demás, engaño sistemático, etc.

Vemos cómo sucede en Pedro, a través del siguiente fragmento, hablando de su último trabajo:

Pedro: Mira, en mi último trabajo, donde hacía de todo, en recepción, de botones, y de todo, cuando el jefe me mandaba a hacer según qué cosa... y buff, vaya... y entonces me hacía el despistado, que se me había olvidado, y tal. Y el jefe a veces me lo decía: "pero si yo ya sé que no quieres hacerlo, pero eres incapaz de venir a decírmelo, que ya te conozco, Pedro, que llevamos años trabajando juntos y ya te conozco. Te escaqueas".

Terapeuta: ¿Pero era por pereza? ¿O era por rabia?

P: No creo que fuera por pereza. Mira, una vez me mandó hacer un inventariado [en el fragmento que sigue, que no reproducimos, describe la tarea poniendo énfasis en lo absurdo de llevarla a término]. Pero no le digo nada. Me callo, al día siguiente veo que no me pregunta, y paso de ir al almacén. [...]

T: ¿Qué sientes en ese momento?

P: Pues que paso de hacerlo y tal y cual, y les digo que no lo sé hacer, o no lo puedo hacer, o lo hago en un plis, ¡con dos cojones! Bum-bum-bum-bum-bum, ¡Pam!

T: Claro, porque capacidad te sobra para esa tarea. Pero lo que yo quiero decir es que eso mismo que has explicado puedes hacerlo sintiendo cosas distintas. Puedes sentir "Oh, qué pereza, buffff..."

P: No...

T: O puedes sentir "¡Eso es injusto, no me pueden pedir...!"

P: ...pero si lo van a tirar, para qué cojones me están mandando a mi hacer un inventario, el inventario ¡a tomar por culo! Hombre...

T: Pero tú, ¿qué sientes en ese momento?

P: Yo siento coraje, ira...

Una ira que defiende, o que ataca, pero que lo hace con nocturnidad y alevosía. Porque el Pedro que da la cara, el que se relaciona abiertamente con los demás, el que habla y se expresa en público, es sumiso y *buen chico*. También el Pedro que acude a la consulta. En el conjunto de las sesiones ha faltado a la mitad de ellas, en algunas ocasiones sin avisar y otras dando excusas de difícil comprobación, un par de minutos antes de cada sesión: enfermedad, fiesta sorpresa, olvido... Sospechamos que se trata de actitud opositora, y lo abordamos en una de las sesiones. Pedro admite en esta ocasión unas expectativas muy altas sobre el proceso de la terapia, sobre mí, y sobre los resultados, expectativas mágicas y fantasiosas. Expectativas necesariamente defraudadas, que le provocan decepción constante, frustración y rechazo, activándose la conducta de oposición pasiva. Pasa en terapia, y de hecho en muchos otros ámbitos de relación, laborales, familiares, de amistad. Unas expectativas fantasiosas que nos llevan al núcleo narcisista en cuestión.

Patrón de personalidad narcisista

Pedro padece insomnio. De primera y segunda hora, acompañado de astenia y apatía durante la primera mitad del día, cuando le cuesta levantarse de la cama.

Estoy en la cama hasta mediodía, allí me meto en mi mundo, un mundo de fantasías donde las cosas le van bien y se convierte en una persona capaz de superar la actual situación de fracaso laboral y social. ¿De qué mundo se trata? A lo largo de las sesiones vamos analizando esa fantasía, su contenido, su dinámica. En el siguiente fragmento transcrito, Pedro describe con mucha exactitud la naturaleza de sus fantasías:

P: Claro... yo quiero a veces soñar o pensar en llegar a ser, vamos, buah, pero no, intento que sea algo más normalito. Hacer algo por la sociedad, pero normal, y no pasar a ser algo ¡uah!, premio Nobel y tal... pero no puedo evitarlo, termino siendo el premio Nobel.

T: Es infinito... es un deseo que no tiene fin... es un deseo que, lo has descrito perfectamente, en seguida crece...

P: Aunque quiera ponerle límites, no puedo evitarlo...

T: O sea que, si llegases a escribir el libro que has empezado, y te lo publicasen, tú puedes pensar, en un primer momento, mira, con cien ejemplares vendidos ¡qué bien! Pero te imaginas con quinientos, o te imaginas traducido a diez idiomas...

P: ...y que he llegado a vender más libros que la Biblia. Sí, sí, cuando sueño que soy escritor y tal, termino vendiendo más libros que la Biblia. Y en muchos idiomas y tal. Pero ya no es el límite económico, o sea, ser un triunfador y tal, no, busco hacer algo bueno por la humanidad. Es lo que más me llama. El que haya hecho algo bueno, que haya cambiado esta sociedad, en pequeña medida o en gran medida, pero que sirva para dar un paso más para la humanidad.

Vemos aquí una fantasía de naturaleza narcisista, de grandiosidad absoluta, ambición máxima, ilimitada. Al principio empieza por una fantasía *normalita*, pero por su dinámica va acrecentándose, a medida que el efecto positivo se agota. Entonces debe rebobinar su relato y volver a contárselo pero añadiendo un plus de ambición. Ese proceso va in crescendo hasta que llega al tope, por ejemplo al premio Nobel, y entonces colapsa. En ese momento debe cambiar de fantasía. *Aunque quiera ponerle límites, no puedo evitarlo*, afirma Pedro. Una parte de él, pues, es consciente que se trata de fantasías no realizables, y también es consciente del grado desproporcionado y desmesurado al que llegan éstas. A pesar de ello, queda constatada la propia incapacidad para controlarlas. Como si de una lucha interior se tratase.

Vemos otro fragmento transcrito de la misma sesión, para entender la función que estaría ejerciendo este mecanismo fabulador en el equilibrio psicológico del paciente:

T: ¿Te imaginas tú, ahora, sin esas fantasías? Que tus fantasías hablasen de poco más de lo que tienes en ese momento...

P: Bufff, estaría más frustrado todavía. Estaría hundido. Si me mantiene algo en pie es pensar que todo puede cambiar, y que un día me puede ocurrir esto, y cambiar mi vida y tal, no quiero perder las ilusiones o la fantasía. No quiero. Es lo único que me restablece un poco el ánimo, y las

ganas de salir para delante.

Unas fantasías de grandiosidad que cumplen una misión vital, pues preservan el estado de ánimo de Pedro, y afianzan una imagen valorada de sí mismo.

Decíamos anteriormente que la conducta adictiva al alcohol tenía una triple función: evadirse de las frustraciones; inducción a fantasías gratificantes, que ahora sabemos que son de naturaleza narcisista; y como ingrediente mágico inspirador para hacer realidad algunas de estas fantasías, mediante la *mejora* de las capacidades cognitivas, y sin duda como supresor de su propia autopercepción y juicio crítico. Conducta adictiva al alcohol que queda inserida en ese mecanismo narcisista de acentuada inestabilidad, marcado por un profundo sentimiento de deficiencia, y una *autoestima* que fluctúa de forma muy polarizada. Máxima durante las ensoñaciones, pero en grave peligro cuando se expone al mundo real. Pedro se ve abocado a un entorno hostil, donde no sabe hacerse valer, o en todo caso no sabe mostrar todo lo que realmente cree que vale. Entonces elude, huye de la realidad que le humilla. Y se mete en su mundo, protegido del exterior. Un entorno íntimo de fantasías grandilocuentes de autoconsumo para gratificar el amor propio.

Una huida social que nos indica rasgos de personalidad evitativa, que según el DSM V se correspondería con las siguientes características: evitación de situaciones sociales donde el contacto interpersonal puede ocasionar críticas, desaprobación o rechazo; evitación de relaciones íntimas o de amistad; hipersensibilidad al rechazo o a la crítica; baja autoasertividad; sentimiento de inferioridad y baja autoestima.

La cuestión de la autoestima, aquí, es clave. Pedro se valora de forma fluctuante; a veces siente vale, que tiene un potencial enorme, que es superior a la gente de su entorno. Pero por otro lado, no basta con creérselo. Debe demostrarlo, porque también duda de sí mismo. Vemos cómo se alternan un Pedro seguro y altivo, fuerte, con un Pedro inseguro que titubea, y que es débil. El primero se manifiesta altivo y triunfador, aunque sólo en la intimidad de su imaginación; el segundo debe negociar con la realidad, es el Pedro afectivo, sumiso, obediente, poco asertivo, que vemos normalmente en las sesiones de terapia.

Una ausencia de asertividad que es muy relevante y se debe señalar, pues no encaja con el perfil habitual de un narcisista, aunque sí con la personalidad evitativa. Según Millon (2006), la personalidad narcisista se caracteriza por un patrón asertivo, competitivo y seguro de sí mismo. También lo establece así el *Narcissistic Personality Inventori* (NPI), la principal herramienta actual para el estudio del narcisismo. Y según Raskin y Terry (1988), autores de la versión más aceptada y difundida de este inventario, la asertividad tendría una correlación significativa con el narcisismo, con una $p < 0,05$. En cambio, Pedro no encaja con ese perfil clásico.

En síntesis, hemos descrito hasta ahora un cuadro de personalidad narcisista con rasgos negativistas y evitativos, caracterizado por un núcleo fantasioso íntimo, que elude el mundo social. Pasamos a ver a continuación cómo encajan esas diferentes piezas en el puzle personal de Pedro, cómo funciona su sistema internamente.

El Bueno, El Malo y el Soñador

A lo largo de las sesiones, vamos co-construyendo los diferentes Pedros que hemos descrito anteriormente: el que se muestra bueno y es sociable, el que se esconde y ataca, y el que vive escondido y brilla en la intimidad más absoluta. Tres estados mentales que se van alternando, que etiquetamos a partir de expresiones que van surgiendo en terapia: El Bueno, El Malo y El Soñador (fig. 1)



Un esquema próximo, aunque no idéntico, es el de Katia, que nos presenta Villegas (2011), citando a Dimaggio (2003). Se describen tres estados mentales que también se alternan, en ese caso son los *personajes* del Gusano (depresivo-débil), la Hiena (pasiva-agresiva) y el León (grandiosidad íntima).

En nuestro caso, describimos así el contenido de los tres estados mentales de Pedro, y la dinámica de su alternancia:

- **El Bueno:** las emociones predominantes son de tipo amoroso: cordialidad, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, enamoramiento, y adoración. Cognitivamente, los pensamientos del Bueno presuponen una inocencia infantil, son bondadosos, cívicos, respetuosos con todo el mundo, y desean el bien de toda la sociedad. En términos de desarrollo moral, tendría marcado carácter alocentrado, de tipo sobre todo heteronómico. Su función principal es presentarse en público, ser aceptado y relacionarse en el mundo social. Pero cuando Pedro experimenta ese estado mental, es incapaz de desarrollar una conducta autoasertiva, de saber poner límites a los demás, de reclamar los propios derechos, y de imponer o expresar libremente su forma de pensar o hacer.

- **El Malo:** en cuanto a estado mental, engloba un amplio abanico de emociones que se relacionan con la ira y el asco, como son la envidia, la rabia, el resentimiento, la indignación, la irritabilidad, el odio, la aversión, la repugnancia, el menosprecio y la antipatía. El Malo es la defensa del sistema al exterior, es el encargado de hacer frente a las amenazas, y es el que ataca cuando se produce una agresión, real o imaginada. Ataca normalmente con nocturnidad, de forma sigilosa, sin hacerse notar demasiado: se trata de la conducta pasiva-agresiva que hemos descrito en un apartado anterior. Así como el Bueno es básicamente social, el Malo es antisocial, y sólo lo conocen las persona próximas al paciente. Y así como el Bueno es de naturaleza heteronómica, el malo es marcadamente anómico. Decíamos que dirige los ataques al exterior, pero no siempre, también puede experimentar autoodio, que es odio y desprecio contra el Bueno, o incluso contra el Soñador:

T: un día me comentaste como si el Malo te boicotease.

P: Claro, no me deja. Es muy perezoso.

T: Te falta esa fuerza constante de la hormiguita que no para...

P: Es muy perezoso.

T: Porqué esa gente que está allí arriba se ha esforzado mucho...

P: Claro. Y eso es lo que quiero hacer yo. Pero luego esa otra parte es como si me dijese “¡Qué vas a soñar!”

Una parte de sí mismo desacredita a la otra parte. A veces, incluso, fruto de la interacción entre su parte *soñadora* y su parte *mala*, Pedro experimenta lo que hemos descrito como *fantasías malas*:

T: O sea que hay sueños de contenido malo, por decirlo así.

P: Muchas veces intento tener sueños bonitos y tal, pero hay otras veces que salen malos, de destrucción del mundo, o de estas personas que me han hecho daño, que lo tienen que pagar de alguna forma..., ¡y me reconforta!

T: Claro.

P: Pero después me siento mal, porque yo no soy una persona violenta, y empiezo a pensar que esto no está bien, y tal.

T: Porqué tienes un código moral, y eso te frena. Pero tienes esos momentos.

P: Sí, sí.

En términos de asertividad vemos, pues, como los estados del Bueno y el Malo alternan dos posturas invertidas. El Bueno presenta una incapacidad manifiesta de proteger y reclamar los propios derechos, aunque sí reconoce y defiende los derechos de los demás y en general las normas sociales, es decir, presenta una alta heteroasertividad y una baja autoasertividad. Por contra, cuando Pedro actúa desde la posición de el Malo, el esquema se invierte. Aparece una alta predisposición a la defensa de los propios derechos, que se acompaña de una baja sensibilidad hacia los derechos de los demás. Por lo tanto, en su conjunto, podemos afirmar que no es tanto

que Pedro no sepa respetar los propios derechos ni los de los demás, sino que es incapaz de gestionar a la vez ambas esferas de derechos asertivos básicos.

- **El Soñador:** aparece durante sus ensoñaciones, marcadas por un sentimiento de felicidad, goce, euforia y éxtasis. Pedro suele encontrarse sólo, ya sea en la cama, despierto o sobrio, o bien en un bar, bebiendo, o hasta paseando por un parque, o escuchando música. Se trata de una experiencia íntima, introspectiva, egocéntrica, volcada al interior de sí mismo. Regulada anómicamente. En su interior, protegido de la mirada del mundo, libre por tanto de juicios externos inoportunos, libera la imaginación y recrea su yo ideal, aquella persona que siempre habría querido ser. Un yo ideal que se podría describir a partir del siguiente esquema (Lagache, 1961, citado por Bleichmar, 2000):
 - o **De género:** buen padre y gran amante, seductor. El sueño de ser un buen padre, o un padre ideal, surgió muy prematuramente en la vida mental de nuestro paciente, cuando todavía era un niño, como contraste a su padre real, maltratador. En cuanto a la figura de seductor, fantasea a menudo en seducir actrices o cantantes famosas; pero a diferencia de lo que caracteriza tópicamente al narcisista, Pedro es un seductor frustrado, a causa principalmente de su baja autoasertividad.
 - o **Interpersonal:** la figura predominante en sus fantasías es el de salvador. Desea a menudo recibir un premio de lotería, con la finalidad de ayudar su familia. A pesar de esto, actualmente es él mismo el que recibe ayudas y es *salvado* repetidamente por parte de esta misma familia.
 - o **Éxito social:** sus fantasías implican un reconocimiento social basado en la admiración por su ser y la gratitud por su actitud de dar. No se basa en una adoración a partir de una supuesta riqueza ni ostentación de bienes o relaciones privilegiadas. Si tuviese poder y riqueza, afirma Pedro, los repartiría para obtener más reconocimiento social.
 - o **Intelectual:** sueña a menudo con convertirse en premio Nobel en alguna de las áreas científicas (descubrir una vacuna) o literarias (escribir un libro).

Narcisismo elusivo

Millon (2006) describe cuatro tipos básicos de trastorno narcisista de la personalidad: sin escrúpulos, apasionado, elitista y compensatorio. Ese último con características más ambivalentes, caracterizado por un fuerte sentimiento de inseguridad e invalidación que es compensado con un sentimiento opuesto engrandecido; dos polos que se alternan en un vaivén perpetuo. Pedro pertenece a esa última categoría, que Millon asocia a rasgos negativistas y evitativos, como los descritos aquí.

Villegas y Mallor (2012) proponen otro enfoque del trastorno narcisista,

basado en la perspectiva genético-estructural. Describen tres tipos básicos de narcisismo: aristocrático, meritocrático y plutocrático, en función de su progresiva apertura al otro, y a la naturaleza validante o invalidante del reconocimiento especular. La modalidad aristocrática se ubicaría en el extremo validante del eje, donde el reconocimiento viene dado por derecho, es considerado innato. *Valgo por hidalgo*. En cambio, a medida que nos alejamos del polo aristocrático, el carácter innato del reflejo validante se desvirtúa y se precisa esfuerzo y trabajo para conseguir la validación, pues por defecto es cada vez más negativa. Así, las modalidades meritocráticas y plutocráticas parten del esfuerzo y el trabajo para adquirir valor social y reconocimiento. En el caso meritocrático el trabajo es interno, intelectual, moral, se busca un llenado interior a partir de un contenido socialmente valorado; la modalidad plutocrática, por el contrario, se vuelca más sobre el continente, priorizando la ostentación de riqueza o de relaciones, con la finalidad de compensar la sensación de vacío interior, a partir de cosas o personas que sí valen y cotizan en sociedad.

En nuestro caso, Pedro encaja con la modalidad aristocrática, con un núcleo especular validado, de sangre azul, que se desarrolla a través del mundo de las fantasías. Aunque también hay una clara presencia de otra parte negativa e invalidante, de características meritocráticas, aunque frustradas, condicionada por un mecanismo de escapada evitativo ante su fracaso de exposición y demostración en público. Según la clasificación de Villegas y Mallor (2012), estamos delante un caso de narcisismo elusivo. Un narcisismo íntimo, difícil de percibir a simple vista, pues por definición no se muestra ni se expone en sociedad, o ni tan siquiera en algunas de las relaciones interpersonales cercanas.

Perspectiva evolutiva del caso. Génesis del narcisismo elusivo

Pedro se cría en el seno de una familia nuclear con los padres y seis hermanos más, dos de mayor edad que el paciente. La madre era y sigue siendo ama de casa, y el padre trabajaba en una fábrica de armas de la localidad, actualmente está jubilado.

La dinámica familiar de Pedro se caracterizó por un continuo maltrato físico y psicológico. El padre, diagnosticado posteriormente de esquizofrenia paranoide, según el mismo Pedro, hizo uso sistemático de la violencia en el seno del hogar. Violencia física, dirigida a los hijos y a la esposa, y violencia psicológica, que en el caso de los hijos tomó la forma de la amenaza verbal y deslegitimación masiva hacia diferentes aspectos de su identidad.

La familia nuclear sufrió pronto una dinámica marcadamente centrífuga, con la huida de los hijos mayores a territorios lejanos, incluido Pedro, y con el posterior divorcio de los padres.

Uno de los episodios más traumáticos de la infancia de Pedro sucedió a los once años, cuando su padre lo golpeó con un vaso de cristal, y le rompió la nariz:

Pedro: *[...] nos maltrataba, tanto a mi madre como a mis hermanos, sobre*

todo a los tres mayores, yo soy el tercero. Maltrato físico a los tres mayores... yo ya lo tengo asumido... me partió la nariz mi padre, cuando tenía once años...

Terapeuta: *Hmm...*

P: *...llega a casa (siempre controlaba todo) “¡se ha roto un vaso!” dijo, y tal, “¿qué ha pasado?”, “he sido yo”, me da a la cabeza y PUM, y dice “¿Has visto lo que te duele?, pues al vaso también.” Eso se me ha quedado grabado.*

Según Kernberg (citado en Millon, 2006), el maltrato familiar y el miedo a la integridad física podría ser un factor implicado en la etiología del trastorno narcisista. En un primer momento, afirma, uno o los dos progenitores enviarían al menor mensajes de tipo negativo, fríos o agresivos. Resultado de esta conducta paterna, el niño o la niña quedarían expuestos a experimentar una baja autoestima, sentando así las condiciones para crear una conducta defensiva con el objetivo de restablecerla. En este punto, los progenitores (uno o los dos) podrían generar un segundo abanico de conductas opuestas a las anteriores, para mirar de compensar la negligencia o rechazo periódico hacia su hijo, encontrando en el niño algún tipo de talento excepcional o característica para alabar. El menor, por su parte, con el objetivo de incrementar la aceptación paterna, adoptaría este papel especial sobrevalorado que se le habría otorgado, el único que los padres estarían dispuestos a aceptar en términos positivos (reconocimiento condicionado a una imagen sobrevalorada).

Millon (2006), habla también de mensajes polarizados y contradictorios durante la infancia, que si bien no estarían presentes en todo el abanico de subtipos de narcisismo, sí en el de tipo que él llama compensatorio.

Vemos dos fragmentos, donde quedan reflejados los dos mensajes que pudo recibir Pedro:

T: *¿Qué te decía tu madre?*

P: *¿Mi madre? Pues que era un chaval muy inteligente, cariñoso, y me gustaba la cocina y ayudarla, hacerle la compra y tal. Que era muy sentimental...*

T: *¿Alguien más te decía que eras un chico inteligente...?*

P: *Recuerdo que había un profesor que decía que valía. [...] A mi madre le decía, en alguna ocasión, no sólo de mí, también de mis hermanos, que éramos unos chavales inteligentes, que valíamos para estudiar, que podíamos estudiar y tal.*

T: *Alguna vez me has contado que tu padre era un manitas y era una persona que también valía.*

P: *¡Sí, sí, sí!*

T: *¿Pero él se decía a sí mismo que valía mucho?*

P: *Pfff... cuando se trataba de humillarnos y tal decía que nos estaba manteniendo, que arreglaba la casa, que no sé qué, que lo otro, pim, pam,*

vosotros no vais a ser nada...

T: No vais a ser nada, os decía. En cambio, tu madre os decía lo contrario.

P: Claro. Había una comprensión, un cariño...

T: ...que valíais para estudiar...

P: Claro, que sois listos... no listo, ¡inteligente!

Desvalorización masiva paterna, con agresión física incluida, y una valorización materna y por parte de un profesor, que toma la forma de un mensaje familiar valorizante.

Bleichmar (2000) describe esta dinámica dicotómica a partir de la formación de representaciones desvaloradas y sobrevaloradas del sí mismo. A parte de los mensajes paternos, está también la dinámica defensiva del propio niño, que busca contrarrestar las angustias persecutorias de un padre maltratador y su ira desatada e imprevisible. En este caso, el menor se autodisminuye para preservar el vínculo o simplemente su integridad personal. Pero por otro lado, para contrarrestar la imagen tan profundamente desvalorada de sí mismo, se aferra a los mensajes valorizantes y legitimadores que también recibe, a partir de los cuales crea sus propias representaciones internas positivas, a menudo maximizadas para compensar el polo negativo.

Así, en el interior de aquel niño que era Pedro, se pudo crear una representación de sí mismo polarizada, dicotómica, del todo o nada. Podía sentir una profunda falta de autoestima, que era un fracasado, que no valía para nada, que no era nadie, o podía sentir que era todo lo opuesto: un genio, un salvador de la humanidad, o un padre omnipotente, pero en ningún caso se podía ver en un punto intermedio: una persona normal y corriente. Porque en realidad no se podía ver. Estaba preso por la dinámica del espejo narcisista.

En busca de la autoestima perdida

Autoestima y narcisismo hablan ambas de valía, de legitimidad. Parecen en este sentido entidades cercanas, contiguas, pero sin embargo parten de posiciones opuestas. La autoestima se sustenta en lo incondicional, es constitutiva, existencial, ontológica, siempre previa a todo lo demás. La valía narcisista, en cambio, está condicionada al reflejo de un espejo exterior, que magnifica, a menudo de forma inestable, y siempre fuera de uno mismo. Se trata de dos caminos diferentes de legitimación, que tienen su constitución desde la más temprana infancia.

El nacimiento de la autoestima tiene el origen en los cuidados que recibe el bebé, la atención que se le presta, la interacción y el vínculo que se crea con las figuras de apego. En esa etapa tan temprana, los adultos nos dedicamos a cubrir las necesidades del bebé, tanto las necesidades de tipo material como las afectivas. Porque el bebé no sabe todavía qué le pasa, qué necesita, ni sabe identificar ni regular las emociones que siente. Es un todo espontáneo, impulsivo, desbordante. El miedo puede convertirse en el pánico más terrorífico, la rabia en odio destructivo, o la alegría en una explosión desbordante que apasiona a los que le rodean. O cuando

siente hambre, dolor, frío o calor... no sabe qué son, las expresa y ya está.

Al principio, pues, el cuerpo y las emociones son percibidos por el bebé como una serie de entidades fragmentadas, inconexas, que poco a poco son integradas en una noción de completitud, que sienta las bases de la formación del yo. Se trata de un proceso de diferenciación e individuación que requiere una mirada externa, un espejo real pero sobre todo metafórico que refleje la imagen del bebé y le ayude a identificar e integrar sus diferentes partes. Una mirada que es la de la madre, el padre, los abuelos y hermanos, que es por lo tanto una mirada subjetiva, que da sentido, que interpreta, pero que mantiene o debe mantener una equivalencia o isomorfismo entre lo que el bebé siente, vive o experimenta, y el reflejo que recibe de ellos. Una mirada que debe saber reconocer, y que por lo tanto devuelva al bebé una imagen que le ayude a reconocerse como tal.

Wilfred Bion (2003) habló en cierto modo de este fenómeno a través del concepto de la *reverie*, que definió como la capacidad de la madre de devolverle al bebé su experiencia emocional directa, sin metabolizar, en forma de pensamientos o gestos que la contuviesen y pudieran ser incorporados por su hijo. Se trata siempre de un retorno, fruto de la mirada del otro. “*Me miran, entonces existo*”, dijo Jean Paul Sartre en *El Aplazamiento* (1954).

Sin embargo, algunos progenitores no consiguen establecer con sus hijos esa mirada isomórfica: por falta de tiempo, interés, o por falta de habilidades. También los pueden rechazar, en el sentido emocional del término, aunque por otro lado les proporcionen los mejores cuidados materiales. O bien les pueden sobreproteger, que sería también negativo, dado que no les estarían legitimando en su propia capacidad de afrontar las frustraciones y las dificultades en general (Villegas, 2011). Finalmente, también se puede producir un patrón de cuidados que combinen los mecanismos deficitarios anteriores: por ejemplo, progenitores que por falta de tiempo no atienden de forma adecuada a su hijo, y que cuando lo pueden hacer se aboquen de forma sobreprotectora o sobrevalorizante, a través de una mirada acrecentada e idealizada, como si quisieran compensar el tiempo perdido. Una polarización en la atención que también puede dificultar el reflejo del que hablábamos, y condicionar negativamente la formación de la autoestima.

La autoestima implica reconocimiento, pues sólo se puede amar aquello que se re-conoce. La cuestión es que el narcisista no se conoce a sí mismo, sino que precisa del reconocimiento especular, por lo que termina dependiendo de él (Villegas y Mallor, 2012). El narcisista sigue pegado al espejo en una búsqueda permanente, sin descanso, que persigue su reflejo validante. Y muy a menudo es también una huída del reflejo contrario, es un temor constante a la invalidación. No hay paz, no hay tregua. Porque el reflejo está ahí fuera, no le pertenece, no lo controla, y está condicionado por las vicisitudes de un mundo arbitrario.

Se dice que el narcisista es aquél enamorado de sí mismo. Estrictamente está enamorado de su reflejo, o mejor dicho, de un reflejo de sí idealizado. El narcisista se desea precisamente porque no se reconoce, no se encuentra. Reconocerse es

amarse, no desearse.

La cuestión es que la autoestima, la validación ontológica, está dentro de cada uno de nosotros, es *auto*. No se puede hallar fuera, o muy difícilmente, ya que procede de uno mismo. Muchas personas, sin embargo, buscan desesperadamente quererse a sí mismas haciendo cosas para los demás, o bien realizan proezas para ser admiradas, u ostentan para ser deseadas. O en caso de Pedro, las fantasean. Piensan que así se podrán llenar, de fuera para dentro. Pero la autoestima es terca y obstinada, y se resiste a entrar.

A pesar de todo, hemos visto que hay un momento en nuestras vidas que la formación de la autoestima depende mayormente del entorno. Y este momento es la infancia, los primeros años de vida y también posteriormente. Con los cuidados, la atención, el reconocimiento adecuado por parte de la madre, el padre, los abuelos y los hermanos, y los cuidadores en general. Por ese motivo tanta gente, como Pedro, sigue buscando fuera lo que no recibió de forma suficiente cuando eran pequeños, no lo recibieron o no les supieron transmitir.

Por ese motivo, la terapia del narcisismo parte de ese reconocimiento, como no podría ser de otro modo, pero a través de un reflejo isomórfico. Ni eres tan grande ni tan pequeño. Ni tan bueno ni tan malo. Ni tan capaz ni tan inútil. Un reflejo que ayuda a reconocerse, que valida pero desde el realismo, la proporción, la congruencia. Un reflejo que frustra un poquito, pero que también apoya otro poquito, que nivela, que estabiliza, que crea autoestima. Y a la vez, la terapia del narcisismo debe trabajar desde la sionomía, forjar una mirada empática hacia el otro. Un otro hasta ahora objeto de deseo y utilizado como tal, pero que debe tender a ser percibido y tratado como sujeto. Se trata de dos trabajos terapéuticos en sentidos opuestos: el primero hacia el interior de uno mismo, y el segundo orientado hacia los otros. La intensidad en uno u otro sentido dependerá en gran medida del carácter egocentrado o alocentrado del trastorno.

Referencias bibliográficas

- APA (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition, DSM-V*. Arlington: VA.
- Bion, Wilfred R. (2003). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bleichmar, Hugo (2000). Aplicación del enfoque Modular-Transformacional al diagnóstico de los trastornos narcisistas. *Aperturas Psicoanalíticas. Revista Internacional de Psicoanálisis*, nº5.
- Dimaggio, G. y Semerari, A. (2001). El narcisismo en acción. Un modelo de psicopatología ilustrado por el análisis intensivo de un caso individual. *Revista de Psicoterapia*, 12(45), 65-91.
- García, E. M., i Magaz, A. (2000). *ADCA-1. Escala de evaluación de la assertividad*. Grupo Albor.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la Personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Raskin, R., Howard, T. (1988). A Principal-Components Analysis of the Narcissistic Personality Inventory and Further Evidence of Its Construct Validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 890-902.
- Sartre, J.P. (1954). *Los caminos de la libertad. Tomo II. El Aplazamiento*. Buenos Aires: Losada.
- Villegas, M. (2011). *El error de Prometeo. Psico(pato)logía del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M., Mallor, P. (2012). El narcisismo y sus modalidades. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 59-108.

EL VALOR DE LA AUTOESTIMA EN LAS RELACIONES AFECTIVAS

THE VALUE OF SELF-ESTEEM IN EMOTIONAL RELATIONSHIPS

Alicia Romero Fernández

Psicóloga y psicoanalista. Especialista en terapia individual y de pareja.
Profesora asociada U.I.C., Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Romero Fernández, A. (2015). El valor de la autoestima en las relaciones afectivas. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 107-114

Resumen:

A través de la breve exposición de un caso clínico, el presente artículo trata de ofrecer una explicación sobre la importancia que un correcto desarrollo de la autoestima tiene en las relaciones afectivas. Veremos asimismo cómo los modelos familiares y las experiencias en la infancia contribuyen a construir el desarrollo de una autoestima validante, o en su alternativa disfuncional, rasgos narcisistas de la personalidad que suelen dificultar las interacciones sociales.

Desde el modelo psicoterapéutico integrador e interdisciplinar que configura la terapia Dendros, ayudaremos al paciente a encontrar un significado más adaptativo a sus propias experiencias de vida logrando así alcanzar un buen equilibrio emocional.

Palabras clave: Autoestima, terapia, apego, narcisismo, vínculos

Abstract:

Throughout a brief exposition of a clinical case, the current article tries to offer an explanation about the significance that a correct development of self-esteem has in emotional relationships. We will also see that how the familiar models and the childhood experiences contribute to build the development of a proving self-esteem, or, in a dysfunctional alternative, narcissist characteristics that tend to complicate social interactions.

From the psychotherapeutic, unifying and interdisciplinary model that configures the Dendros therapy, we will help the patient to find an adaptive significance to his own life experiences reaching a good emotional balance.

Keywords: self-esteem, therapy, attachment, narcissism, bonds



Introducción

“Según se es, así se ama”, decía Ortega y Gasset (1980). Las consultas sobre cuestiones relacionadas con el amor acostumbra a ser las más demandadas en psicoterapia, especialmente centradas en dos grandes temas: en la autoestima y en las relaciones afectivas. Dos términos unidos por un mismo concepto, el amor, pero que adquieren matices distintos. Por un lado el amor de la autoestima, dirigido hacia uno mismo, por otro el amor en las relaciones afectivas, orientado hacia los demás. Cada persona construye su propia idea del amor, porque es una respuesta aprendida.

Alfredo Canevaro utiliza una metáfora muy elocuente, recogida por Laura Contino, cuando afirma: “*La pareja es el perchero donde colgamos nuestros trapos sucios*”. Así lo explica en uno de sus artículos: “*Hay un concepto en psicología que se llama proyección: atribuir a la otra persona (el perchero) cuestiones nuestras no resueltas (nuestros trapos sucios)*”... “*La pareja “sólo” nos está haciendo de espejo de todas aquellas carencias que llevamos desde quizás cuanto tiempo cargando en nuestra mochila, pero inconscientemente queremos que esta persona nos rescate y por fin nos dé todo lo que no hemos tenido antes...y así la pareja se convierte en un salvavidas*”. (Contino, 2013).

Cuando una persona no tiene bien construida la base nuclear que lo sustenta todo (el Yo) tiende a buscar el amor en el lugar incorrecto, y se pierde en una selva emocional. Erickson sostenía la necesidad de estructurar una identidad, un yo seguro que permita desarrollar la capacidad para intimar. Por todo ello, muchos de los problemas que requieren intervención especializada nacen de una deficiente construcción de la propia autoestima, causa de múltiples desajustes en la vida adulta.

Presentaré a través del siguiente artículo un ejemplo de trabajo terapéutico de autoestima en un caso de narcisismo, ilustrando así el valor que tiene la autoestima en cualquier ámbito de la vida, y, en concreto, en las relaciones de pareja. Antes de ello explicaremos brevemente la diferencia entre los conceptos de autoestima y narcisismo, y situaremos al lector en el marco que estructura nuestro modelo de trabajo.

La autoestima se diferencia del narcisismo en que la primera representa una percepción permanente y realista de nosotros mismos en la que pueden incluirse tanto fortalezas como debilidades y, a pesar de ellas, la persona siente su valor, independientemente del resultado; la persona no necesita corazas, no necesita defender su valor porque lo da por hecho. El narcisismo, por el contrario, es un enamoramiento de la propia imagen, una compensación de la inseguridad que proyecta o refleja una imagen fantástica del yo en los demás y en uno mismo. Implica la preocupación por sí mismo y sobre cómo es percibido por los demás.

Desde este enfoque sería adecuado aceptar que el narcisismo puede ser entendido como una desviación de la autoestima. Así como la autoestima es el reconocimiento propio e incondicional, que se construye progresivamente y se siente internamente, es un autoconcepto sólido a partir del cual pueden establecerse

relaciones sin depender de ellas, el narcisismo, en cambio, necesita del otro porque se crea a través de terceros, depende del reconocimiento externo, se alimenta de personas que reflejen su propio valor. La elección de pareja en la persona narcisista no contempla al otro, porque no lo ve como un ser distinto a él, sino como parte de él, como un complemento que alimenta la imagen ideal.

En las relaciones amorosas la persona con perfil narcisista se sitúa en un constante dilema entre la necesidad de crecer y aprender a ser autónomo, liberándose de las imposiciones externas, y su gran temor a no ser reconocido por los demás. Necesita tener una pareja pero sin comprometerse demasiado porque se agobia, no quiere renunciar a nada. Tiene dificultades con la intimidad, le cuesta abrirse. Creen que estar en un vínculo afectivo supone renuncia y malestar, cuando en realidad, el compromiso es una elección desde la libertad, no desde la renuncia.

La filosofía de trabajo terapéutico en nuestro centro toma como punto de partida un modelo integrador e interdisciplinar a través del cual moldeamos un tratamiento personalizado y adaptado a las propias necesidades del cliente/paciente. Tras el análisis inicial de la demanda terapéutica se establecerán unos objetivos de trabajo definidos desde la primera sesión. Dichos objetivos se orientarán siempre con la finalidad de que el paciente restablezca su equilibrio psicológico, desarrollando una estructura propia de regulación, y encuentre un significado a sus propias experiencias de vida.

La terapia será un recurso con el que aprenderá a identificar sus problemas y reaprender a construir su visión de sí mismo y de la realidad. En un proceso terapéutico ideal, el paciente aprenderá a reorganizar de modo autónomo su propio sistema para que éste deje de ser una restricción a su propia libertad como ser humano. Ayudaremos a que el paciente se considere un ser válido y digno de amor, simplemente por el hecho de existir, desprendiéndose de las pesadas cargas que entorpecen el camino hacia la madurez o autonomía emocional. Acompañar al paciente en el duro camino hacia la autonomía emocional será parte del proceso.

Cuando tratamos en consulta temas como la autoestima, diseñamos un recorrido a través del que se complementa la terapia individual con talleres que permiten trabajar en profundidad temas nucleares. En los talleres sobre autoestima, se explica al cliente/paciente cómo ésta se construye y a través de diferentes técnicas vivenciales, se facilita la comprensión y la repercusión que tiene en nuestras vidas.

El cliente/paciente que inicia un trabajo de autoestima comprenderá que esta se interioriza ya desde la primera infancia a través de los vínculos que se establecen con los progenitores y que nuestra conciencia de ser nace del reconocimiento de los demás, por lo que el afecto recibido en los primeros años de vida marcará la construcción de la propia seguridad y la relación con los demás y con el mundo.

Los cuidados y las caricias que nos dispensan nuestros padres generan una base sólida sobre la que aprendemos a percibirnos y a percibir el mundo. Esa primera experiencia de apego en la infancia se reforzará, o debilitará mediante los mensajes que vamos recibiendo por parte de otras figuras como los hermanos, los

profesores, los amigos.

En definitiva, el niño introyecta a nivel inconsciente si es digno de amor, si merece la pena amar, cómo se da afecto a los demás y si merece la pena mantener relaciones en las que dar y recibir amor. El niño descubre el amor cuando es amado.

Cuando la autoestima es deficitaria aparecen dificultades para amar de forma sana, debido a que, si alguien no tiene la experiencia de amor sano, puede dudar de cómo ofrecerlo a los demás o, incluso, puede no saber cómo hacerlo. Nadie nace sabiendo quererse, ni sabiendo querer.

Aunque el niño haya recibido el sustento afectivo para construir su autoestima, al llegar a la etapa adulta tomará conciencia de que, para conseguir que le quieran, necesitará aprender a ganarse el amor de los demás desarrollando un repertorio consistente en sus valores personales, un autoconcepto, una forma de comportarse... en definitiva, una forma de ser y de desenvolverse con los demás con la que sentirse seguro.

El caso que se desarrolla a en los siguientes párrafos es un claro ejemplo de la dificultad para establecer una relación de amor sana con los demás si no existe una sana estima hacia uno mismo, si no existe una construcción sólida de autoestima.

Estudio de caso

A., de 38 años de edad, acudió a consulta para “*dejar de fastidiar a los demás*”. Creía que boicoteaba constantemente sus relaciones de pareja, se definía como “*infiel por naturaleza*” y confesaba que, a pesar de su aparente seguridad, se encontraba frecuentemente inmerso en un mar de dudas. Se sentía atrapado, en una espiral infinita en que “*quería pero no podía... y cuando podía no quería*”. Anhelaba construir una familia con su actual pareja con la que llevaba un año de relación pero temía volver a destruirla, tal y como refería haber hecho en sus anteriores relaciones. Destruía sus relaciones para comprobar su teoría: que él no era merecedor de cosas buenas.

Lo difícil de estos perfiles narcisistas es que lleguen a consulta, habitualmente su falta de madurez emocional les lleva a responsabilizar a los demás y a las circunstancias de su malestar, por lo que no suelen tener conciencia de problema: el malestar para un narcisista es culpa de lo externo, por lo que la solución pasa por eliminar dicha causa. Pero, en este caso, teníamos una fantástica oportunidad para hacer un apasionante proceso, A. mostraba ser consciente de que el problema tenía que ver con cómo se manejaba él en su vida.

La estima de A. hacia si mismo carecía de pilares internos sólidos, construyó una autoestima *en base al otro*, por lo que, cada ruptura era percibida como un fracaso que intentaba compensar con la siguiente relación. Su narcisismo le impedía construir relaciones sanas, por su miedo al compromiso y a la intimidad que él verbalizaba como miedo a “no elegir bien”, a equivocarse en la elección de la persona adecuada. La mala gestión de sus dudas le llevaba a hacer tambalear la poca estima que, en realidad, tenía.

Tras la reformulación de su demanda inicial “*quiero dejar de fastidiar a los demás*” en un demanda operativa (Villegas, 1996), *A.* verbalizaba que *quería aprender a quererse a si mismo y a los demás*, lo cual nos marcaba un claro camino de trabajo terapéutico.

En el momento en el que *A.* acude a consulta llevaba un año de relación con su pareja. Empezaba a identificar algunas sensaciones de vacío y ansiedad que ya habían existido en sus relaciones anteriores y sentía la necesidad de volver a su ritual de búsqueda de nuevos retos. Pero esta vez, había cambiado algo: empezaba a cuestionarse que el problema quizás no estaba en sus parejas, sino en él. La rutina, la pasión decreciente, la estabilidad con su actual pareja empezaban a generarle un cierto grado de ansiedad. Explicaba que se veía a si mismo buscando conflictos sin motivo, dudando de si su pareja le parecía atractiva, evaluando al milímetro cada actitud o comportamiento de su pareja. *A.* empezaba a sentir la necesidad de alejarse o huir. Se sentía obligado a responder a las expectativas de su pareja, del mismo modo que evitaba contrariar a su madre. Al mismo tiempo identificaba esos sentimientos con una intensa culpabilidad.

Trabajamos con *A.* para ayudarle a tomar consciencia de su forma de querer y de percibirse a él y a los demás. Para ello, tras la visita inicial programamos dos sesiones de evaluación, en las que se revisaron estos conceptos sobre el amor, las relaciones y la autoestima, a través del análisis de su genograma y la aplicación de la técnica de autocaracterización (Kelly, 1955).

Mediante el trabajo con el genograma se analizó su concepto de vínculo de apego con sus progenitores así como los constructos familiares. Este análisis permite asimismo entender el rol que cada uno ha desempeñado en su familia de origen, las relaciones establecidas con hermanos y el modo en que cada uno aprendió a vincularse.

El padre era una figura ausente, la madre de *A.* perfeccionista, adoctrinaba a sus hijos para que “*hicieran las cosas bien*”. Exigente y crítica, en su afán de que sus hijos hicieran las cosas bien generaba contrariamente a sus intenciones, que *A.* sintiese no estar a la altura. Imponía de forma autoritaria su criterio y le costaba perdonar los errores de *A.* provocando en éste sentimientos de culpa. Confundía exigir a su hijo con amarlo. Esa exigencia provocaba en *A.* sentimientos de temor, miedo a lo que pudiera pasar si no era capaz de cumplir las expectativas de su madre, por lo que, a nivel inconsciente no se sentía digno de amor, si no satisfacía las exigencias de la madre.

En los primeros años de vida se conforman los grandes patrones emocionales que nos rigen: el amor y la curiosidad. Aprendemos si somos dignos de ser amados y si merece la pena amar. Si el mundo es un lugar digno de explorar o si por el contrario debemos escondernos de los demás. Los primeros cinco años de vida son una vida entera. El patrón de inseguridad aprendido de *A.* desde los primeros vínculos condicionó la manera relación consigo mismo y con los demás, así como la interpretación de su realidad (López Sánchez, 2009).

Sesión tras sesión *A.* empezaba a conocerse más, a ser consciente de su funcionamiento psicológico, a identificar los obstáculos psíquicos que mantenían su malestar, los mensajes que había recibido por parte de sus figuras de referencia y que había interiorizado. A través del trabajo con el genograma y del análisis de sus vínculos familiares comprendía cómo interpretaba la realidad presente, cómo aprendió a vincularse. *A.* descubría cuál era su dificultad para amar y gracias a esa comprensión el escenario de cambio, aunque no era fácil, se hacía cada vez más posible. Este es uno de los grandes momentos de la terapia, cuando el paciente siente que el cambio es posible.

Para construir una relación sana con los demás *A.* debía construir una percepción distinta sobre sí mismo, por lo que utilizamos la técnica de autocaracterización. Esta técnica es una descripción que el cliente realiza en tercera persona sobre sí mismo. Se trabajó sobre la opinión que *A.* había construido sobre sí mismo, sobre la percepción de su autoestima a través de este ejercicio que nos permite conocer el repertorio de constructos mediante el que la persona construye su entorno y sus relaciones sociales. Siguiendo el primer principio de Kelly: “*Si no sabes qué es lo que anda mal en tu cliente, pregúntaselo*”, la autocaracterización y el diálogo en silla vacía nos permitieron identificar qué era lo que impedía cambiar las características identificadas como negativas en su persona.

Este fue un importante momento en la terapia, puesto que *A.* solía mantener una fuerte crítica hacia sí mismo y su dificultad de compromiso que, gracias al trabajo de autocaracterización pudimos reformular: *A.* tenía tanto miedo de decepcionar a los demás y confiaba tan poco en su criterio personal que mentía constantemente o bien salía huyendo como forma de hacer frente a ese dilema. Una forma inmadura de dar salida a sus deseos por temor a que, si los expresaba, le dejaran de querer.

Sin una correcta autoestima resulta imposible poder mantener una vida afectiva sana. Las herramientas como las técnicas que se exponen en el presente trabajo resultaron eficaces para ayudar a *A.* a desaprender los patrones relacionales y la convicciones adquiridas que dificultaban su relación.

Los patrones relacionales (Cámara, 2012) se definen como los esquemas o modelos neuroquímicos que se crearon en nuestra infancia, fundamentalmente en la relación con nuestros progenitores, que son activados y se hacen presentes al experimentar en nuestras relaciones actuales vivencias semejantes.

Identificar y comprender estos patrones que nos impiden cambiar son las primeras fases del proceso de transformación, pero puede quedarse en una simple reflexión racional si no se ayuda al paciente a que sienta que es posible. De ese convencimiento nacerá la motivación interna necesaria para que *A.* aprenda a decidir libremente, sin culpa, si quedarse o irse de una relación de forma responsable.

A lo largo de nuestras sesiones, trabajamos su historia afectivo-sexual, revisando las experiencias vividas en sus anteriores relaciones para ayudarle a que

tomase consciencia que él podía llegar a ser libre en una relación, si hasta ahora no había sido capaz de ello era porque replicaba la misma dinámica que había vivido desde que era un niño. Comprendió sus dificultades respecto al establecimiento de compromiso afectivo, los vínculos que creaba nunca eran los suficientemente arraigados y estables como para construir un proyecto común con alguien. Tenía miedo a perderse en el otro, miedo a equivocarse en la elección de su pareja, a la incertidumbre, a no estar a la altura, no se sentía capaz de renunciar a la posibilidad de estar con “alguien mejor” y entonces, se alejaba.

A. escogía parejas con quienes, de forma inconsciente replicaba el patrón de relación existente con sus progenitores. Mujeres o bien, que le ofrecían amor incondicional, sin límites, alimentando así su imagen narcisista pero que, tras lograr su fantasía de amor incondicional, dejaba de ser bello para convertirse en aburrido. O bien el caso contrario, mujeres con quienes se relacionaba como un “niño obediente”, capaz de acceder a los deseos de sus parejas para no perder su estima o para evitar un castigo ante las figuras de autoridad, similar a la relación que mantenía con su madre. Mientras permanecía en sus relaciones las vivía desde la ansiedad y cuando las dejaba, las deseaba. Esta cita de Erich Fromm (*The Art of Loving*, 1956) define a la perfección cómo se sentía A. en el momento de inicio de su recorrido: *Si soy lo que tengo y lo que tengo lo pierdo, entonces quién soy?*

Tratamos de buscar el significado de sus dificultades para vincularse a través de la construcción de la historia de vida mediante diferentes técnicas vivenciales que se enumeran en párrafos posteriores. Cabe señalar que para que una persona pueda trabajar su autoestima y relaciones amorosas, necesita despojarse de sus traumas, que lo enredan una y otra vez en las historias no resueltas. Se requirió de un trabajo de conversión del trauma en narrativa, que nos permitió poner palabras a la experiencia traumática y transformar así lo inconsciente en consciente.

Una vez se transforma el material inconsciente en información consciente, el trabajo emocional fue una de las claves de nuestro proceso. No se trata sólo de entender desde un punto de vista racional, sino emocional. El sólido vínculo terapéutico construido propició la aplicación de técnicas como la Línea de la Vida (Villegas, 2013) o la integración del ciclo vital (Pace, 2002) que sirvieron para reestructurar un yo central sólido así como a reconstruir todas las circunstancias que formaron la reputación que A. tenía de si mismo. La experiencia emocional que el paciente obtuvo tras las sesiones en las que realizamos estas técnicas ayudó a que comprendiese y sintiese sus bloqueos y por qué tenía tanta dificultad en cambiarlo.

La Técnica de Estimulación Bilateral Bakaikoa (Bakaikoa, 2012) fue otro de los recursos utilizados, recurrido con mucha frecuencia a lo largo de las sesiones. Se aplicaba con el objetivo de rebajar la ansiedad que le producían diferentes situaciones. A. presentaba un estilo de afrontamiento evitativo, necesitaba evadirse del malestar, lo que le llevaba a distanciarse cuando conectaba con algún sentimiento de inseguridad que relacionaba con la relación. La utilización de la T.E.B.B. contribuyó a desarrollar así su inteligencia emocional, aprendiendo a tranquilizarse,

a gestionar sus emociones.

El recorrido a través del que acompañé a *A.* fue dando como resultado la adquisición y desarrollo progresivos de nuevos recursos que le permitieron hacer frente a sus dilemas, a sus conflictos de una forma distinta. Aprendió a elaborar relaciones sanas, al mismo tiempo que se reinventaba como marco contenedor de dichas relaciones. El amor hacia al otro se construye a partir de nuestro estado interior y *A.* aprendió a sentirse digno de amor, a respetarse y respetar, a hacerse cargo de sí mismo y promover la intimidad, en definitiva aprendió el significado del amor sano.

Referencias bibliográficas

- Bakaikoa, M. (2012). www.bakaikoa.com
- Cámara, I. (2012). Tesina formación en terapia Gestalt. Barcelona.
- Fromm, E. (1956). *El arte de amar*. Barcelona: Paidós (2004).
- Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales: Textos escogidos*. Barcelona: Paidós.
- López Sánchez, F. (2009). *Amores y desamores*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Ortega y Gasset. (1980). *Estudios sobre el amor*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pace, P. (2002). *Integración del ciclo vital: conectando los Estados del Ego a través del tiempo*. Ed. Lifespan Integration.
- Villegas Besora, M. (1996). El análisis de la demanda. Una doble perspectiva, social y pragmática. *Revista de Psicoterapia*, 7(26-27), 25-78.
- Villegas Besora, M. (2013). *Prometeo en el Diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona: Herder.
- Villegas, M. y Mallor Plou, P. (2012). El narcisismo y sus modalidades. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 59-108.

LAPSICOTERAPIADELCONTACTO-EN-LARELACIÓN DIALOGOS CON RICHARD ERSKINE

PSYCHOTHERAPY OF CONTACT-IN-RELATIONSHIP: CONVERSATIONS WITH RICHARD ERSKINE

Grover E. Criswell

Psicoterapeuta pastoral en Dayton, Ohio, EEUU

Richard G. Erskine

Instituto de Psicoterapia Integrativa, Nueva York, EEUU

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Criswell, G. E., y Erskine, R. G. (2015). La psicoterapia del contacto-en-la-relación. Diálogos con Richard Erskine. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 115-127.

Resumen:

Esta es una conversación con el Dr. Richard G. Erskine acerca de la relación psicoterapéutica. Richard es uno de los conferenciantes plenarios en el Instituto y en el Congreso de la Academia Americana de Psicoterapeutas en Atlanta, G.A. en Octubre desde el 24 al 28, de 2012.

Palabras clave: psicoterapia integrativa-relacional, relación terapéutica co-creada, indagación, sintonía, implicación, inter-subjetividad

Abstract:

Below is a conversation with Dr. Richard Erskine about the psychotherapeutic relationship. He was one of the plenary speakers at the Institute and Conference of the American Academy of Psychotherapists in Atlanta, GA, October 24 to 28, 2012.

Keywords: integrative-relational psychotherapy, therapeutic relationship co-created, inquiry, attunement, involvement, inter-subjectivity



Richard G. Erskine, Ph.D. Director de Formación en el Instituto de Psicoterapia Integrativa. Licenciado como Psicólogo Clínico y Psicoanalista. Analista Transaccional Certificado y Psicoterapeuta Grupal, formado también en Psicoterapia Gestalt y Psicoterapia Corporal desde 1967.

En 1972, siendo profesor de la Universidad de Illinois, el Dr. Erskine desarrolló los conceptos iniciales de la Psicoterapia Integrativa. En 1976 fundó el Instituto de Psicoterapia Integrativa en Nueva York y junto con los miembros del Seminario de Desarrollo Profesional que él dirige, continuó el desarrollo, investigación y profundización de un estilo de psicoterapia relacional e integrativo.

Todos los años, el Dr. Erskine imparte cursos didácticos y seminarios experienciales en numerosos países de todo el mundo. Asimismo está implicado en la Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa de la cual fue fundador, y que tiene una amplia membrecía internacional. Es autor de numerosos artículos y coautor de cinco libros a cerca de teoría y métodos en la Psicoterapia. Muchos de sus artículos están disponibles en la website: www.IntegrativePsychotherapy.com

Grover E. Criswell, M. Div. era psicoterapeuta pastoral en Dayton, Ohio desde 1968 hasta que se jubiló en el 2011 para desarrollar una nueva identidad. Es un profesional de Ohio licenciado como counselor y supervisor clínico. Está también diplomado por la Asociación Americana de Counselor Pastorales y Psicoterapeuta Grupal Certificado. Tuvo el privilegio de estudiar psicoterapia integrativa con Richard durante más de ocho años. Ha sido miembro de la Academia* (APA) desde 1974, es asimismo miembro del Consejo Editorial de Voices, ex presidente y miembro destacado de la Academia.

Grover E. Criswell: Me gustaría empezar con una frase tomada de una de tus conferencias Richard, la cual parece que es central para la psicoterapia integrativa: las dinámicas relacionales son el marco de todo trabajo intrapsíquico.

Richard G. Erskine: Sí es cierto. La cualidad de la relación que construimos será el corazón de cualquier cosa que suceda en la psicoterapia. Esta relación que desarrollamos antes, durante, y ciertamente después de cualquier trabajo de expresión emocional, experiencial o cualquier otro tipo de trabajo intrapsíquico fluye a partir de nuestra sostenida y continua empatía, nuestro sentido de sintonización y de nuestro estar con y para el o la cliente. La relación psicoterapéutica es a cerca de estar completamente presente.

G.E.C.: ¿El entorno protector (de sostén) con todo lo que implique?

R.E.: Sí, todo tipo de actividad experiencial que vayamos a abordar –tanto una técnica de silla vacía, un diálogo en dos sillas, una expresión del enfado o del llanto profundo, o algún ejercicio bioenergético, o trabajo corporal en profundidad– la relación terapéutica es central. No son las técnicas lo que curan, las técnicas aumentan la eficacia de la terapia, pero no son la esencia de la

psicoterapia. Es la relación terapéutica de contacto pleno la que curará las heridas relacionales de nuestros clientes. Nuestra implicación terapéutica queda perfilada por la forma en que entendemos la experiencia de nuestro cliente y por como aportamos nuestra propia experiencia en la relación terapéutica.

G.E.C.: ¿Cuáles son los elementos que apoyan las cualidades de una relación terapéutica efectiva?

R.E.: Yo comienzo asumiendo que no sé nada a cerca de la experiencia de mi cliente. Los errores que he hecho como terapeuta, estuvieron a menudo basados en la suposición de que sabía que estaba pasando con ese cliente; pero si tomo la posición de que realmente no sé nada a cerca de la experiencia de mis clientes, entonces tendré que indagar, indagar e indagar a cerca de lo que ellos sienten, de lo que están experimentando, a cerca de cómo le dan sentido a su mundo, que asociaciones hacen, y que recuerdos están emergiendo.

G.E.C.: Una historia relacionada con lo que tu señalas se ha producido recientemente en la liga nacional de football, donde un mediocampista de uno de los equipos tiró su segundo pase hacia los que lo podían interceptar. El comentarista dijo lo siguiente: el mediocampista “estaba tan centrado en tirar el balón a un receptor particular que no vio que los jugadores de la defensa estaban en la posición para interceptarle” me da la impresión que esto es lo que tú estas diciendo a cerca de las asunciones.

R.E.: Si, es el mantenerse abierto a todos los matices de aquello que está ocurriendo, lo que nos hace receptivos a la comunicación inconsciente.

G.E.C.: Esto implica más que solamente el hacer preguntas ¿es así?

R.E.: Yo pienso en ello como “el escuchar con todo mi self” –no solo con mis oídos sino también con mis afectos, mi sentido y cuerpo y utilizando todos mis años de experiencia. Esto significa que debo sintonizarme con el cliente de forma que nos encontremos de una forma recíproca hacia sus afectos y sus necesidades relacionales. Este tipo de implicación incluye un esfuerzo constante de dar sentido al mundo personal y subjetivo del cliente al mismo tiempo que se confía en la propia historia, formación, supervisión y lecturas como si fueran una biblioteca de recursos muy importante. Estoy describiendo esto como un proceso lineal pero en realidad es una especie de holograma en el cual muchas dinámicas se están produciendo simultáneamente.

G.E.C.: Una forma de escuchar al cliente es ser consciente de cómo su presencia y sus palabras se registran y encajan conmigo. Simultáneamente me estaré centrando tanto en el cliente como en mis procesos internos.

R.E.: Esta es una de las razones por las cuales es esencial tener una buena psicoterapia, tanto en nuestra formación inicial como para disponer de un recurso continuado. Esto incluye asimismo la necesidad de consulta y supervisión regulares. Nuestra propia psicoterapia y supervisión nos va a proveer del bagaje que nos permita saber con claridad que es lo que llevamos en nuestra

implicación terapéutica. La relación terapéutica es siempre una relación co-creada; y no es solamente una relación a cerca del cliente. El emparejarse y asociarse con el otro es lo que crea la relación terapéutica, y es a través de la cualidad de una relación de pleno contacto como se produce la curación.

G.E.C.: A menudo te he oído usar la palabra “sintonización” para el desarrollo de la relación terapéutica.

R.E.: En el libro *Más Allá de la Empatía: La Terapia del Contacto en la Relación* (co-escrito con Janet Moursund y Rebecca Trautmann, Bruner/Macel 1998 y Desclée 2012) nosotros usamos la palabra “sintonización” en varias formas diferentes: sintonía afectiva, sintonía rítmica, sintonía evolutiva, sintonía cognitiva y sintonía con las necesidades relacionales.

G.E.C.: Voy a asumir que cada una de ellas es parte de un todo aunque se pone el acento en aspectos ligeramente diferentes

R.E.: Efectivamente, la sintonía afectiva es la habilidad de ir más allá de la empatía. Consiste en la habilidad de proveer un encuentro recíproco con el afecto de la persona. Cuando están tristes nos acercamos desde la reciprocidad de la compasión, cuando están asustados nos acercamos proveyendo de seguridad. Cuando están enfadados los tomamos en serio. Cuando están alegres proveemos del afecto recíproco de nuestra vitalidad. Nos sintonizamos en su frecuencia y respondemos con el afecto que le corresponde.

G.E.C.: Algunas personas podrían tomar esto como un truco terapéutico, una forma sutil de manipulación.

R.E.: Por eso es tan esencial que la respuesta afectiva del psicoterapeuta sea auténtica –lo que el terapeuta aporta a la relación es un sentido completo y verdadero de sí mismo. Esta autenticidad es una expresión del cuidado por el bienestar de la otra persona, mantenerse completamente presente e implicado.

G.E.C.: Lo segundo ¿era la sintonía rítmica?

R.E.: La sintonía rítmica implica el sentir el ritmo único de nuestro cliente y consecuentemente el ajustarnos a su propio ritmo interno natural. Algunos clientes piensan con rapidez y otros piensan más despacio. Algunos, son lentos al expresar sus emociones y en cambio con otros clientes sentimientos intensos saltan fácilmente a la superficie.

G.E.C.: ¿Puedo suponer que el ritmo puede variar bastante cuando el o la cliente está tocando diferentes puntos en su travesía evolutiva?

R.E.: O bien, ellos pueden acceder y expresar sentimientos y pensamientos en diferentes ritmos cuando sentimientos tales como la culpa, la vergüenza o el asco están implicados. Estos sentimientos en el cliente conllevan a menudo la oportunidad par sintonizar evolutivamente. La sintonización evolutiva se refiere a pensar tomando en cuenta el desarrollo evolutivo; sentir a que edad evolutiva nuestro cliente puede necesitar atención terapéutica, y responder a lo que sería normal en un niño o niña en esa edad particular del desarrollo. A menudo en las etapas iniciales de la terapia, y a veces incluso más tarde, este

fenómeno es como un agujero negro en el espacio. Pero sí nos sensibilizamos a pensar evolutivamente empezaremos a sentir y percibir que es lo que un niño@ traumatizado o abandonado, de una particularidad, podría requerir por parte de un adulto cuidadoso y capaz de contacto pleno.

G.E.C.: Yo a menudo tengo una reacción de energía: sé que está pasando algo pero no puedo enfocarlo muy bien o no puedo encontrar palabras para describirlo, a veces durante un tiempo bastante largo. Este es un elemento que me enseña paciencia y humildad. Pero tú hablabas de uno más.

R.E.: Sí, sintonía cognitiva. Esto significa poner el foco en como dar sentido al mundo, cosas tales como: “algo falla en mí”, “no se puede confiar en la gente”, “la vida es una lucha”. Estas creencias de guión así como el núcleo de valores que conllevan, van a dar forma a como nuestros clientes organizan sus experiencias y darán forma también a los acontecimientos en sus vidas.

G.E.C.: En nuestro foco a cerca de la sintonía ¿crees que en la psicoterapia siempre es necesaria la regresión?

R.E.: No. No siempre. Aunque tengo la impresión de que muchos psicoterapeutas no ofrecen el apoyo para la regresión terapéutica cuando esta es necesaria. Algunos clientes necesitan apoyo para realizar una regresión profunda y una relación reparadora que responda a ello. Incluso cuando no hay necesidad de regresión es necesario abordar temas arcaicos que aparecen en la transferencia. La transferencia de sentimientos arcaicos y de estilos de afrontamiento propios de la infancia puede ser actuada con el o la terapeuta, aunque a menudo este tipo de contenidos se expresan con mayor frecuencia en las “transferencias-de-la-vida-cotidiana”.

Tengo algunos clientes que no parecen estar en transferencia conmigo, pero manifiestan conflictos transferenciales con sus jefes, estilos de apego evitativos o ansiosos con sus hijos, relaciones problemáticas en las relaciones íntimas, y muchos otros tipos de relaciones conflictivas influidos y moldeados por las formas arcaicas y no resueltas de manejarse con las dificultades relacionales. Yo creo que algunos clientes se pelean con la pregunta inconsciente “¿esta relación actual va a ser la misma o va a ser diferente que aquella con la que crecí y de la cual se que esperar?”. En esos casos a menudo se mantienen en guardia de resultar heridos, de ser criticados o de ser abandonados emocionalmente de nuevo.

G.E.C.: De acuerdo..., así que si no estamos trabajando con nuestros clientes de forma regresiva, aún así la historia transferencial a menudo les lleva de nuevo a aquellas experiencias tempranas de la infancia y a las decisiones que hicieron a cerca de sí mismos, a cerca de la gente y a cerca del sentido de la vida. Es decir, a lo que algunos llaman *decisiones de guión*.

R.E.: Sí. Recordando el trabajo de Robert y Mary Goulding (1979) y en su foco a cerca de la redecisión sobre decisiones específicas de guión: la terapia de redecisión de los Goulding se centraba en recordar decisiones explícitas

infantiles y en la toma de consciencia a cerca de cómo dichas decisiones afectaban a la vida de la persona años después. Con la dirección del terapeuta se animaba al cliente a tomar decisiones de cambio para una nueva vida. Las decisiones de los clientes con las cuales trabajaban los Goulding eran en general bastante cognitivas; se habían formado tardíamente en la vida del niño en momentos en los que ya era capaz de realizar operaciones concretas y de retener recuerdos explícitos.

Aún hay otros dos niveles del guión de vida que se forman con anterioridad a poder recordar vividamente memorias explícitas. Ambos niveles son “noconscientes” y están formados por recuerdos fisiológicos, sub-simbólicos, procedimentales, e implícitos. Estos dos tipos de guiones de vida se basan en reacciones de supervivencia fisiológicas y en conclusiones explícitas experienciales. Estos guiones de vida se viven dentro del cuerpo, se experimentan como emociones repetitivas y se actúan en las relaciones.

Los guiones de vida se pueden formar durante el periodo de vida anterior a las operaciones concretas en el cual experiencias implícitas se acumulan a través de pequeño evento, tras pequeño evento, tras pequeño evento. Es en esta acumulación de experiencias cargadas de emoción como se empiezan a formar activaciones de procedimientos inconscientes y una simbolización rudimentaria. Estas conclusiones parcialmente simbolizadas y basadas en recuerdos implícitos van a moldear la sensación a cerca de la realidad de la persona y generará creencias que darán forma y organizarán las experiencias futuras. La persona no tiene la experiencia de haber tomado una decisión, sino más bien es una conclusión de que “esto es la realidad” o de que “esto es como siempre ha sido”.

Con estas conclusiones experienciales implícitas no hay un particular evento que sea significativo. Las creencias limitantes de guión se forman a partir de series de perturbaciones relacionales y de una acumulativa negligencia de las necesidades-relacionales del niño. Algunos clientes relatan que “siempre se han sentido no queridos”, “siempre han sido maltratados”, “sintiéndose siempre una birria”, o que siempre ha sabido que “la gente no es de fiar”.

G.E.C.: Parece que en el proceso de decisión o más bien en el concepto de conclusiones implícitas estás describiendo un proceso que es minúsculo e inacabable. Es más una especie de infección sistémica que una enfermedad localizada. En la edad preescolar estaría probablemente compuesto por series de conclusiones más que por una decisión. Esto implica un nivel mucho más temprano que aquel en el que los Goulding se estaban centrando.

R.E.: Exactamente. Las conclusiones experienciales implícitas representan un periodo de tiempo evolutivamente más temprano –el tiempo de lo pre-lingüístico, de los recuerdos implícitos y procedimentales– y a menudo refleja una persistente sensación de perturbación relacional que conlleva muchas repeticiones antes de que el niño pueda empezar a dar forma a una represen-

tación simbólica de esta experiencia.

Además de estas decisiones explícitas y de las conclusiones experienciales implícitas hay también reacciones fisiológicas de supervivencia que forman la base del propio guión de vida. Hay grabaciones pre-simbólicas dentro del cuerpo –en los tejidos musculares y en los órganos internos– que reflejan la historia relacional y emocional de la persona. Están compuestas por tensiones y constricciones musculares, la retroflexión de la necesidad de protección y de auto-expresión. Estas reacciones de supervivencia son fisiológicas y representan el sujetar, el contener los recuerdos pre-conscientes y sub-simbólicos dentro del propio cuerpo. Esto explica por que debemos de trabajar físicamente con algunos clientes. La forma por la cual hagamos terapia experiencial depende de cual es la combinación de reacciones fisiológicas de supervivencia, conclusiones experienciales implícitas o recuerdos explícitos que están emergiendo dentro del cliente.

Una psicoterapia experiencial y expresiva tal como puede ser la terapia de redecisión, el trabajo de silla vacía gestáltico, o la psicoterapia de la introyección es a menudo una opción de tratamiento para asuntos que están formados en torno a recuerdos explícitos. Ilustré varios ejemplos de terapia experiencial en el libro *“Psicoterapia Integrativa en Acción”* (2010). A través de este libro Janet Mousund y yo, enmarcamos nuestro trabajo en los cuatro ámbitos de la terapia para el cambio de guión de vida: el cognitivo, el comportamental, el afectivo y el nivel fisiológico. En nuestras transcripciones de numerosos casos, describimos el uso de la terapia de regresión en la cual el cliente recibe apoyo para volver atrás en la fantasía, al tiempo de la formación del guión. La regresión anima y empodera al cliente para redecidir y para usar recursos superiores en el “ahora” que le ayuden en su confuso, asustado o enfadado niño del “entonces”.

G.E.C.: ¿Podrías darnos un breve resumen de alguno de esos casos?

R.E.: El caso de Conrad me viene rápidamente a la mente. Conrad es un hombre muy controlado y muy intelectual es exitoso académicamente y es del tipo de persona que piensa en lugar de sentir sus emociones o denotar sus sensaciones corporales. Su cuerpo está tenso y a menudo mira con desaprobación. El propio acto de haber solicitado ayuda para abordar sus emociones es un giro de conducta importante para el, y es una evidencia de que se ha producido recientemente un crecimiento terapéutico importante.

Antes de la sesión que está transcrita en el libro, Conrad ha descrito que él es crítico y agresivo con los estudiantes y con los otros profesores. Esto lleva a las sesiones donde nosotros pudimos abordar numerosos elementos de su vergüenza y el doloroso recuerdo de un profesor de la escuela de primaria que fue cruel y humillante.

Estas experiencias tempranas de la escuela tuvieron como resultado el que Conrad se formase una creencia de guión de “no soy suficientemente bueno”.

En la sesión de terapia que se presenta en el libro estoy haciendo indagación a cerca de experiencias más tempranas en su vida donde él hubiese podido concluir también “no soy suficientemente bueno”

Mi consistente indagación fenomenológica a cerca del afecto y de las sensaciones internas estimuló en Conrad un recuerdo de cuando tenía cinco años y estaba subiéndose a un árbol alto para escapar del control de su madre. Le pedí que cerrase los ojos y que se imaginase asimismo escalando más arriba, para enfocar las sensaciones físicas de escalar libremente el árbol y de disfrutar siendo un “maestro escalador de árboles”. Después “fuera en ninguna parte” él oye la voz de su madre diciéndole que baje o “yo te zurraré”. Conrad queda atrapado en un dilema emocional entre su propio éxtasis con el éxito de escalar el árbol y su enfado por las demandas de su madre y sus amenazas de castigo. Le animé a escalar más alto y a responder con aquello que él estaba sintiendo. Se puso aún más enfadado con el control de su madre. A medida que él le hablaba a ella desde la punta de su árbol imaginario, se dio cuenta de que su madre no deseaba que Conrad explorase y que disfrutase de la vida. En la libertad y el placer imaginarios de escalar más alto le gritó a su madre “sí, retenme abajo, para que yo sea tu padre y tu marido”. Conrad continúa describiendo las peticiones de su madre como “una prisión a salvo”. Empezó a llorar y se dio cuenta de que su madre necesitaba que él fuese una compañía reconfortante para ella, un marido o un padre. Repentinamente él fue consciente de cuan imposible tarea era esta y de cómo él nunca podría dar la talla, él nunca podría ser “lo suficientemente bueno” para compensarle a su madre de sus problemas relacionales y de su insatisfacción.

Desde lo alto de su árbol imaginario, Conrad tomó nuevas decisiones: decidió sentir sus propios sentimientos y tomar sus propias necesidades; decidió ser hijo en la familia y no el marido ni el padre. Como un niño de cinco años (o quizás incluso más joven) él había asumido el rol de ser la compañía de su madre y su cuidador, al tiempo que secretamente se sentía enfadado y creía “no soy lo suficientemente bueno”. La expresión tanto del enfado como de la alegría de Conrad dirigió el camino a hacer una redecisión que cambió la forma en la que él se relaciona con la gente y lo que él siente hacia sí mismo.

G.E.C.: El caso de Conrad ofrece un buen ejemplo del uso del role-playing y de la fantasía para poner en la superficie decisiones explícitas de guión, y para asfaltar el camino de una redecisión. Mencionaste que en los casos en que la formación proviene más de conclusiones experienciales implícitas, la relación terapéutica continuada resulta incluso más esencial que la terapia expresiva o experiencial.

R.E.: La historia de Conrad me hace recordar un artículo que puedes encontrar interesante porque en él el foco de la terapia es más a cerca de las interacciones actuales durante la hora de la sesión de terapia. Su título es *Integrando Métodos Expresivos en Psicoterapia Relacional* (2010). Ahí se describe como

utilicé los métodos relacionales de indagación fenomenológica, sintonía afectiva e implicación terapéutica para subrayar la transferencia del cliente conmigo. También abordamos la realidad de los errores que yo cometí en la terapia. Este fue un énfasis central durante un periodo considerable de tiempo antes de que pudiéramos enfocarnos en recuerdos tempranos o en las decisiones infantiles.

Este caso-ejemplo ilustra el uso de una relación implicada inter-subjetiva, el poder de las actuaciones transferenciales concretadas como expresión de recuerdos procedimentales e implícitos, también la necesidad de reparación en la relación terapéutica, y la cuidadosa presencia del psicoterapeuta. Esto describe una forma de psicoterapia, como puedes notar, más adecuada para la resolución de un guión de vida que estuvo formado a partir de conclusiones experienciales implícitas, las cuales han sido creadas a lo largo de un largo periodo de tiempo en lugar de partir de recuerdos explícitos.

Cuando estamos tratando con clientes cuya negligencia y trauma acumulativo ha sido formado como memoria implícita, necesitaremos embarcarnos en un proceso mucho más largo de psicoterapia relacional compuesta de sintonía al afecto, ritmo, etapa evolutiva, y necesidades-relacionales. Los principios terapéuticos y el área terapéutica de una psicoterapia relacional integrativa se describen y definen en "*Más Allá de la Empatía : una terapia del Contacto-en-la-Relación*" (1999).

Cuando nos enfrentamos a las retroflexiones del cuerpo, compuestas de reacciones de supervivencia fisiológicas, será esencial que lo abordemos desde una psicoterapia orientada al cuerpo tal como fue descrito por Edward Smith en su libro *El Cuerpo en Psicoterapia* (1985). Para algunos clientes es completamente necesario que integremos los abordajes experienciales, relacionales y fisiológicos en nuestro compromiso terapéutico.

G.E.C.: El clima negativo actual en lo que concierne al tocar en la psicoterapia ¿hace que sea más difícil trabajar con clientes desde lo fisiológico?

R.E.: Sí eso es cierto. Yo acudí a una reunión sobre ética de una asociación estatal de psicología y compartí como uso el tocar y como hago psicoterapia fisiológica con algunos clientes que habían sido traumatizados por la negligencia relacional temprana o que habían tenido experiencias de trauma físico. El moderador del comité de ética dio un salto en su silla y declaró "¡si tú tocas a los cliente de la forma que lo estás describiendo, eres completamente no-ético!". En su perspectiva de terapia cognitivo conductual él no tenía ningún concepto de cómo el trauma se lleva dentro del cuerpo y de los efectos positivos profundos de una psicoterapia corporal éticamente sensitiva y de pleno contacto relacional.

G.E.C.: Hay tanto para un diálogo profesional abierto...supongo que hay muchas suposiciones que asustan y sabotean lo que podría ser una conversación significativa sobre este tema.

R.E.: Un diálogo profesional de estas características ofrecería la oportunidad para explorar el espectro completo de la psicoterapia fisiológica. Yo tengo muchos clientes a los cuales no toco. No tenemos esta cualidad de relación, o la necesidad de tocar no ha emergido aún en la terapia dado que lo que necesitan es centrarse en otras cosas diferentes que las restricciones posibles en su cuerpo. Con muchos de esos clientes a los cuales no toco, ciertamente suelo usar metáfora física o actividad, cosas tales como: pidiéndoles que pongan sus manos en su “corazón que duele”; pedirles que fantaseen que alguna persona amorosa les está sujetando; exagerando la presión en su mandíbula cuando “quieren morder su cabeza”; o identificando en que parte de su cuerpo guardan su enfado, miedo, o amor. Con algunos clientes puede ser que les anime a realizar algunos movimientos como levantarse y estirarse, o usar ejercicios de bioenergética que faciliten un incremento de la conciencia o para relajar en procesos disociativos. En muchos casos hago psicoterapia corporal pero no toco directamente al cliente.

G.E.C.: Eso seguro, pero a mi no me gustaría que vayas en esas ocasiones a una psicoterapia experiencial intensa cuando el trabajo implica y requiere un componente físico explícito. Por supuesto que nunca se trata solamente de trabajar físicamente, sino que es el relacionarse en el nivel físico lo que lo que hace profundizar en la experiencia completa del cliente.

R.E.: Hay clientes con los cuales tengo un contacto físico intenso. Les sujeto durante la regresión a la etapa pre-verbal o también cuando están confrontando expresivamente la imagen de un abusador. Y hago masaje muscular profundo para aliviar las tensiones corporales, lo fisiológicamente inexpressado y basado en emociones y para deshacer las retroflexiones. Este tipo de psicoterapia fisiológica puede producir resultados profundos. En cualquier caso todo tipo de trabajo corporal, ejercicio experiencial, o terapia de redecisión debe ser hecha dentro de una relación terapéutica de pleno contacto –una relación implicada que existe antes, durante, y después de que los métodos expresivos sean utilizados. En esta reunión de la Asociación Estatal de Psicología, yo quería mantener una discusión a cerca de cómo, con quien y cuando llevar a cabo una terapia corporal con ética. Tal discusión no fue posible en aquella reunión –la Asociación Americana de Psicoterapeutas, es una de las pocas asociaciones donde este tipo de discusión franca es posible

G.E.C.: Lo que tú has estado describiendo son varias partes de la implicación. ¿Podrías decir algo más a cerca de esto?

R.E.: En el libro *Psicoterapia Integrativa: Arte y Ciencia de la Relación* (2003) nosotros utilizamos el término “implicación” y “presencia” a modo de términos categóricos que describan nuestra sensación de estar con y para el cliente –esto conlleva que el y la terapeuta esté constantemente centrado en el bienestar del cliente. La implicación incluye nuestra sintonía al afecto del cliente, a su ritmo, a sus necesidades evolutivas y en el verdadero reconoci-

miento cada transacción del cliente, así como en la responsabilidad reciproca en cada transacción verbal y no verbal.

G.E.C.: Por lo tanto tú estás consistentemente, dando a conocer al cliente, que tú estás ahí con él o con ella.

R.E.: Así es. Otro aspecto de la implicación incluye el proceso de “validación”. La validación es a cerca del respeto por la importancia y el significado de lo que el cliente piensa, siente, fantasea o por como se comporta, incluso aunque lo haga de una forma que no parezca tener mucho sentido para nosotros. Hay siempre algo que se comunica en cada gesto, en cada conjunto de palabras, en cada movimiento corporal, o en como organizan su experiencia. Nuestros clientes necesitan de nosotros el reconocimiento, la validación y la normalización de su experiencia fenomenológica –para estar completamente implicados en su descubrimiento de su propio proceso psicológico.

G.E.C.: Para que puedan dejar a un lado sus juicios críticos, a los clientes se les estimula a que se puedan apropiar de todas las diferentes partes de si mismo y a dejar a un lado algunos de los juicios que ellos albergaban.

R.E.: Esto nos lleva a otra dimensión, a la cual me refiero como “normalización”. Normalización incluye el descubrimiento de cómo las conductas y fantasías del cliente, así como las formas de dar sentido a su mundo eran algo normal en su situación previa...la cual a menudo era una situación anormal. Durante las fases de desarrollo pre-operativo y de operaciones concretas, un niño pequeño puede dar sentido a sus relaciones, llegando a conclusiones como “nadie está ahí para mí”; “algo está mal en mí”; “no se puede confiar en la gente”; o “no vale para nada”. Estas conclusiones de dar sentido o decisiones puede ser que continúen mas tarde en la vida en forma de creencias restrictivas de guión –creencias que eran la forma “normal” de dar sentido a relaciones disfuncionales cuando se era niño y en un tiempo en el cual el o ella era ignorado, criticado, o castigado físicamente. Estas creencias de guión que dieron sentido a un niño que se encontraba en una situación anormal o disfuncional años atrás podrían formar el anteproyecto y los esquemas sobre los cuales organizar años mas tarde las experiencias de la vida adulta. Me parece que es extremadamente importante el normalizar, dentro de un contexto evolutivo, aquello que muchas escuelas de psicoterapia definen como “patológico”. Espero hablar más a cerca de la distinción entre “normalización” y “psicopatología” en la conferencia en Octubre.

G.E.C.: Yo creo que tu estás hablando a cerca de cómo el terapeuta ayuda a crear un entorno seguro y de sostén, en el cual los asuntos terapéuticos se puedan abordar en lugar de etiquetar o de diagnosticar a la persona.

R.E.: Sí, mi objetivo es des-patologizar las etiquetas del cliente a cerca de sus procesos psicológicos propios. Quizás nosotros deberíamos guardar esta discusión para la conferencia de octubre y continuar ahora con la última subcategoría de la implicación llamada “presencia”.

Con la presencia él o la terapeuta deja a un lado sus propios objetivos, aspiraciones y deseos, y experimenta y se centra en el estar con el o la cliente. El concepto de presencia parece ser una paradoja: es tanto el dar una atención sin fisuras al cliente como simultáneamente la capacidad de mover la conciencia periódicamente, hacia nuestra experiencia fenomenológica “la conciencia de aspectos de nuestras propias experiencias que serán utilizadas para ayudarnos a entender que es lo que el cliente está experimentando. Esto es similar a lo que Kohut llamó “introspección vicaria” (1977). Entonces nosotros usaremos esta introspección, nuestra sintonía evolutiva y sintonía afectiva para organizar nuestra indagación fenomenológica. Así estas cuatro cosas juntas – reconocimiento, validación, normalización, y presencia- son lo que yo considero los aspectos nucleares de la implicación. Nuestro uso sensitivo de la sintonía y de la implicación es mucho más que comunicación; estas dimensiones de una psicoterapia relacional establecen un sentido de comunión entre cliente y terapeuta. Una vez que esta comunión sea establecida y mantenida, entonces los métodos experienciales de la psicoterapia tienen una eficacia duradera.

G.E.C.: Bien, miraré todo ello como parte de lo que tú llamas “el-contacto-en-la-relación” ¿es así?

R.E.: ¡Sí efectivamente! Todas ellas son subcategorías o dimensiones de una terapia del contacto-en-la-relación. A lo largo de 1980 en un seminario de psicoterapeutas y supervisores senior en el Instituto de Psicoterapia Integrativa de Nueva York escuchamos numerosas grabaciones de sesiones de psicoterapia, transacción por transacción, observando los componentes de una psicoterapia implicada y orientada al contacto. Nuestro objetivo era determinar que cualidad de afecto y de acción por parte del psicoterapeuta daba lugar a una cualidad sanadora en la relación con el cliente. Nuestra investigación cualitativa produjo docenas de términos descriptivos que nosotros analizamos factorialmente en tres categorías principales: indagación, sintonía e implicación (Erskine 1998). Después tomamos cada una de esas categorías e investigamos las varias dimensiones o subcategorías que estaban incluidas, entre otras reconocimiento, validación, normalización, presencia además, del concepto de necesidades-relacionales. Hablaré mucho más extensamente a cerca de la importancia de las necesidades-relacionales en el congreso.

El propósito de nuestra investigación era comprender que es lo que resulta efectivo para el establecimiento de una psicoterapia relacional, una psicoterapia donde la cura de la perturbación interna del cliente, se produce a través de la presencia y del contacto del psicoterapeuta. Como resultado de todo ello, ahora somos más capaces de enseñar a otros psicoterapeutas a cerca de las sutilezas de establecer un contacto pleno en la relación terapéutica.

G.E.C.: Este parece ser un buen momento para parar. Gracias Richard.

Notas:

* APA *American Psychological Association (APA)*, Psychotherapy (Division 29).

Nota Editorial:

Esta entrevista apareció publicada en la Revista *Voices: The Art and Science of Psychotherapy*, 48, 2, 5-12 (2012) con el título “Psychotherapy of Contact-in-Relationship: Conversations with Richard”. Agradecemos el permiso para su publicación. Traducido por Amaia Mauriz y Revisado por Aitor Mauriz.

Referencias Bibliográficas

- Erskine, R. G. (1998), Attunement and involvement: therapeutic responses to relational needs. *International Journal of Psychotherapy*, 3, 235-244.
- Erskine, R. G., (2010) Integrating Expressive Methods in Relational Psychotherapy, *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1, 55-80.
- Erskine, R.G., Moursund, J.P. & Trautmann, R.L. (1999), *Beyond empathy: A therapy of contact-in-relationship*. Philadelphia, PA & London: Bruner/Mazel.
- Erskine, R.G. & Moursund, J.P. (2010). *Integrative psychotherapy in action*, Karnack Books, London. (Originally published 1988, Sage Publications, Newbury Park, CA & London.)
- Goulding, M.M. & Goulding, R.L. (1979), *Changing lives through rededication therapy*, New York: Bruner/Mazel.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. Chicago: University of Chicago Press.
- Moursund, J.P. & Erskine, R.G. (2003). *Integrative psychotherapy: The art and science of relationship*, New York: Thompson/Wadsworth (Brooks/Cole).
- Smith, E. (1985). *The body in psychotherapy*, North Carolina: McFarland & Co.

RELACIONES E INTERACCIONES ENTRE HABILIDADES SOCIALES, VALORES Y CONSTRUCTOS PERSONALES

RELATIONS AND INTERACTIONS BETWEEN SOCIAL SKILLS, VALUES, AND PERSONAL CONSTRUCTS

Ainoa Hilari y Luis Botella

FPCEE Blanquerna

Universidad Ramon Llull, Barcelona, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Hilari, A. y Botella, L. (2015). Relaciones e interacciones entre habilidades sociales, valores y constructos personales. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 129-142.

Resumen

El objetivo del presente estudio es comprobar qué valores o constructos personales se muestran incompatibles entre sí en las personas con déficits en las habilidades sociales (HHSS), de forma que les impida desarrollar correctamente dichas habilidades. Winter (1992) hacía referencia a que las personas con pocas HHSS mostraban dilemas entre sus constructos personales, atribuyendo implicaciones negativas a las competencias sociales. Dado que las HHSS son competencias de gran valor cotidiano por los beneficios que ofrecen en las relaciones interpersonales, nos parece necesario abordar esta temática bajo la perspectiva de descubrir por qué el entrenamiento en HHSS no resulta exitoso para algunas personas, y consecuentemente poder desarrollar recursos que sean más útiles en general.

En el estudio se administraron tres cuestionarios autoaplicables y un cuarto, diseñado a medida para la ocasión, a 40 personas de edades comprendidas entre los 17 y los 53 años. Los datos de cada factor de cada cuestionario, así como de la medida de Implicaciones Negativas de las HHSS obtenida mediante la Rejilla de Constructos fueron sometido a un Análisis de Componentes Principales con Rotación Varimax. Los resultados muestran que la distribución de las cargas factoriales coincide con los resultados de Winter al demostrar que un perfil de validación positiva de las HHSS conlleva un cierto sistema de valores personales e interpersonales.

Sin duda una buena evaluación de los valores sociales y personales del cliente podría ser un muy buen criterio de indicación de la modalidad terapéutica más indicada. Los datos de este estudio, en consonancia con los de Winter (1992), demuestran que para cierto perfil de clientes (aquellos cuyo sistema de valores se centra en la búsqueda de la independencia asertiva), el entrenamiento directo en HHSS puede resultar idóneo. Sin embargo, para otro grupo de ellos (los que se caracterizan por buscar la prosocialidad altruista) puede fracasar debido a que desde su punto de vista son incompatibles con sus valores más nucleares.

Palabras Clave: HHSS, competencias individuales y sociales, valores personales, valores interpersonales, constructos personales.

Fecha de recepción: 9 de enero 2015. Fecha de aceptación: 27 de febrero 2015.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: lluisbg@blanquerna.url.edu

Dirección postal: Luis Botella. FPCEE Blanquerna. Cister 34. 08022-Barcelona, España

© 2014 Revista de Psicoterapia



Abstract

The aim of this study is to verify which values or personal constructs are incompatible in people with deficits in social skills, preventing them from properly develop these skills. Winter (1992) discussed how people with poor social skills among its constructs showed personal dilemmas, attributing negative implications to social skills. Social skills are invaluable skills for the benefits they offer to people. It is for this reason that we need to address this issue from the perspective of discovering why social skills training is not successful for some people, and consequently to develop resources that are useful for all individuals.

Three self-administered questionnaires and a fourth, designed ad hoc for the occasion, were given to 40 people aged between 17 and 53 years. The data for each factor of each questionnaire, as well as negative implications of the Social Skills obtained through the grid constructs were subjected to a Principal Components Analysis with Varimax Rotation. The results show that the distribution of the factor loadings was consistent with the results of Winter (1992) by demonstrating that a positive validation profile of social skills leads to a certain set of personal and interpersonal values.

A good assessment of social values for each client could be a very good criterion for indicating the most appropriate therapeutic modality. The data from this study, in line with those of Winter (1992), show that for certain profile of clients (those whose value system focuses on the pursuit of assertive independence), the direct training in social skills may be appropriate. However, another group of them (those characterized by seeking altruistic prosociality) it may not work because from their point of view are inconsistent with their core values.

Keywords: Social skills, personal and social skills, personal values, interpersonal values, personal constructs.

Introducción

Las habilidades sociales (HHSS) se han definido clásicamente como “un conjunto de hábitos –en nuestras conductas pero también en nuestros pensamientos y emociones– que nos permiten comunicarnos con los demás de forma eficaz, mantener relaciones interpersonales satisfactorias, sentirnos bien, obtener lo que queremos y conseguir que las otras personas no nos impidan lograr nuestros objetivos” (Roca, 2007).

La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana; casi todas las horas que estamos despiertos las pasamos en alguna forma de interacción social. Por lo tanto el discurrir de nuestras vidas está determinado, al menos parcialmente, por nuestras HHSS (Caballo, 2009). De aquí su gran relevancia. El aprendizaje o desarrollo de las HHSS es un tema de gran interés para cualquiera de nosotros, ya que la mayor parte de nuestros problemas y/o satisfacciones tienen que ver con nuestras relaciones interpersonales. Por tanto, cualquier mejora en esta aptitud tan importante supondrá un incremento de nuestro bienestar y nuestra calidad de vida, (Roca, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) propone las *HHSS* o *Habilidades para la Vida* (2001), y las define como aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que permita afrontar eficazmente los retos y desafíos de la vida. La adquisición de enseñanzas para la vida aparece como el modelo más prometedor desde el punto de vista de prevención de situaciones problemáticas y desde la óptica más ambiciosa de promoción de bienestar social. En la misma línea, autores como Caballo (2009) y Roca (2007) consideran importante el trabajo en HHSS aplicado a problemáticas humanas y alteraciones psicológicas tales como la ansiedad y la fobia social (McNeil y Randall, 2014), la soledad (Cavanaugh y Buehler, 2015), la depresión (Bunford et al., 2014), la esquizofrenia (Elis, Caponigro y Kring, 2013), los problemas de pareja (Burke, Woszidlo y Segrin, 2012), los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (Wheeler, Newring y Schafer, 2014), la delincuencia y psicopatía (Buck, 2014) y otros problemas como falta de habilidades para buscar trabajo, mejora de habilidades de comunicación, agresividad u obsesiones y compulsiones entre otros. También se ha demostrado su efecto protector frente al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias como el alcohol, el tabaco y otras drogas (Suelves y Sánchez-Turet, 2001).

Los beneficios de las HHSS son numerosos, ya que consisten en un empoderamiento y fortalecimiento de la competencia individual y psicosocial que ayuda a promover estilos de vida saludables. En este sentido, las HHSS mejoran las relaciones interpersonales que son nuestra principal fuente de bienestar o malestar, ya que abarcan nuestro entorno familiar, social y laboral. Mantener relaciones satisfactorias con otras personas facilita la autoestima, nos ayuda a combatir emociones negativas como la frustración o la ira frente determinadas situaciones, nos protege de alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión y nos

ayuda a incrementar nuestra calidad de vida en la medida que nos ayuda a sentirnos bien con nosotros y con los demás y a obtener lo que queremos (Roca, 2007). Esta misma autora equipara las HHSS a la autoestima y a la inteligencia emocional, en el sentido que los valora como un sistema inmunológico que, cuando funciona óptimamente, nos protege de cualquier desequilibrio psicológico-emocional o nos ayuda a superarlo satisfactoriamente si se produce. En este sentido, ya los estudios clásicos de Zingler y Philips desde la psicología social (1060; 1961; 1962; Philips y Zingler, 1991; 1964) investigaron la “competencia social” con adultos institucionalizados y observaron que cuanto mayor era la competencia social previa de los pacientes internados en el hospital, menor era la duración de su estancia en él y más baja su tasa de recaída. El nivel de competencia social anterior a la hospitalización era mejor predictor del ajuste posthospitalización que el diagnóstico psiquiátrico o el tipo concreto de tratamiento recibido en el hospital. En esta misma línea, la Terapia Interpersonal (entre otras) considera que la mayoría de psicopatologías son causadas por conflictos o déficits en las relaciones interpersonales.

Por otro lado, en el terreno de la clínica, una gran cantidad de trastornos simples o complejos conllevan dificultades para interactuar adecuadamente con otras personas por parte de quienes lo padecen. En palabras de Carroles (1998): “Hoy es frecuente considerar el déficit en HHSS como un elemento concurrente, cuando no causal, en problemas tan variados como las simples fobias, los problemas sexuales o de relación de pareja, las depresiones, los problemas de agresividad o delincuencia, la drogadicción o los trastornos esquizofrénicos, por poner tan sólo algunos ejemplos. A todos ellos es preciso sumar, obviamente, el cada vez más abundante capítulo de trastornos considerados como genuinamente problemas de HHSS”.

En el ámbito educativo también se han estudiado y desarrollado programas de HHSS entre los niños dada su importancia en variables tales como el rendimiento académico, la ayuda entre iguales, el autoconcepto y la autoestima (Benítez, Tomás de Almeida y Justicia, 2007). En este mismo ámbito se dan problemas de convivencia que perturban el clima interpersonal y distorsionan la dinámica de enseñanza-aprendizaje en el aula. Los problemas de convivencia (comportamientos antisociales, malos modales, falta de respeto, violencia interpersonal, indisciplina, conductas disruptivas, *bullying* o acoso escolar, racismo, violencia de género, etc.) son un hecho cada vez más frecuente en el contexto escolar. En este sentido Monjas, García, Elices y Benito (2009) afirman que “hemos de tener en cuenta que la convivencia óptima no es sólo la ausencia de conflictos, sino el establecimiento, mantenimiento y desarrollo de vínculos interpersonales y emocionales positivos y saludables en un clima activo de respeto a las personas y a su dignidad. ... lo que implica la enseñanza y el fomento de HHSS”.

Los valores son un ejemplo explicativo de porque las personas reaccionan de una manera determinada ante diversos tipos de situaciones y que es lo que impulsa

y motiva dicha conducta. Los valores pueden constituir un medio para determinar lo que los sujetos hacen, deciden y cómo lo hacen y toman dichas decisiones, ya que están influidos por el sistema que cada persona adopta. La incompatibilidad o el conflicto entre valores individuales o interpersonales está en la base de un gran número de problemas. (Para una revisión del papel de los valores éticos en psicoterapia véanse Gimeno-Bayón, 2014; Rosal, 2014; Lizeretti y Gimeno-Bayón, 2014).

El objetivo del presente estudio es comprobar qué valores o constructos personales se muestran incompatibles en las personas con déficits en las HHSS, impidiéndoles desarrollar correctamente dichas habilidades. Winter (1992) hacía referencia a que las personas con pocas HHSS mostraban dilemas entre sus constructos personales, atribuyendo implicaciones negativas a las competencias sociales—el concepto de dilema implicativo, así como la forma manualizada de intervenir en ellos se detalla en Senra, Feixas y Fernandes (2006).

Tal y como hemos comentado, las HHSS son unas competencias de un valor considerable por todos los beneficios que ofrecen a las personas. Es por este motivo que creemos necesario abordar esta temática bajo la perspectiva de descubrir porqué el entrenamiento en HHSS no resulta exitoso para algunas personas, y consecuentemente poder desarrollar recursos que sean potencialmente útiles para más posibles usuarios.

Método

Participantes

Los participantes en este estudio fueron 40 voluntarios inscritos en un curso sobre HHSS y autoestima impartido por uno de los autores del estudio. Todos ellos se identificaban como personas con dificultades de HHSS (si bien los resultados de los cuestionarios ponen en evidencia que algunos de ellos no tenían un déficit general de habilidades sino que probablemente acudían al curso motivados por perfeccionar alguna de ellas).

De los 40 participantes, 24 (60%) eran mujeres y 16 (40%) hombres. Las edades variaban entre 17 y 53 años, con una media de 31,93 y una desviación típica de 7,65.

Dado que los instrumentos de evaluación formaban parte del material del curso, todos los participantes fueron seleccionados como muestra de este estudio tras manifestar su consentimiento informado.

Instrumentos

i. Cuestionario de Valores Personales (SPV; Gordon, 2010).

El Cuestionario de valores personales (SPV) de Gordon es una forma de medir los valores individuales determinando la importancia relativa que dan los sujetos a

varias actividades. Este cuestionario intenta ofrecer medidas dentro de un segmento del dominio de los valores; las escalas que componen el SPV fueron diseñadas para apreciar ciertos valores críticos que ayudan a determinar cómo los individuos afrontan los problemas de la vida cotidiana. Los 6 valores que mide este cuestionario son: (1) practicidad, (2) resultados, (3) variedad, (4) decisión, (5) orden y método y (6) metas o claridad de objetivos a conseguir. A continuación describimos brevemente cada Escala. *Practicidad*: las personas con puntuaciones altas tienen metas materialistas y prefieren hacer cosas que sean prácticas, útiles a corto plazo o económicamente ventajosas. *Resultados*: las personas con puntuaciones altas valoran la perfección y la superación, son personas que disfrutan con trabajos que suponen un reto, particularmente del tipo de los que permiten la iniciativa personal y en los que el esfuerzo del individuo es recompensado. *Variedad*: los sujetos con puntuaciones altas prefieren abrir el ámbito de sus actividades, les gusta encontrarse en situaciones nuevas y diferentes y disfrutan de trabajos que no se desarrollan dentro de una rutina. *Decisión*: las puntuaciones altas identifican a individuos que valoran sus propias opiniones y su capacidad para pensar cosas por sí mismos y disfrutan con trabajos en los que la toma de decisiones es una parte esencial de la actividad. *Orden y método*: las puntuaciones altas son obtenidas por aquellos que tienden a ser sistemáticos y organizados en su trabajo, independientemente de la naturaleza de éste o del nivel en el que operen. Estos sujetos prefieren tener sus actividades planificadas o automatizadas tanto como sea posible. *Metas o claridad de objetivos a conseguir*: los sujetos con puntuaciones altas prefieren trabajos cuyos requisitos u objetivos han sido claramente definidos o especificados; tienden a estar orientados a la tarea y a restringir la amplitud de sus actividades para finalizarlas.

El SPV es de fácil aplicación, dura aproximadamente 15 minutos y posee una suficiente fiabilidad como prueba autoaplicada. La aplicación puede realizarse individualmente o de forma colectiva, y su ámbito de aplicación son los adolescentes y los adultos. Para desarrollarlo fueron utilizadas diversas muestras de estudiantes de enseñanza media, universitarios, trabajadores de la industria y otros grupos de adultos. Se observó que el contenido de los elementos resultaba significativo en cada uno de esos segmentos de la población. Posteriormente, las escalas se revisaron con la ayuda del análisis factorial, para que poseyeran un adecuado poder discriminativo en todos los grupos.

El índice de fiabilidad se ha obtenido independientemente en cada una de las seis escalas (puesto que miden distintas dimensiones de valores), y se utilizaron dos procedimientos: el de las dos mitades y el índice alfa de Cronbach. Los coeficientes hallados a partir de los dos procedimientos, con índices superiores a 0,70, muestran la fiabilidad de las diferentes escalas.

En cuanto a la validez de constructo se utilizaron dos enfoques: relaciones con otras variables y análisis factorial. Además, esta información se ha complementado con un estudio de los efectos sobre diferentes procedimientos de cambio de valores en el SPV.

Para recoger las respuestas a los elementos del SPV se emplea un formato de elección forzosa. Los elementos se agrupan en 30 tríadas o series de tres frases; en cada tríada el sujeto debe elegir las dos frases que representen lo que es más y lo que es menos importante para él.

ii. *Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV; Gordon, 2007).*

El Cuestionario de valores interpersonales (SIV) de Gordon es una forma de medir los valores individuales que consiste en determinar lo que la persona considera importante. Desde esta perspectiva, el Cuestionario de Valores Interpersonales intenta ofrecer medidas dentro de un segmento del dominio de los valores: justamente aquel que implica relaciones de individuo con los demás. Tales valores tienen gran relevancia en el ajuste personal, social, familiar y profesional del individuo. En la prueba se concretan 6: (1) estímulo, (2) conformidad, (3) reconocimiento, (4) independencia, (5) benevolencia y (6) liderazgo, los cuales se detallan a continuación. *Estímulo* se refiere a ser tratado con comprensión, recibiendo apoyo por parte de los demás; ser tratado con amabilidad y consideración. *Conformidad* hace referencia a hacer lo que es socialmente correcto, siguiendo estrictamente las normas; hacer lo que es aceptado o idóneo, ser conformista. *Reconocimiento* se refiere a ser bien visto y admirado, ser considerado como persona importante, llamar favorablemente la atención, conseguir el reconocimiento de los demás. *Independencia* se refiere a tener derecho a hacer lo que uno quiere hacer, ser libre para decidir por sí mismo, ser capaz de actuar según el propio criterio. *Benevolencia* a hacer cosas por los demás y compartirlas con ellos, ayudar a los pocos afortunados, ser generosos. *Liderazgo* a estar al cargo de otras personas teniendo autoridad sobre ellas, estar en un puesto de mando o de poder.

El Cuestionario de Valores Interpersonales es de fácil aplicación, que puede ser individual y colectiva, dura aproximadamente 15 minutos y posee una suficiente fiabilidad como prueba autoaplicada. El ámbito de aplicación son adolescentes y adultos. Sus escalas han sido identificadas a través del análisis factorial partiendo de datos obtenidos en muestras de estudiantes de enseñanza media, universitarios, trabajadores de la industria y otros grupos de adultos. El contenido de los elementos se mostró significativo para cada uno de estos segmentos de población y las escalas demostraron poder discriminativo en todos ellos.

El SIV utiliza un sistema de elección forzosa. Consiste en treinta series de tres proposiciones o tríadas. En cada tríada el sujeto debe elegir la proposición para él más importante y la que lo es menos. Dentro de cada tríada están representadas tres diferentes dimensiones de valor. Este método de elección forzosa dificulta más la distorsión voluntaria que los procedimientos empleados en los cuestionarios tradicionales.

En lo que respecta a la fiabilidad el cuestionario, Echevarría llevó a cabo un extensísimo estudio sobre la consistencia interna del Cuestionario SIV con una numerosa muestra (N=13.321) de estudiantes universitarios. Utilizó tres métodos:

la fórmula 20 de Kuder-Richarson, las fórmulas de Gulliksen (normal y abreviada) y el método de las dos mitades.

Las escalas cuyos elementos han sido identificados a través de las técnicas de análisis factorial se consideran dotadas de una validez factorial.

iii. Escala de HHSS (EHS; Gismero, 2002).

La Escala de HHSS (EHS) de Gismero, está compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están destinados a la evaluación de la falta de aserción o déficit en las habilidades sociales y cinco de ellos orientados en sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, desde “No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no lo haría” a “Muy de acuerdo y me sentiría así en la mayoría de los casos”. A mayor puntuación global, el sujeto expresa tener más HHSS y capacidad de aserción en distintos contextos.

El análisis factorial final ha revelado 6 factores: (1) autoexpresión en situaciones sociales, (2) defensa de los propios derechos como consumidor, (3) expresión de enfado o disconformidad, (4) decir no y cortar interacciones, (5) hacer peticiones y (5) iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Sus ámbitos de aplicación preferentes son el clínico y la investigación, tanto con adolescentes como con adultos.

La versión definitiva de 33 ítems muestra una fiabilidad de 0,88 que puede considerarse alta.

Se puede considerar en principio que los ítems del instrumento de autoinforme tienen validez de contenido; su formulación se ajusta en general a lo que comunmente se entiende por conducta asertiva.

iv. Rejilla de Constructos diseñada ad hoc (véase anexo).

Para evaluar las implicaciones negativas de las HHSS de cara a poder contrastar las hipótesis de este estudio se diseñó una Rejilla de Constructos consistente en una descripción narrativa de tres personas prototípicas de (a) timidez; (b) agresividad y (c) asertividad. Tras leer las tres descripciones se le solicitaba a los participantes que las comparasen entre sí y con una serie de personas de referencia de su entorno, como es habitual en la metodología de Rejilla. La comparación servía para elicitar los constructos personales, que posteriormente se aplicaban a los elementos mediante una escala tipo Likert de 1 a 5 puntos. (Para una descripción detallada de la técnica de Rejilla de Constructos Personales véase Botella y Feixas, 1998; para un ejemplo completo de la Rejilla utilizada en este estudio véase anexo.)

Procedimiento

En los primeros 90 minutos de la primera sesión del curso de HHSS se solicitó a los participantes que cumplimentaran los instrumentos de evaluación. Dado que la tarea era fatigosa, se hicieron pausas entre la administración de los diferentes

instrumentos. Para asegurar que no hubiese confusión al administrar la Rejilla, la terapeuta que impartía el curso supervisó de cerca la administración y permaneció en todo momento junto al grupo de participantes para resolver cualquier duda o malentendido que se pudiese producir.

Los resultados de los instrumentos fueron entrados en una matriz y analizados mediante el software estadístico *IBM SPSS Statistics 19*.

Resultados

Los datos de cada factor de cada cuestionario, así como de la medida de Implicaciones Negativas de las HHSS obtenida mediante la Rejilla de Constructos fueron sometido a un Análisis de Componentes Principales con rotación Varimax. El resultado de tal análisis (véase Tabla 1) indica lo siguiente.

Tabla 1. Análisis de Componentes Principales de los cuestionarios administrados y de la medida de Implicaciones Negativas de las HHSS obtenida mediante la Rejilla de Constructos^a

		Componentes		
		1	2	3
SPV	Practicidad			0,647
	Resultados		-0,703	
	Variedad	0,498	0,381	-0,507
	Decisión		-0,769	
	Orden y Método	-0,413	0,635	
	Metas	-0,338		-0,443
SIV	Estímulo	-0,689		
	Conformidad	-0,500	0,348	
	Reconocimiento		-0,760	
	Independencia	0,502	0,362	-0,418
	Benevolencia		0,583	
	Liderazgo	0,635	-0,516	
EHS	Autoexpresión social	0,694		
	Defensa derechos	0,723		
	Expresión enfado	0,649		
	Cortar interacciones	0,789		
	Peticiones	0,380		
	Iniciar interacciones sexo opuesto	0,476		0,477
Rejilla	Implicaciones Negativas HHSS			0,490

^a Rotación Varimax. Se incluyen sólo las cargas factoriales superiores a 0,30 en valor absoluto

La variabilidad de los datos se explica mediante 6 componentes principales, si bien los tres primeros explican más de un 50% de la variancia (concretamente un 52,98%).

El análisis de las cargas factoriales de los factores (subescalas) de los

cuestionarios administrados, juntamente con la medida de Implicaciones Negativas de las HHSS obtenida mediante la Rejilla de Constructos, da una imagen de los dos primeros factores principales coherente con lo esperable.

Concretamente, el primer factor se compone de cargas positivas en todas y cada una de las seis subescalas de la Escala de HHSS (que además no aparecen en ningún otro factor), carga positiva de la subescala de Variedad y negativas de las subescalas de Orden y Metas del Cuestionario de Valores Personales, y de cargas positivas de las subescalas de Independencia y Liderazgo y negativas de las subescalas de Estímulo y Conformidad del Cuestionario de Valores Interpersonales.

Esta combinación da una imagen de alguien que valora la variedad, la independencia y el liderazgo por encima del orden, las metas inflexibles, el apoyo incondicional de los otros y la conformidad con lo establecido, además de tener un nivel muy alto de todas las HHSS. Hemos denominado a este factor Independencia Asertiva.

El segundo factor se compone de cargas positivas en la subescala de Orden y negativas en las de las subescalas de Practicidad y Decisión del Cuestionario de Valores Personales, y de cargas positivas en las subescalas de Benevolencia y negativas en las subescalas de Reconocimiento y de Liderazgo del Cuestionario de Valores Interpersonales.

Esta combinación da una imagen de alguien que valora el orden, el bien y la justicia social por encima de los resultados materiales inmediatos, de su capacidad ejecutiva de toma de decisiones firmes y resueltas, del reconocimiento y admiración social y del liderazgo. Hemos denominado a este factor Prosocialidad Altruista.

El tercer factor se compone de cargas positivas en la subescala de Practicidad y negativas en la subescala de Variedad y Metas del Cuestionario de Valores Personales, de cargas negativas en la subescala de Metas del Cuestionario de Valores Interpersonales, de cargas positivas en la habilidad social consistente en iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto y de cargas positivas en la escala de Implicaciones Negativas de las HHSS.

La interpretación de este factor es complicada y no inmediata. Da la imagen de alguien que valora el pragmatismo por encima de la variedad, las metas y la independencia, que atribuye connotaciones negativas a las HHSS pero que sin embargo sí tiene una de ellas: la de relacionarse con el sexo opuesto.

La aparición de la medida de Implicaciones Negativas de las HHSS obtenida mediante la Rejilla de Constructos solamente en el tercer factor del análisis de componentes principales y de forma tan ambivalente hace pensar que no es tan discriminante como se pudiese esperar.

Este dato pone en cuestión que los resultados de Winter (1992) se puedan contrastar directamente mediante el cálculo de las implicaciones negativas de las HHSS medidas mediante Rejilla de Constructos, tal como se ha demostrado en este trabajo. Sin embargo, los datos del Análisis del Componentes principales dan apoyo empírico a los resultados de Winter en otro sentido, dado que demuestran que en el

perfil que hemos denominado Prosocialidad Altruista no aparece ninguna de las subescalas del Cuestionario de HHSS, y sin embargo en el de Independencia Asertiva aparecen todas ellas.

Dicha distribución de las cargas factoriales coincide con los resultados de Winter al demostrar que un perfil de validación positiva de las HHSS conlleva un cierto sistema de valores personales e interpersonales. Este resultado se analiza con más detalle en el apartado siguiente.

Para comprobar esta asociación entre sistema de constructos y valores por una parte y HHSS por otra se llevó a cabo una segunda prueba: se dividió la muestra en dos grupos: participantes con HHSS (a) por encima y (b) por debajo de la media (utilizando para ello las puntuaciones estandarizadas del cuestionario) y se analizó el contenido de los constructos de uno y otro grupo.

El análisis de contenido que se presenta en forma de categorías en la Tabla 2 indica diferencias relevantes.

Tabla 2. Análisis de contenido de los constructos de los participantes divididos en dos grupos: (a) por encima de la media estandarizada del cuestionario y (b) por debajo de ella.

(a) HHSS por encima de la media (n=11)		(b) HHSS por debajo de la media (n=29)	
Categoría de contenido	% de Frecuencia (nº de constructos/total)	Categoría de contenido	% de Frecuencia (nº de constructos/total)
Sociabilidad	18/99=18,2%	Valores morales	41/319=12,9%
Afectividad/ Sensibilidad	17/99=17,2%	Sociabilidad	37/319=11,6%
Iniciativa	14/99=14,1%	Iniciativa	32/319=10%
Responsabilidad	14/99=14,1%	Inteligencia/ Creatividad	30/319=9,4%
Valores morales	8/99=8,1%	Afectividad/ Sensibilidad	27/319=8,5%
Felicidad/ Serenidad	8/99=8,1%	Responsabilidad	23/319=7,2%
Inteligencia/ Creatividad	5/99=5,1%	Seguridad	19/319=6%
		Agresividad	16/319=5%
		Felicidad/ Serenidad	16/319=5%

Si bien el número de participantes en uno de los grupos (sólo de 11) no permite calcular la significación estadística de las diferencias, sí podemos hacer conjeturas a partir de la distribución de los porcentajes. Básicamente se puede observar a partir de la comparación de dicha distribución entre ambos grupos que, si bien la sociabilidad preocupa a ambos, en el caso del grupo con menos HHSS ha sido desplazada al segundo lugar de la escala de valores por uno más importante para ellos: los valores morales. Esta imagen encaja de nuevo con la ofrecida por el análisis de componentes principales así como por los resultados de Winter (1992): otra vez emerge la diferencia entre un grupo independiente-asertivo y otro cuya visión del mundo se basa en valores morales altruistas y prosociales.

Discusión

La tradición cognitivo-conductual ha enfocado las HHSS como conductas (complejas, pero conductas al fin y al cabo) y competencias que se poseen o no, y que se pueden adquirir. El éxito de los programas de entrenamiento basados en tal modelo de competencias da parcialmente la razón a tal perspectiva de ellas.

Sin embargo, y tal como ha destacado entre otros Winter (véase 1992), hay un número de pacientes que fracasan en tales programas precisamente debido al significado que le atribuyen a las HHSS. No se trata tanto de que sean “incapaces” de adquirirlas, ni que se “resistan” a ello; es que desde la coherencia de su sistema de valores no se ven con buenos ojos conductas tales como reivindicar un derecho o cambiar el tema de una conversación, por ejemplo.

Si bien este estudio demuestra que un cómputo directo de las implicaciones negativas de las HHSS mediante una Rejilla de Constructos diseñada para la ocasión no es lo suficientemente discriminante, sí lo fueron los valores sociales y personales indicados por cuestionarios diseñados para evaluarlos.

Así, de forma coherente con lo esperado, las HHSS medidas mediante la Escala de HHSS aparecían todas ellas asociadas a un primer factor de los resultados que componía un eje de Independencia Asertiva, mientras que en el segundo de dichos factores, que se identificaba más como un eje de Prosocialidad Altruista, no aparecía ninguna de dichas habilidades.

El análisis cualitativo de los constructos personales utilizados por los participantes con un perfil de HHSS por encima y por debajo de la media normativa también confirmó este resultado. Los constructos pertenecientes a la categoría Valores Morales pasan de ocupar el quinto rango en el grupo con más HHSS a ocupar el primero en el grupo con menos HHSS. Sin duda eso no indica que el primer grupo no tenga valores morales, sino que no los antepone a la vida social satisfactoria porque no le son problemáticos. Por ejemplo, no ven ningún dilema entre ser “simpático” y ser “sensible”. Sin embargo, el grupo con menos habilidades considera a menudo que éstas serían incompatibles con sus valores morales más nucleares. Siguiendo con el ejemplo, pueden considerar que ser “simpático” es ser “poco serio” e incluso “irrespetuoso”, lo cual sería ser “insensible”. Dado que sus valores morales y éticos en este caso les llevan a preferir la sensibilidad a la “simpatía”, pueden considerar absurdo un programa de entrenamiento en habilidades que según su punto de vista podrían alejarles de sus constructos nucleares.

En este sentido, es importante tener en cuenta este resultado comprobado de nuevo: es decir, la conexión intrínseca entre valores y conductas (en este caso HHSS). Especialmente desde el punto de vista del diseño de programas de intervención ajustados a las necesidades y expectativas del cliente, y teniendo en cuenta la importancia demostrada repetidamente de la Alianza Terapéutica en el éxito de los tratamientos psicológicos.

Sin duda una buena evaluación de los valores sociales y personales del cliente podría ser un muy buen criterio de indicación de la modalidad terapéutica más

indicada. Los datos de este estudio, en consonancia con los de Winter (1992), demuestran que para cierto perfil de clientes (aquellos cuyo sistema de valores se centra en la búsqueda de la independencia asertiva), el entrenamiento directo en HHSS puede resultar idóneo. Sin embargo, para otro grupo de ellos (los que se caracterizan por buscar la prosocialidad altruista) puede fracasar debido a que desde su punto de vista son incompatibles con sus valores más nucleares.

Referencias bibliográficas

- Benítez, J. L., Tomás de Almeida, A. M. y Justicia, F. (2007). La Liga de los Alumnos Amigos: Desarrollo de las habilidades sociales del alumnado para prestar apoyo socioemocional. *Anales de Psicología*, 23 (2), 185-192.
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Buck, K. A. (2014). Sensitivity, child regulatory processes, and naturally occurring declines in antisocial behavior across childhood. *Journal of Family Psychology*, 28(6), 925.
- Bunford, N., Evans, S. W., Becker, S. P., & Langberg, J. M. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Social Skills in Youth: A Moderated Mediation Model of Emotion Dysregulation and Depression. *Journal of abnormal child psychology*, 43(2), 283-296.
- Burke, T. J., Woszidlo, A., & Segrin, C. (2012). Social skills, family conflict, and loneliness in families. *Communication Reports*, 25(2).
- Caballo, V. E. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Carrobes, J. A. I. (1998). Prólogo. En V. E. Caballo: *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Cavanaugh, A. M., & Buehler, C. (2015). Adolescent loneliness and social anxiety The role of multiple sources of support. *Journal of Social and Personal Relationships*,
- Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical psychology review*, 33(8), 914-928.
- Gimeno-Bayón, A. (2014). Psicopatología y psicoterapia de la fase de valoración ética. *Revista de Psicoterapia*, 25(97), 43-78. (<http://revistadepsicoterapia.com/psicopatologia-y-psicoterapia-valoracion-etica.html>)
- Gismero, E. G. (2002). *Escala de habilidades sociales (EHS)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gordon, L. V. (2007). *Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gordon, L. V. (2010). *Cuestionario de Valores Personales (SPV)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Lizeretti, N. P. y Gimeno-Bayón, A. (2014). Inteligencia emocional y valores éticos. *Revista de Psicoterapia*, 25(97), 79-104. (<http://revistadepsicoterapia.com/inteligencia-emocional-y-valores-eticos.html>)
- McNeil, D. W., & Randall, C. L. (2014). Conceptualizing and Describing Social Anxiety and Its Disorders. *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*, 1.
- Monjas, M. I., García, B., Elices, J. A. y Benito, P. (2009). *Cómo promover la convivencia: Programa de Asertividad y habilidades sociales (PAHS)*. Educación Infantil, Primaria y secundaria. Madrid: CEPE.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes (2001).
- Roca, E. (2007). *Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Madrid: ACDE.
- Rosal, R. (2014). Problemas sensoriales y emocionales que obstaculizan la vivencia de los valores éticos. *Revista de Psicoterapia*, 25(97), 1-42. (<http://revistadepsicoterapia.com/problemas-sensoriales-y-emocionales.html>)
- Senra, J., Feixas, G., y Fernandes, E. (2006). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de Psicoterapia*, 63-64, 179-201. (<http://revistadepsicoterapia.com/manual-de-intervencion-en-dilemas-implicativos.html>)
- Suelves, J. M. y Sánchez-Turet, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de Psicología*, 17(1), 15-22.
- Terapia Interpersonal (TIP). <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/pagina5.htm>

- Wheeler, J. G., Newring, K. A., & Schafer, K. D. (2014). Social Skills, Substance Abuse, and Sexual Behavior Problems in the Adolescent. *Toolkit for Working with Juvenile Sex Offenders*, 339.
- Winter, D. A. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research and applications*. London: Routledge.
- Zingler, E. & Philips, L. (1960). Social effectiveness and symptomatic behaviours. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 231-238.
- Zingler, E. & Philips, L. (1960). Social competence and outcome in psychiatric disorder. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 264-271.
- Zingler, E. & Philips, L. (1960). Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 215-222.

CINCO AXIOMAS DE LA EMOCIÓN HUMANA: UNA CLAVE EMOCIONAL PARA LA TERAPIA FAMILIAR

FIVE AXIOMS OF HUMAN EMOTION: AN EMOTIONAL KEY FOR FAMILY THERAPY

Esteban Laso Ortiz

Universidad de Guadalajara / Instituto Tzapopan, México.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Laso Ortiz, E. (2015). Cinco Axiomas de la Emoción Humana: una Clave Emocional para la Terapia Familiar. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 143-158.

Resumen:

Los cinco axiomas de la comunicación humana son uno de los textos más citados en la terapia familiar. Sin embargo, desde su publicación original ha habido varios descubrimientos en el ámbito de las emociones y la psicoterapia. Por tanto, presento una versión actualizada de los axiomas incorporando dichos descubrimientos en un marco sistémico-relacional.

Palabras clave: emoción, comunicación, terapia familiar, terapia sistémica

Abstract:

The five axioms of human communication are one of the most widely cited texts in family therapy. However, much has been discovered in the field of emotion and psychotherapy since their original publication. Therefore, I present here an updated version of the five axioms by incorporating those discoveries within the framework of relational-systemic therapy.

Keywords: emotion, communication, family therapy, systemic therapy



Introducción: la emoción, convidado de piedra de la terapia familiar

En su libro más reciente, Bertrando (2011, p. 229) afirma que “El trabajo con emociones es el menos teorizado en la literatura sistémica”. Efectivamente, y pese a los descubrimientos que sobre el tema se han dado en las últimas décadas, es posible que tanto el terapeuta familiar que quiera aprender a trabajar con emociones en sesión como el investigador que busque introducirlas en su reflexión terminen su revisión de la literatura con muy poca información *acerca de la emoción en sí misma*.

Como muestra, dos ejemplos: primero, el texto introductorio de Dallos y Draper (2010), cuyo capítulo dedicado a las emociones, tras hacer una breve panorámica de los postulados de los pioneros de la terapia familiar, pasa a discutir el *apego*. (Dicho sea de paso, es posible que los autores sean conscientes de la insuficiencia de su abordaje, habida cuenta del título del capítulo: “Ideas que siguen tocando a la puerta [de la terapia familiar]”). Segundo, y en una vertiente más posmoderna, Ramos (2008), que luego de un título que promete elucidar qué pasa “si añadimos los afectos”, aborda y clasifica los temas de una conversación terapéutica en función de si suscitan emociones negativas o positivas en los interlocutores (abriendo preguntas que quedan pendientes como “¿por qué el ser mal visto por quienes participan en una red conversacional puede generar en una persona emociones negativas?”, etc).

En los últimos años, la investigación sobre emociones ha sentado las bases de una comprensión integradora de los procesos que subyacen a las pautas relacionales sin que eso haya tenido mucha influencia en la discusión teórica o la práctica sistémicas. La terapia familiar ha empezado a revertir su histórico desdén por la emoción pero aún no ha podido encararla tejiendo un discurso no reduccionista que integre lo corpóreo, experiencial e individual *en las concepciones sistémicas* fundadas en la circularidad y la retroalimentación.

¿Por qué “cinco axiomas de la emoción humana”?

Quizá la más pura expresión de dichas concepciones sistémicas sean los cinco axiomas de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1985 [1967]), que no tienen parangón en cuanto a elegancia, generalidad y utilidad práctica. Aún hoy, casi cinco décadas después de publicados, siguen siendo con frecuencia el primer contacto de los estudiantes con la epistemología sistémica, los cimientos sobre los que se erige la forma de pensar y actuar del terapeuta relacional¹.

Este texto se propone poner al alcance de los terapeutas y teóricos de la familia una comprensión de las emociones integrándola en los clásicos axiomas de la comunicación humana para orientar la investigación de la permanencia y modificación de las pautas destructivas de interacción en las familias y los sistemas sociales. Así, además de aprovechar la generalidad, abstracción y potencia explicativa de los axiomas, se busca evidenciar que éstos a su vez se derivan de la estructura emocional humana y que, atendiendo a este proceso afectivo subyacente,

los terapeutas pueden intervenir de la manera más eficaz y directa.

Para esto, describo a continuación las versiones clásicas de cada axioma y propongo una versión actualizada que explico brevemente.

Primer axioma: “no es posible no comunicar”. = “no es posible no resonar”.

El más conocido, simple y general de los axiomas afirma que, *para las personas que comparten un mismo espacio y tiempo, no es posible no comunicar* (Watzlawick *et al*, 1985 [1967], p. 49); en otras palabras, que todos estamos siempre comunicando sin importar nuestra intención. Nótese que no se limita a las personas que participan voluntariamente: el pasajero que hace gala de concentrarse en su libro o el marido que se abstrae en un partido televisado están comunicando, a través de su actitud, que no están interesados en participar de la interacción. Más aún, la comunicación es independiente de la misma intención de comunicar: la azafata que sonríe tensamente al pedir al pasajero que enderece su asiento demuestra que no se requiere que el gesto se derive de un deseo de transmitir un mensaje para que sea capaz de hacerlo. Lo fundamental es el hecho de que los seres humanos transmitimos continuamente, queramos o no, mensajes a nuestros congéneres.

Ahora bien: la explicación que aportan los autores es que es imposible no comportarse, es decir, que “no hay nada que sea lo contrario de conducta” (Watzlawick *et al*, 1985 [1967], p. 50). Sea o no esto verdad (no hay unanimidad al respecto; cf. Seligman, 1991), *no explica por qué, además de comportarnos, los seres humanos estamos siempre respondiendo al comportamiento de los otros*, siempre orientando nuestras acciones hacia los otros. Sin este orientarse a los demás el comportamiento no llega a convertirse en comunicación. Un fragmento de conducta no es, en y por sí mismo, un mensaje; éste consiste en *conducta más significado*, en el comportamiento del emisor más la interpretación del receptor (que puede o no coincidir con la intención de aquel).

Por tanto, la imposibilidad de no comunicar se deriva de un fenómeno más fundamental: *la orientación automática, tácita y continua de los seres humanos hacia los demás*. Detrás de la imposibilidad de no comunicar se encuentra la imposibilidad de no conectarse, de permanecer impasibles ante la mera presencia de otro. Como lo indican, entre otros, Goffman (1983/1997) y Searle (2014), sólo podemos entender lo que alguien nos dice *en la medida en que ya lo entendemos de antemano en un nivel básico*: aprender a hablar supone una capacidad previa de interpretar los gestos y fonemas *como acciones orientadas a un objetivo*.

En términos más contemporáneos, la capacidad de comunicarse se deriva de la capacidad humana de crear una “teoría de la mente” del otro (Gärdenfors, 2006), a su vez dependiente, según parece, de las “neuronas espejo”, estructura del sistema nervioso de los primates y humanos descubierta hace algo más de una década (Fishbane, 2007). Las “neuronas espejo” se activan tanto al realizar una acción como al observar a un congénere realizarla, lo que, según varios teóricos (Iacoboni, 2009), permite interpretarla merced a un “modelo interno” del otro, en constante

actualización, que codifica su movimiento *como una acción orientada a un objetivo*. Asimismo, y más importante, el ser humano dispone también de neuronas espejo inervadas con los músculos que controlan la expresión facial de las emociones; es decir, *neuronas que se activan cuando uno adopta la expresión facial de alguna de las “emociones básicas”* (que discutiré más adelante) *y también cuando ve a alguien adoptarla*, lo que parece subyacer a nuestra notable capacidad empática: comprender al otro implica en cierto modo recrear en nuestro interior su estado emocional, lo que no puede por menos de cambiar el nuestro (ya que adoptar una expresión facial induce la emoción correspondiente; Ekman, 2003; Laso, 2009a).

Esta permanente conexión emocional de trasfondo entre los interlocutores se evidencia en el fenómeno del “contagio emocional” (Barsade, 2002), “la tendencia a imitar y sincronizarse automáticamente con las expresiones faciales, vocalizaciones, posturas y movimientos de otra persona, lo que conduce a converger emocionalmente con ésta” (Hatfield, Cacioppo y Rapson, 1994, p. 5; la traducción es mía). La evidencia sugiere que el contagio emocional es no sólo frecuente sino ubicuo y que nace de *la sincronización mutua de los patrones de movimiento, expresiones emocionales y conducta paraverbal de los participantes en una interacción*.

Esta capacidad de resonar otorga ventajas evolutivas cruciales a la especie humana. Todo organismo procura orientarse continuamente en relación con su entorno y sus necesidades vitales. Sin embargo, los seres de la misma especie son un aspecto del entorno al cual la mayoría de organismos prestan particular importancia y atención como lo demuestra la facilitación social, fenómeno que se da incluso en insectos (Zajonc, 1965). Orientarse a la conducta de los coespecíficos otorga una definitiva ventaja: al compartir un nicho ecológico son los principales competidores directos por la comida y los recursos pero también los potenciales *partners* en la generación de crías. Esta ventaja se potencia cuando además de atender a la conducta presente el organismo se vuelve capaz de *anticipar la conducta futura de sus coespecíficos*, lo cual va más allá de predecir su trayectoria ya que implica elaborar una conjetura tácita de su *objetivo o propósito*. Esta capacidad permite al organismo no sólo coordinarse con los copresentes en el aquí y ahora sino a mediano plazo: evitar un posible ataque, aprovechar una futura oferta de apareamiento, etc. Es precisamente esto lo que hacen las neuronas espejo: emular la emoción del otro y a través de ella, su intención.

La contraparte de este mecanismo, también evolutivamente seleccionada, es que *los seres humanos transmitimos constantemente información relacional* (que no “mensajes”, término que se debería reservar para los actos comunicativos *intencionales y conscientes*) codificada en nuestra postura, conducta paraverbal y sobre todo gestos, en mucha mayor cantidad que cualquier otro mamífero. Dicha información armoniza tácitamente a los miembros de un grupo de cara a la acción cooperativa (aunque puede ser también aprovechada para tomar ventaja adelantán-

dose a ella). Así, el que la expresión facial de alguien transparente habitualmente su estado emotivo obedece a nuestra naturaleza esencialmente social y mamífera; de aquí el problema del doble vínculo, la *incongruencia* entre lo digital y lo analógico *junto con la falta de consciencia del emisor acerca de su estado emocional de fondo y de lo que por ende transmite analógicamente*.

En definitiva, el ser humano es exquisitamente social, evolutivamente diseñado para armonizarse de manera tácita, automática y constante con sus congéneres a través del movimiento rítmico (McNeill, 1997) y el contagio emocional, construyendo la “intencionalidad colectiva” que sostiene a las instituciones y sociedades (Searle, 2014). *Ceteris paribus*, dada una situación de co-presencia, *al ser humano le es imposible no telegrafiar sus estados anímicos y no resonar con los de los demás*.

Segundo axioma: “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación”. = “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto emocional que enmarca al primero clasificándolo dentro de un conjunto de emociones y sus concomitantes estrategias”.

Según el segundo axioma, todo mensaje conlleva dos elementos: primero, un “contenido” que corresponde a la parte explícita; segundo, un “metamensaje” que sirve de “marco” al primero dotándolo de significado. Aquel, fácil de identificar y definir, es hasta cierto punto trivial; éste, de mayor interés de cara a la intervención terapéutica o la investigación, deviene por desgracia ambiguo², como lo demuestran las sucesivas definiciones y ejemplos que los autores ensayan sin capturar del todo su esencia.

Así, empiezan por señalar que “una comunicación no sólo transmite información sino que... impone conductas” (Watzlawick *et al*, p. 52), con lo que asimilan tácitamente el contenido con un “informe” y el metamensaje con un “mandato” (a la manera de una neurona cuyo disparo informa a la siguiente de que la anterior ha disparado y a la vez la hace activarse). Sin embargo, apuntan más adelante que el metamensaje es un “aspecto conativo” que “se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es” el contenido, y “por ende, en última instancia, a la relación entre los comunicantes”, lo que ejemplifican imaginando que una mujer señala el collar de otra preguntándole “¿Son auténticas esas perlas?”: si el contenido es inequívoco y se refiere a un objeto (las perlas), el tono de voz, el contexto y la expresión facial pueden sugerir “una relación amistosa, una actitud competitiva, relaciones comerciales formales, etc.” (Watzlawick *et al*, 1985 [1967], p. 53). Más adelante, ponen como ejemplos de metamensaje “Esto es una orden” y “sólo estoy bromeando” para cerrar apuntando que “la relación también puede expresarse en forma no verbal gritando o sonriendo...” y que “puede entenderse claramente a partir del contexto en que la comunicación tiene lugar; por ejemplo, entre soldados uniformados o en la arena de un circo” (Watzlawick *et al*, 1985 [1967], p. 55).

Ahora bien: este análisis (por lo demás pionero) deja sin resolver la incógnita tácitamente planteada por el axioma –y que ha pasado curiosamente desapercibida desde su publicación original: si la metacomunicación “clasifica” al contenido, ¿con qué sistema de categorías lo hace?

La meta-información *stricto sensu* relacional está codificada en los componentes no verbales (postura, gesto, proximidad) y paraverbales (entonación, volumen, timbre) del mensaje ya que atañen *al modo en que el hablante experimenta la interacción y a sí mismo en el instante en que lo emite*; en otras palabras, a su estado emocional, que determina la disposición dinámica con que aborda la situación y a los otros. Pues la emoción puede verse como una atribución automática y tácita de significado, maximizadora de la supervivencia y éxito del organismo, que opera clasificando las situaciones dentro de un conjunto limitado de alternativas caracterizadas por un escenario prototípico y una estrategia concomitante (Laso, 2014). Estas alternativas fueron destiladas a lo largo de millares de años de evolución biológica, en las emociones básicas, y de siglos de evolución sociocultural, en las complejas; son el producto de millares de encuentros de los antecesores pre- y homínidos con los escenarios más recurrentes y cruciales para su supervivencia y su reproducción, que quedaron así “grabados” como los repertorios de respuesta coherentes, instantáneos y paradigmáticos que llamamos “emoción”. De que varias especies desplieguen agresión innata (ira) se deduce que sus antecesores toparon repetidas veces con escenarios en los que tuvieron que repeler una invasión a sus intereses vitales; de que sientan miedo y huyan o se paralicen, que dieron también con escenarios que desbordaban su capacidad de afrontamiento, etc.

Esta teoría de la emoción unifica la visión socioconstruccionista con la evolutiva: en ambos casos se trata de repertorios de conducta y experiencia que emergen más o menos automáticamente ante situaciones determinadas de forma biológica o cultural (en el caso de las emociones complejas que se sustentan en el lenguaje, como indica el construccionismo). La introducción de las emociones resuelve la pregunta sobre el sistema de categorías en que la metacomunicación clasifica a un mensaje: lo hace o bien dentro de las cuatro emociones básicas universales (que describo brevemente a continuación) o bien dentro de las emociones complejas de una cultura (por ejemplo, la “vergüenza ajena” hispana o el *fago ifaluk*; Parkinson, Fischer y Manstead, 2005), que pueden entenderse como diferenciaciones ulteriores de aquellas.

No hay acuerdo acerca del número de emociones básicas humanas (Ekman y Davidson, 1994); sin embargo, una de las implicaciones de esta teoría es que deben ser relativamente pocas ya que no puede haber una plétora de escenarios abstractos sustancialmente diferentes (pero recurrentes en la cadena evolutiva) que comprometan los intereses vitales de un ser humano. Por tanto, sostengo, en línea con investigación reciente (Jack, Garrod y Schyns, 2014), que existen solamente *cuatro*, con sus escenarios y estrategias concomitantes:

- Alegría: el individuo ha ganado o está aprovechando un recurso que

- potencia sus intereses vitales; se expande y flexibiliza, literal y metafóricamente, para integrarlo y asegurar su permanencia;
- Tristeza: ha perdido un recurso crucial (en particular, un vínculo afectivo); se repliega para minimizar nuevas pérdidas, pasar revista a sus recursos y cobrar fuerzas;
 - Miedo/sorpresa: ha sucedido algo inesperado y no trivial; se detiene para reorientarse, enfocarse en la novedad hasta discernir si es o no amenazante y, si fuera el caso, huir;
 - Asco/ira: algo dañino amenaza con invadir al individuo o con apropiarse de recursos clave u obstaculizar su acción; aleja y protege sus puntos de entrada (boca y nariz) mientras se compacta y tensa para cerrarle el paso y expulsarlo de su camino.

Los escenarios de las dos primeras carecen de ambigüedad y son emociones primarias “puras”; los de las dos últimas involucran cambios repentinos en el ambiente que pueden definirse en distintas direcciones. Concomitantemente, su expresión facial (indicadora de las variaciones experienciales y disposicionales) parte de un estado inicial de alerta o tensión y se va diferenciando en fracciones de segundo hacia el miedo o la sorpresa, el asco o la ira a medida que la persona procesa la información del entorno hasta encajarlo en alguna categoría.

Esta clasificación es sólo el principio. La extraordinaria complejidad emocional humana se deriva de dos factores: la agilidad del procesamiento tácito y que las emociones se combinan formando “haces” experienciales con distintas “capas” (como mínimo, primaria y secundaria; Laso, 2014)³. La metáfora más usada para entender esta combinación es cromática, las emociones básicas como colores primarios y las complejas como secundarios, de lo que se deduce un “mapa de la emoción” (el modelo circunplejo, Plutchnik, 2000); pero es insuficiente porque no contempla el factor temporal: *las capas que integran todo episodio emotivo siempre están cambiando*. Más razonable resulta una metáfora musical: emociones que, al igual que las notas en un acorde, se superponen con mayor o menor armonía y se suceden dando paso a una melodía que puede, a su vez, analizarse en dos direcciones; diacrónica, atendiendo a un plano (o instrumento) específico para contemplar su transformación a lo largo del episodio, o sincrónica, “pelando” una a una las capas de la experiencia de la más llamativa, intensa e inmediata a la más sutil, profunda y abstracta (Laso, 2014). Emociones complejas como la melancolía o la vergüenza ajena equivalen a estas “armonías” que se erigen sobre una nota-base o “clave” (la tristeza en la melancolía, el desprecio en la vergüenza, etc), que las “aterriza” otorgándoles sentido global (el interés vital de la persona que está en juego en la situación y lo que anticipa que le ha de ocurrir).

En definitiva, la metacomunicación implícita en todo mensaje consiste en *la clasificación tácita de la situación por parte del hablante dentro de alguna de las emociones básicas y sus respectivos acordes*.

Tercer axioma: “La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”. = “La naturaleza de una relación depende de las emociones mutuas que la configuran y sostienen, las cuales influyen en la puntuación de las secuencias de comunicación”.

Según la explicación que dan los autores del tercer axioma, cada participante en una interacción tiende a interpretarla de manera idiosincrática y coherente con sus actos, fijándose únicamente en los eventos que apoyan dicha interpretación e ignorando o menospreciando los que la contradicen. Puesto que lo mismo se aplica a los demás, los actos de todos son interpretados por todos de manera que genera un patrón cuya permanencia se debe a la ceguera selectiva: cada uno se vive como reaccionando o defendiéndose de lo que “le hacen” sin percatarse de su contribución al círculo vicioso. El ejemplo clásico es la pareja en que “el marido dice que su retraimiento no es más que su defensa contra los constantes regaños de su mujer, mientras que ésta dirá que esa explicación constituye una distorsión burda de lo que realmente sucede en su matrimonio, esto es, que ella lo critica debido a su pasividad” (Watzlawick *et al*, p. 58).

Este axioma es la semilla de la “realidad construida” del Watzlawick tardío (1992 [1988]) y la justificación de la técnica característica del MRI, la reformulación (*reframing*; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974, p. 117 y ss). La manera más clara de retratar este encaje entre acciones e interpretaciones mutuas, llamado por Bateson “ecología de las ideas”, es el diagrama de “nudo de corbata” (*bow tie*; Procter, 1996), con tantas columnas como participantes y dos filas por columna, una con la interpretación de la conducta del otro y otra con la acción concomitante. La Figura 1 es el *bow tie* de la pareja paradigmática del MRI, George y Martha, protagonistas de “*Who’s Afraid of Virginia Woolf?*” de Edward Albee.



Figura 1: Bow tie de George y Martha («Who’s Afraid of Virginia Woolf?»)

Nótese que Martha sólo “ve” los actos de George y su interpretación de los mismos, a la inversa de éste; asimismo, que ambos están conectados únicamente a través de sus respectivas interpretaciones de los actos del otro, siguiendo el *dictum* constructivista de que “no existe interacción instructiva” (Leyland, 1988).

Sin embargo, y en línea con la observación que abre este artículo, *en esta*

ecología de las ideas las emociones brillan por su ausencia, lo cual no hace justicia a su papel de “raíz de la acción, tanto motivacional como temporalmente” (Laso, 2014, p. 100). La clasificación emocional, tácita, de la situación sobrepaja la cognitiva consciente y la determina, así como establece el tipo de acciones por las que la persona se decanta; si Martha se siente subrepticamente triste por lo que vivencia como desprecio o indiferencia de George tenderá a reaccionar con ira y suspicacia *por más que éste, o el terapeuta, se esfuercen en convencerla* de que “no lo está entendiendo” o de que “no está viendo la totalidad del problema”. A esto cabe añadir que *la conexión emocional es directa*, no mediada por la “construcción” o la “puntuación de la secuencia de eventos”, las cuales emergen cuando ésta ya se ha activado enmarcándolas (por el contagio emocional antes reseñado). Como sabe cualquier terapeuta, es extremadamente difícil distanciarse de una situación para contemplarla cuando se está bajo el efecto de una emoción; de ahí que la terapia de pareja exitosa no implique únicamente desactivar los circuitos mutuos de ataque y crítica sino favorecer la reconexión emocional a un nivel más profundo y saludable (el flujo del “amor complejo”; Linares, 2012).

En suma, el cambio sostenible requiere modificar las emociones que definen la relación pues de ellas dependen tanto las acciones como la “puntuación de la secuencia de eventos”; y los enfoques de terapia familiar han de trascender la ecología de las *ideas* para adoptar una ecología de las emociones como la que muestra la Figura 2.

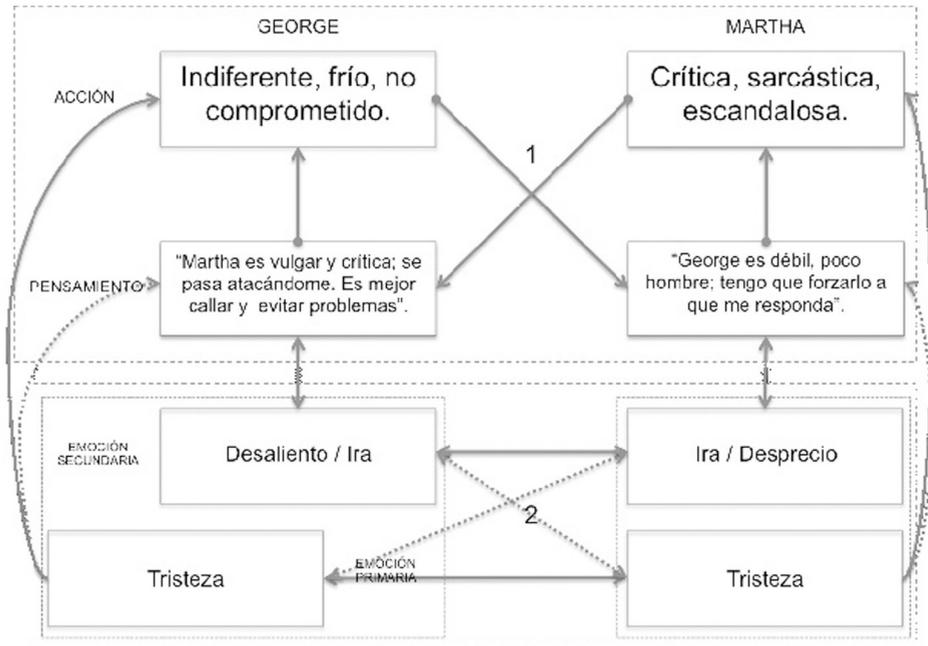


Figura 2:
Ecología de las emociones de George y Martha (“Who’s Afraid of Virginia Woolf?”)

Cuarto axioma: “Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones”. = “Los seres humanos se comunican en un continuo que va de lo digital a lo analógico; el lenguaje digital tiene una base analógica (es decir, corpórea), gracias a lo que puede dar sentido a la experiencia. El aspecto analógico codifica la intensidad y valencia de las emociones que subyacen a la relación y dan cuerpo a la interacción”.

Los autores empiezan contrastando dos formas de “lenguaje” (o bien, dos aspectos del lenguaje): el digital, discreto (compuesto de unidades indivisibles como 0 y 1) y arbitrario, y el analógico, continuo y similar a lo que intenta representar, y comparando el funcionamiento de las neuronas al primero y el del sistema “humoral” (endocrino) al segundo. Acto seguido, apuntan que “en la comunicación humana es posible referirse a los objetos... de dos maneras... por un símil, tal como un dibujo, o bien mediante un nombre” (Watzlawick *et al*, 1985 [1967], p. 62); e indican que comunicación analógica es “todo lo que sea comunicación no verbal”, lo que incluye “la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas...” (Watzlawick *et al*, 1985 [1967], p. 63). Todo mensaje tiene una faceta digital, que equivale al contenido del segundo axioma, y una analógica, correspondiente a la relación; aquella es precisa y goza de operadores lógicos, esta es ambigua y carece de indicadores para la negación o la orientación temporal; a cambio, es idónea para “expresar” (que no referirse a) la forma de la relación, virtud ausente en aquella. Finalmente, “en su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre... debe traducir constantemente del uno al otro” (Watzlawick *et al*, 1985 [1967], p. 67), lo cual es fuente de incontables malentendidos y patologías.

Quizá sea este el axioma que más acotaciones requiere: puesto que los organismos presentan aspectos *tanto analógicos como digitales* la oposición entre ambos es artificial. Lo que en un nivel parece digital se revela como analógico en otro (Gärdenfors, 2005)⁴. Así, la neurona *no* responde a una “lógica de 0 o 1”; si bien es cierto que, en un instante aislado, puede estar o no disparando, también lo es que, considerada a lo largo de un período, presenta una tasa de disparo, un “ritmo” modificado por las neuronas aferentes: la información, por ende, no está codificada en términos binarios sino *en la variabilidad de la tasa de disparo neuronal*. Asimismo, la actividad eléctrica, “digital” (de “todo o nada”), es *intracelular* (la señal se propaga del cuerpo al axón); la comunicación entre células depende de la liberación de neurotransmisores que son capturados *en cantidades variables* (“analógicas”) por los receptores dendríticos de neuronas circundantes (Freeman, 2000).

Tampoco en el significado se puede establecer una distinción nítida entre lo análogo y lo arbitrario. Un signo puede referirse a un objeto en virtud de un parecido

(en cuyo caso se le llama “ícono”; p. Ej., un retrato a su modelo), de una conexión física o causal (los llamados “índices”; p. Ej, el humo al fuego) o de una pura convención (“símbolos”; p. Ej., la letra δ al número π ; Chandler, 2007, p. 36 y ss); pero *ninguno opera sin una base consensual establecida por la cultura* (“incluso las fotografías y las películas se erigen sobre convenciones que debemos aprender a interpretar”; Chandler, 2007, p. 38; la traducción es mía).

Finalmente, incluso el arquetipo de lo digital, la cognición humana, parece descansar en lo analógico. Tras un largo período de racionalismo cartesiano (cuyas insuficiencias detalla Descombes, 2001), la ciencia cognitiva y la filosofía de la mente están empezando a inclinarse por el *enactment* (la primacía de la acción como origen y modelo de la cognición; Hawkins y Blakeslee, 2005), el *embodiment* (la experiencia encarnada de moverse en un cuerpo en el espacio como base de la sintaxis y el significado; Varela, Thompson y Rosch, 1991) y la metáfora como mecanismo cognitivo por excelencia (Lakoff, 1987). Pues la “máquina digital” que la revolución cognitiva quiso ver en el sistema nervioso humano está por fuerza imbricada en otra máquina, esta “analógica”: un cuerpo cuya constante labor metabólica sigue las leyes de la termodinámica y cuyas vicisitudes determinan, a la postre, la supervivencia de aquella (Pozo, 2001).

Sin embargo, la hipótesis de que el ser humano procesa (o representa) información de maneras diferentes y a niveles no siempre transparentes entre sí parece acertada y persiste en varios modelos terapéuticos constructivistas; por ejemplo, lo tácito y lo explícito (Guidano y Liotti, 2006), lo verbal y preverbal (Kelly, 1955), la experiencia y la narrativa (Gonçalves, 2002), etc. Más completo y preciso resulta el modelo psicoanalítico-cognitivo de Bucci (1997) que distingue tres niveles, el subsimbólico (análogo), el simbólico no verbal (imagería) y el simbólico verbal; o el de Gärdenfors (2000) que postula un nivel conexionista (análogo y fragmentario), uno intermedio, sustrato de la metáfora, que sigue reglas espaciales (el “espacio conceptual”) y uno lógico y simbólico.

Ninguno de estos enfoques comprende el paso de un nivel a otro como automático o inequívoco; las distorsiones surgidas en esta “traducción” (o mejor, en esta conjetura, Laso, 2011, 2012) devienen parte de los mecanismos que crean y mantienen los síntomas psicopatológicos; la mejoría pasa, al menos en parte, por aumentar la coherencia entre niveles (Ecker y Hulley, 1996) favoreciendo su ajuste mutuo (lo que Bucci, 1997, llama “proceso referencial”), lo que no consiste tanto en “digitalizar” lo analógico como en “analogizar” lo digital, en dar cuerpo (contenido metafórico, sensorial, kinestésico, encarnado...) a la explicación que sobre su experiencia elabora la persona momento a momento.

De todo esto se desprende que la relación analógico-digital no es una dicotomía sino un continuo sobre el cual se distribuyen los procesos humanos de significado⁵. Sin embargo, subsiste una pregunta que ha pasado desapercibida tanto a los autores de los axiomas como a sus comentaristas: ¿de qué es análogo el lenguaje analógico? ¿Cuál es la semejanza que le brinda sentido? Esta pregunta es

fácil de responder ante los gestos, que suelen imitar la acción que representan (extender el brazo con la palma hacia delante transmite “¡alto!” porque remeda el impedir el paso por la fuerza); pero el tono y el volumen de la voz, la expresión facial, etc., no dependen de este tipo de semejanza. Debe haber, pues, alguna propiedad *abstracta* de la conducta que pueda variar a lo largo de un continuo, caracterizar tanto a la acción como al lenguaje analógico y convertirse en mensaje merced a dicha semblanza.

El sustrato emocional del lenguaje analógico permite responder a esta incógnita e incluso especificar sus referentes. Según el modelo PAD (Russell y Mehrabian, 1977), las emociones varían en torno a tres dimensiones: valencia (positiva-negativa), intensidad (*arousal*) y dominancia (tema del siguiente y último axioma). La valencia se refiere al modo en que la situación afecta los intereses o necesidades vitales del individuo: si los satisface o potencia es positiva y se experimenta placenteramente, si los menoscaba o exacerba es negativa y genera *displacer* o perturbación. La intensidad da cuenta de la urgencia que la persona atribuye a la situación y, concomitantemente, de la importancia de los valores o necesidades básicas que ésta compromete.

Estas dimensiones influyen sobre la postura y la conducta “encarnándose” en indicadores no verbales que, a riesgo de simplificar, podemos reducir a cinco (Mauss y Robinson, 2009): cuatro estáticos, expansión-retracción, relajación-tensión, cercanía-distancia y voz aguda-grave, y uno dinámico, movimiento fluido-movimiento espasmódico (Leffler, Gillespie y Conaty, 1982; Mehrabian, 1969; Thayer, 1989). Para interpretarlos se pueden sugerir algunas pautas (ignorando en aras de la brevedad las interacciones). La proximidad es proporcional a la valencia: *ceteris paribus*, tendemos a acercarnos a lo que nos produce placer. La intensidad es proporcional al tono de la voz: emociones más fuertes conducen a un tono más agudo. La expansión es proporcional a la dominancia: cuando nos sentimos más poderosos ocupamos más espacio personal con movimientos, gestos y posturas; por el contrario, cuando nos sentimos amenazados nos contraemos minimizando la superficie expuesta. La relajación del tono muscular responde a las tres dimensiones (las emociones negativas inducen tensión, la dominancia conduce a la relajación) pero parece más dependiente de la intensidad (a mayor activación, menor relajación). Finalmente, el movimiento fluido caracteriza los estados de activación mediana o alta y valencia positiva (*energetic arousal*; Thayer, 1989); el espasmódico, derivado de la rigidez en los músculos esqueléticos del cuello, los hombros y la espalda, a los de activación alta y valencia negativa (*tense arousal*; Thayer, 1989).

Quinto axioma: “Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia”. = “Todos los intercambios comunicacionales se definen en función del acoplamiento emocional de los participantes en torno a dos ejes: agencia, cuyos extremos son sumisión y dominancia, y comunión, cuyos extremos son afecto

e indiferencia. Un acoplamiento armónico puede conducir a la complementariedad; uno discordante, a la simetría”.

El último axioma atañe al estatus recíproco de los participantes en la interacción e introduce el controvertido tema del *poder*. Sin entrar en una discusión tan prolongada como compleja, señalo que esta acepción de “poder” *no* es la corriente en ciencias sociales, “la habilidad de un agente para... que los sujetos hagan lo que él quiere que hagan, con independencia de que quieran hacerlo o no” (Searle, 2014, p. 201), sino una más acotada, la capacidad de “definir la relación” como simétrica, o sea basada en la semejanza, o complementaria, en la diferencia. En las relaciones simétricas una conducta de uno incita en el otro una conducta parecida, por lo que tienden a la competición; en las complementarias, las conductas “encajan” sin necesariamente exacerbarse porque son de signo contrario. En la simetría los interlocutores tienen el mismo estatus y por ende comparten el poder; en la complementariedad hay alguien “arriba” (*one-up*) y otro “abajo” (*one-down*) y por ende el poder es desigual (aunque esta interpretación es más coherente con Haley y Richeport, 2003). Desde este punto de vista, dos personas cediéndose mutua e insistentemente el paso están compitiendo simétricamente *por la posición inferior* definiendo *a fortiori* al otro como “superior”.

El quinto axioma es hasta cierto punto deducible de la combinación entre el primero y el tercero: si estamos todo el tiempo resonando emocionalmente ante los demás y si la emoción es una clasificación tácita de las situaciones, se sigue que estamos continuamente clasificando los escenarios y a los otros a medida que interactuamos; es decir, respondiendo todo el tiempo a la pregunta “¿quién soy yo para él/ella y quién es él/ella para mí?” *vis à vis* nuestros intereses vitales y necesidades básicas.

Sin embargo, según el modelo circumplejo interpersonal, hay necesidades de dos clases: agencia (control, dominancia, capacidad) y comunión (afecto, unión, cercanía; Gurtman, 2009). Es decir, la pregunta de “¿quién soy yo para ti?” puede responderse en dos sentidos: qué tan cerca o lejos estoy afectivamente de ti o qué tanto te obedezco o te ordeno. Constantemente estamos negociando no sólo nuestra autoridad sino nuestra distancia (Plutchick y Conte, 1997)⁶, cediendo o compitiendo, haciendo o rechazando demandas de afecto, en un equilibrio dinámico que se rompe en las relaciones patológicas.

El quinto axioma recoge únicamente el primer eje dejando de lado el segundo, más conocido entre los terapeutas familiares como “amor complejo” (Linares, 2012). Se trata de una carencia importante porque *la patología se relaciona con el interjuego entre comunión y agencia*: “somos primariamente amorosos y secundariamente maltratantes” (Linares, 2012). Así, al centrarse en el poder, la terapia familiar ha descuidado el amor –que, como demuestra la teoría del apego, juega un papel crucial en los problemas psicológicos (Dallos, 2006).

En las relaciones familiares el poder tiende a aparecer para compensar el déficit de afecto porque *comunión y agencia son las dos formas posibles de*

alcanzar seguridad. Todo conflicto puede enfrentarse mediante dos estrategias: la competición (acabando con o atemorizando a los oponentes) y la colaboración (agrupándose con ellos para trabajar juntos compartiendo riesgos y beneficios; Deutsch, Coleman y Marcus, 2006). Concomitantemente, alguien que se siente desamparado o menospreciado sin asumirlo (porque no es consciente de ello o porque teme verse “débil”) puede apelar a la agresión para forzar a los demás a “respetarlo”; es decir, infundirles miedo con el fin de controlarlos y *asegurar que no lo abandonarán o traicionarán* (Laso, 2009a). Con frecuencia, el desprecio, la crítica y la indiferencia son formas autodestructivas de demandar afecto (Rosenberg, 2005).

Resta por explicar la raíz emocional de la simetría y la complementariedad. Las necesidades e intereses básicos de los participantes pueden o bien satisfacerse o bien intensificarse en el curso de la interacción. En el primer caso, sus emociones se acoplan en una relación *complementaria*; en el segundo, sus emociones se exacerban porque cada uno compete con el otro, *simétricamente*, forzándolo a satisfacerlas.

Cabe acotar que el acoplamiento emocional no es necesariamente “bueno”: la ternura y el desamparo se acoplan tanto como la agresión y el miedo. Como detectaran Watzlawick, Beavin y Jackson (1985 [1967]), la patología de la simetría es la escalada, la de la complementariedad la rigidez; es decir, en aquella ninguno de los dos cede, en ésta, siempre es el mismo quien cede. Una relación es saludable cuando alcanza cierto equilibrio dinámico entre interacciones simétricas y complementarias, lo que depende a su vez de la manifestación y satisfacción mutua de necesidades *tanto de comunión como de agencia*.

En suma, regulamos la distancia y la dominancia en función de la satisfacción relativa de nuestras necesidades momento a momento, las cuales dictan la forma de las relaciones en que participamos según se acoplen o se opongan a las emociones de los otros.

Conclusión

Casi cincuenta años tras su publicación, los cinco axiomas de la comunicación humana siguen sirviendo de inspiración y guía a los terapeutas e investigadores familiares. En la más pura tradición científica, sus autores los presentaron como avances provisionales y tentativos, sujetos a revisión. En ese mismo espíritu científico de conjeturas sujetas a exploración, confirmación y enmienda, se adelantan aquí estos cinco axiomas de la emoción humana con el fin de trascender la ecología de las ideas que ha caracterizado al pensamiento sistémico para abrazar, finalmente, una ecología de las emociones.

Notas

- 1 “Since its publication, [Pragmatics of Human Communication] has been one of the most widely cited texts in the field of communication” (Rogers y Escudero, 2004, p. 16).

- 2 "...los aspectos "indicio" y "orden" de un mensaje se convierten en el "contenido" y la "relación" y, aunque a primera vista sean más expresivos, se hacen cada vez más vagos a medida que se intenta precisarlos" (Witzezeale y García, 1994, p. 251).
- 3 Esto supone que el sistema nervioso es capaz de encontrarse en varios estados a la vez; es decir, que es un sistema continuo (Spivey, 2007; Laso, 2009b).
- 4 Cosa de la que Bateson era consciente pero que fue descartada por los autores de la Teoría: "la codificación de la información queda reducida aquí a sólo dos tipos, analógica y digital" (Witzezeale y García, 1994, p. 251).
- 5 "Pero esta distinción [entre lo analógico y lo digital] debe verse como un continuo, no una dicotomía" (Sluzki y Bavelas, 1995; la traducción es mía).
- 6 En el modelo circuplejo la dimensión afectiva va de la cercanía a la hostilidad; sin embargo, en el contexto de la terapia conviene sustituir esta última por la indiferencia debido a que la hostilidad surge a menudo por el afecto interrumpido o no correspondido ("cuando las personas no tienen contactos íntimos de una manera adecuada, lo hacen peleando", Satir, 2002 [1976], p. 43).

Referencias bibliográficas

- Barsade, S. (2002). The Ripple Effect: Emotional Contagion and its Influence on Group Behavior. *Administrative Science Quarterly*, 47: 644-675.
- Bertrando, P. (2011). *El diálogo que conmueve y transforma: el terapeuta dialógico*. México, DF: Editorial Pax.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis & Cognitive Science: a Multiple Code Theory*. New York: Guilford Press.
- Chandler, D. (2007). *Semiotics: The Basics*. New York: Routledge.
- Dallos, R. (2006). *Attachment Narrative Therapy: Integrating Systemic, Narrative and Attachment Approaches*. New York: Open University Press.
- Dallos, R., y Draper, R. (2010). *An Introduction to Family Therapy: systemic theory and practice*. New York: Open University Press.
- Descombes, V. (2001). *The Mind's Provisions: A Critique of Cognitivism*. Princeton: Princeton University Press.
- Deutsch, M., Coleman, P. y Marcus, E. (2006). *The Handbook of Conflict Resolution*. New York: Josey-Bass.
- Ecker, B. y Hulley, L. (1996). *Depth-Oriented Brief Therapy*. San Francisco: Josey-Bass.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: Times Books.
- Ekman, P. y Davidson, R. (1994). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. New York: Oxford University Press.
- Fishbane, M. (2007). Wired to Connect: Neuroscience, Relationships, and Therapy. *Family Process*, 46(3):395-412.
- Freman, W. (2000). *How Brains Make Up Their Minds*. New York: Columbia University Press.
- Gärdenfors, P. (2000). *Conceptual Spaces: The Geometry of Thought*. Cambridge: MIT Press.
- Gärdenfors, P. (2005). *The Dynamics of Thought*. New York: Springer.
- Gärdenfors, P. (2006). *How Homo Became Sapiens*. New York: Oxford University Press.
- Goffman, E. (1983/1997). "Felicity's Condition". En Lemert, C., y Branaman, A. (eds.) *The Goffman Reader*. Oxford: Blackwell.
- Gonçalves, Óscar (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Guidano, V. y Liotti, G. (2006). *Procesos cognitivos y desórdenes emocionales*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Gurtman, M. (2009). Exploring Personality with the Interpersonal Circumplex. *Social and Personality Psychology Compass*, 3(4):601-619.
- Haley, J., y Richeport. Haley, M. (2003). *The Art of Strategic Therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. y Rapson, R. (1994). *Emotional Contagion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hawkins, J., y Blakeslee, S. (2005). *On Intelligence*. New York: St. Martin's Press.
- Iacoboni, M. (2009). *Mirroring People: The science of empathy and how we connect with others*. New York: Picador.
- Jack, R., Garrod, O. Y Schyns, P. (2014). Dynamic Facial Expressions of Emotion Transmit an Evolving Hierarchy of Signals over Time. *Current Biology*, 24(2): 187-192.

- Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: W. W. Norton & Co.
- Lakoff, G. (1987). *Women, Fire, and Dangerous Things*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laso, E. (2009a). Estados mentales y ciencia cognitiva: un marco post-sistémico para el trabajo relacional en violencia. En Giraldo, R., y González Jaramillo, M. (eds.); *Violencia familiar*; Bogotá: Ed. Universidad del Rosario.
- Laso, E. (2009b). El hormiguero y el símbolo: la mente conjetural. *Quaderns de filosofia i ciència*, 39: 95-114.
- Laso, E. (2011). Dejar que la mente se piense a sí misma: un modelo atencional de la interacción terapéutica. *Redes*, 25: 69-92.
- Laso, E. (2012). Saber a dónde mirar: la atención en la enseñanza y práctica de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 88: 35-53 (<http://revistadepsicoterapia.com/saber-a-donde-mirar-la-atencion-en-la-ense-anza-y-practica-de-la-psicoterapia.html>)
- Laso, E. (2014). El trabajo con emociones en terapia familiar: teoría y aplicaciones. En Medina, R., Laso, E., y Hernández, E. (eds.); *Pensamiento Sistémico: nuevas perspectivas y contextos de aplicación*. Guadalajara: Litteris.
- Leffler, A., Gillespie, D. y Conaty, J. (1982). The Effect of Status Differentiation on Nonverbal Behavior. *Social Psychology Quarterly*, 45(3):153-161.
- Leyland, M. (1988). An Introduction to some of the ideas of Humberto Maturana. *Journal of Family Therapy*, 10:357-374.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Bilbao: Herder.
- Mauss, I. y Robinson, M. (2009). Measures of Emotion: a review. *Cognition & Emotion*, 23(2): 209-237.
- McNeill, W. (1997). *Keeping Together in Time*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mehrabian, A. (1969). Some referents and measures of nonverbal behavior. *Behavior Research Methods & Instrumentation*, 1(6):203-207.
- Parkinson, B., Fischer, A. Y Manstead, Antony (2005). *Emotion in Social Relations: Cultural, Group and Interpersonal Processes*. New York: Psychology Press.
- Plutchick, R. (2000). *Emotions in the practice of psychotherapy: Clinical Implications of Affect Theories*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Plutchick, R., y Conte, H. (1997). *Circumplex models of personality and emotions*. Washington: American Psychological Association.
- Pozo, J. I. (2001). *Humana-Mente: el mundo, la consciencia y la carne*. Madrid: Morata.
- Procter, H. (1996). "The Family Construct System". En Kalekin-Fishman, D. y Walker, B. (eds). *The Construction of Group Realities*. Malabar, FL: Krieger.
- Ramos, R. (2008). *Temas para conversar*. Barcelona: Gedisa.
- Rogers, L. E. y Escudero, V. (2004). *Relational Communication: an Interactional Perspective to the Study of Process and Form*. Taylor & Francis: New York.
- Rosenberg, M. (2005). *Nonviolent communication: A Language of Life*. Encinitas: PuddleDance Press.
- Russell, J. y Mehrabian, A. (1977). Evidence for a Three-Factor Theory of Emotions. *Journal of Research in Personality*, 11:273-294.
- Satir, V. (2002 [1976]). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México DF: Editorial Pax.
- Searle, J. (2014). *Creando el mundo social: la estructura de la civilización humana*. Barcelona: Paidós.
- Seligman, M. (1991). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Sluzki, C. y Bavelas, J. (1995). A note on meta-communication. En Weakland, J. y Ray, W. A. (Eds.), *Propagations: Thirty years of influence from the Mental Research Institute*. New York: Haworth
- Spivey, M. (2007). *The Continuity of Mind*. New York: Oxford University Press.
- Thayer, R. (1989). *The Biopsychology of Mood and Arousal*. New York: Oxford University Press.
- Varela, F., Thompson, E. y Rosch, E. (1991). *The Embodied Mind*. Massachusetts: MIT Press.
- Watzlawick, P. (1992 [1988]). *La coleta del Barón de Münchhausen: Psicoterapia y realidad*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1985 [1967]). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P.; Weakland, J.; Fisch, R. (1974). *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: W. W. Norton & Co.
- Wittezaele, J.-J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto: Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Zajonc, R. (1965). Social Facilitation. *Science, New Series*, 149(3681):269-274.

REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE EVENTOS SIGNIFICATIVOS EN PSICOTERAPIA MEDIANTE ANÁLISIS DE TAREAS

REVIEW OF TASK ANALYSIS RESEARCH OF SIGNIFICANT EVENTS IN PSYCHOTHERAPY

José L. Benítez-Ortega
Servicio Andaluz de Salud, SAS

Miguel Garrido-Fernández
Universidad de Sevilla, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Benítez-Ortega, B.-O. y Garrido-Fernández, M. (2015). Revisión de la investigación de Eventos Significativos en Psicoterapia mediante Análisis de Tareas. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 159-184.

Resumen

El análisis de tareas es un método de investigación de procesos y resultados en Psicoterapia propuesto por Greenberg (1975). Este método pretende a) comprobar si una técnica específica es eficaz para la resolución de un evento determinado intrasesión, b) esclarecer los elementos y el proceso mediante los que esa intervención es eficaz, y c) evaluar en qué medida la resolución de ese evento contribuye al éxito final del tratamiento. Las intervenciones investigadas quedan descritas a un nivel de microprocesos, lo que facilita mucho la formación de psicoterapeutas en la aplicación fiable de las mismas para la resolución en una amplia gama de eventos clave del proceso psicoterapéutico. Sin embargo, el conjunto de conocimientos generado mediante este método es de difícil acceso por su dispersión. OBJETIVO: Compilar y organizar los análisis de tareas realizados hasta ahora para facilitar el acceso a este recurso formativo y práctico en psicoterapia. MÉTODO: Revisión bibliográfica de los programas de investigación mediante análisis de tareas realizados hasta febrero de 2015. RESULTADOS: Se identifican treinta y siete líneas de investigación mediante análisis de tareas que se dan en diversos modelos y encuadres de psicoterapia. De ellos, solo cinco se han completado, pero veintiséis han generado modelos de intervención manualizados cuya eficacia cuenta con respaldo empírico. CONCLUSIONES: El análisis de tareas es un método de investigación en Psicoterapia muy costoso pero que genera un conocimiento sobre el proceso terapéutico que resulta valioso para la práctica y la formación en psicoterapia, incluso en el caso de aquellos análisis que no se han completado pero que sí han satisfecho la primera de sus dos fases, la fase de descubrimiento.

Palabras clave: *Análisis de tareas, procesos en psicoterapia, cambio, formación en psicoterapia.*



Abstract

Task analysis is a process and results research method in psychotherapy proposed by Greenberg (1975). This method is intended to a) check a specific technique effectiveness as applied to a specific intra-session event; b) clarifying the elements and the process by means of such an intervention is effective; c) assess how much the solution of that event contributes to the full treatment success. The task-analised interventions are described at a micro-process level, which facilitates reliable training and practice of effective techniques applied to a wide range of key events of the psychotherapeutic process. *GOAL: To compile and organize the tasks analyzed until today in order to facilitate access to this training and practice resource. METHOD: Literature review of task analysis research programs developed until now. RESULTS: Thirty seven task analysis research programs have been developed to analyze significant events from several psychotherapy models and settings. Only five out of these thirty seven task analysis have been completed. Nevertheless, as much as twenty six of them have produced effective intervention models. CONCLUSIONS: Task analysis is a very expensive psychotherapy research method. Even so it generates very valuable resources in order to improve psychotherapy practice and training. Every task analysis which have fulfilled the discovery phase produce a refined and empirically supported intervention model.*

Keywords: task analysis, psychotherapy process, change, psychotherapy training.

INTRODUCCIÓN

El análisis de tareas como método de investigación de eventos significativos en psicoterapia

Aunque la historia de la Psicoterapia¹ se representa a través de dos paradigmas de investigación, *resultados y procesos*, y ambas aparecen aproximadamente en el mismo momento histórico (Caro, 2004; Orlinsky y Russell, 1994), la investigación de resultados es la que ha recibido hasta hace poco mayor atención, puesto que permitía constatar la bondad de la psicoterapia. Ahora bien, hay una serie de preguntas a las que la investigación de resultados no da respuesta, aquellas que se refieren a los procesos responsables del cambio terapéutico.

La investigación en Psicoterapia debería dar también respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cómo ocurre el cambio psicoterapéutico? ¿En qué momentos de la interacción entre el cliente y el psicoterapeuta es más probable que este cambio ocurra? ¿Cuál es el tipo de cambio posible en el cliente en un momento dado del curso del tratamiento? ¿Cómo detectar que se está en dicho momento? ¿Qué intervención será la más útil en esa situación para facilitar dicho cambio?

El *análisis de tareas* (AT) es un método de investigación de procesos y resultados en Psicoterapia y fue ideado para dar respuesta a estas preguntas. Fue especialmente concebido para la investigación de eventos problemáticos intrasesión, por Greenberg (1975, 1986, 1991, 1999, 2007; Rice, y Greenberg, 1984), para quien la investigación en Psicoterapia no debe de reducirse a probar la eficacia de la misma, sino que debe ocuparse también en esclarecer los procesos que se dan en ella, esto es cómo consigue ser eficaz. Este método deriva del agrupamiento de diferentes métodos de investigación en Psicoterapia que, integrados de forma coherente, permiten la unificación de la investigación de procesos y resultados en una única línea de investigación (Pascual-Leone, Greenberg, Pascual-Leone, 2009). Con el AT se pretende a) comprobar si una intervención o técnica específica es eficaz para la resolución de un tipo determinado de evento intrasesión, b) esclarecer los elementos fundamentales y el proceso mediante los que esa intervención consigue ser eficaz, y c) evaluar en qué medida la resolución eficaz de ese evento mediante dicha intervención contribuye al resultado final del tratamiento.

Descripción del método de análisis de tareas

El AT no es un método que pueda llevarse a cabo en un solo trabajo de investigación. Debe entenderse más bien como un programa o línea de investigación (Greenberg, 1991) cuyo desarrollo, que puede llevar unos diez años aproximadamente, requerirá múltiples estudios a través de los cuáles se irá avanzando en la secuencia de pasos que lo integran. Estos pasos han sido descritos con detalle por Greenberg (2007), por ello aquí solo vamos a resumirlos.

Fase orientada al descubrimiento (pasos 1 a 6)

1. *Especificación de la tarea.* El primer paso se da cuando el investigador, partiendo de su propia experiencia como psicoterapeuta aplicado o de la de otros, comienza a interesarse por cuál sería la manera más eficaz, de cara al éxito terapéutico, de intervenir ante un conjunto de conductas de los clientes que se repiten en el curso de los tratamientos y que parecen indicar la presencia de un tipo concreto de obstáculo en el proceso general de cambio. Mediante la observación, que en principio sería una observación intuitiva, poco estructurada, el investigador tendría que identificar, por un lado, las conductas explícitas del cliente que constituyan marcadores de la presencia de ese obstáculo, y por otro, indicadores de que el cliente está dispuesto a implicarse activamente en una intervención dirigida a su resolución (Rice y Saperia, 1984). Esos marcadores indicarían la oportunidad de realizar esa intervención en ese momento, en esa sesión. Han de ser conductas explícitas, observables, para que puedan ser identificadas por diferentes observadores de forma fiable.

2. *Explicación del mapa cognitivo de clínico/investigador.* Este paso consiste en explicar cuáles son los fundamentos teóricos del modelo de psicoterapia con el que trabaja el psicoterapeuta.

3. *Especificar el contexto intrasesión en el que se da la tarea.* Se trata aquí de describir la intervención escogida o diseñada por el psicoterapeuta en relación con el evento problemático en cuestión. Se elaborará un manual donde se describan con detalle los elementos componentes de esa intervención y el procedimiento de aplicación. Este manual será imprescindible en pasos ulteriores del AT, en los que tendrán que intervenir diferentes psicoterapeutas para evaluar la eficacia de esa técnica ante ese evento problemático. Dentro de este paso sería necesario además, antes de pasar al siguiente, que el investigador tenga indicios suficientes de la eficacia de esa intervención para resolver el evento. Si se carece aún de estos indicios es recomendable realizar un estudio empírico preliminar o piloto que los proporcione o que, por el contrario, disuada de embarcarse en una compleja investigación de procesos sobre una intervención cuya eficacia es dudosa.

4. *Construir un modelo teórico racional.* Este paso consistiría en reflexionar acerca de qué es lo que creemos que ocurrirá una vez que el terapeuta detecte la oportunidad de intervenir ante un evento de cambio y pone en marcha la intervención. Se elaborará un diagrama que contemple las alternativas de interacción cliente-terapeuta que se consideren probables. Este paso puede concebirse como una suerte de “experimento mental” sobre la aplicación de la intervención y sus consecuencias antes de pasar a realizar el estudio de forma empírica.

5. *Análisis de tareas empírico.* Conlleva la descripción minuciosa de aquellas ejecuciones reales de la tarea en que el evento se ha resuelto con éxito, con el objetivo de descubrir cuáles son sus componentes esenciales. Estos elementos componentes consistirán en las conductas del cliente que marcan la aparición del evento y la oportunidad para intervenir, la secuencia de conductas de psicoterapeuta

y cliente (su interacción) que definen el desarrollo de la intervención, y el estado final del cliente que señala la resolución del evento significativo problemático. Esta descripción se realiza a partir de la observación de dos grupos de tareas aplicadas en casos reales grabados audio-visualmente. Un grupo estará formado por ejemplos de tareas aplicadas con éxito, es decir en las que el evento problemático se ha resuelto. El segundo grupo estará formado por ejemplos de esa misma tarea en los que, a pesar de haberse aplicado la misma intervención, el evento problemático ha continuado sin resolver. Esta comparación entre tareas resueltas y no resueltas es lo que permite identificar los componentes esenciales de la intervención eficaz.

También en este quinto paso es necesario elaborar instrumentos para la medición fiable de esos elementos componentes esenciales de la tarea. Estos instrumentos van a ser habitualmente sistemas (escalas) de observación reglada, o instrumentos de auto-informe que se administran a clientes y psicoterapeutas antes y/o después de la sesión registrada.

6. *Comparación de los modelos racional y empírico.* Con los datos empíricos generados en el paso 5, el investigador podrá “refinar” el modelo de la tarea elaborado racionalmente (paso 4), es decir realizar en el modelo teórico inicial las modificaciones oportunas para que se ajuste al desarrollo propio de las tareas bien resueltas. Se obtendrá así un modelo con una fundamentación racional-empírica de la tarea que especifique a) qué marcadores –en la conducta del cliente y en el contexto de la interacción con el terapeuta– indican la presencia de una oportunidad de facilitar un cambio concreto, b) qué tipo de intervención es la adecuada para ello, c) cuáles son los componentes esenciales que debe incluir dicha intervención para que realmente induzca el cambio, d) cómo medir la ocurrencia o magnitud de dichos componentes, y e) qué marcadores de la conducta del cliente indicarán que el cambio ha ocurrido realmente.

La secuencia de los pasos 4, 5 y 6 habrá de repetirse tantas veces como sea necesario hasta desarrollar un modelo que refleje detalladamente el proceso de resolución eficaz, terapéutica, del evento en cuestión.

Greenberg (2007) se refiere a estos seis primeros pasos en la secuencia de investigación de un AT como *fase de descubrimiento*, en tanto que el objetivo principal de los mismos no está en demostrar nada, sino en recabar la información suficiente para llegar a descubrir, a conocer, un modelo fiable sobre el proceso de la tarea en estudio.

7. *Explicando el modelo: análisis teórico.* En este paso se cambia la perspectiva desde la que se habla de los procesos del cliente: hasta ahora la perspectiva ha sido básicamente descriptiva y ahora va a pasar a ser causal, explicativa. El investigador, una vez esclarecidos qué procesos operan en el evento para llegar al cambio, deberá explicarlos, es decir, formular una teoría de cómo la intervención da lugar al cambio.

Fase orientada a la validación (pasos 8 y 9)

Los dos pasos que restan constituyen la *fase de verificación* o *validación*, esto es la fase de comprobación de la validez del modelo de la tarea en relación con los resultados o eficacia del modelo de terapia general.

8. *Validación de los componentes del modelo.* (La generalizabilidad del modelo.) En este paso se trata de estudiar si la eficacia modelo elaborado es generalizable a otros casos. El investigador debe ahora registrar y medir de nuevo la ejecución de la tarea en un número suficiente de clientes en tratamientos llevados a cabo por un número suficiente de psicoterapeutas. La finalidad es comparar el desarrollo de las tareas que se resuelven con el de las que no se resuelven para poder comprobar así que las primeras se ajustan al modelo teórico elaborado en el paso 6 y las segundas no, lo cual validaría el modelo. Al contrario de lo que ocurría en el paso 5, donde no era necesario poner a prueba la eficacia de la intervención analizada con una muestra suficientemente amplia de casos, aquí, en la fase de validación, si será necesario ya demostrar mediante pruebas de contraste estadístico que el modelo fruto del paso 6 es capaz de predecir qué tipo de conductas de cliente y psicoterapeuta, en el contexto de la tarea en cuestión, darán lugar a una resolución del evento. En este sentido no solo será necesario establecer un número de clientes suficiente para obtener datos válidos y generalizables, también habrá que determinar un número suficiente de psicoterapeutas que lleven a cabo la tarea con diferentes clientes.

9. *Relacionar el proceso con los resultados.* Se evalúa si los cambios a corto plazo —dentro de una sesión— se relacionan con cambios a largo plazo. Para ello se comparará si aquellos clientes en los que la tarea en cuestión se resolvió adecuadamente obtienen mejores puntuaciones en medidas de eficacia general del tratamiento (disminución de síntomas, mayor capacidad funcional y adaptación, mayor bienestar psíquico, etc.) que aquellos otros en los que no se resolvió.

Características diferenciales y definitorias del análisis de tareas como método de investigación en Psicoterapia

Greenberg llega a formular este paradigma de investigación intentado superar las diferentes limitaciones que encuentra en la investigación de procesos y resultados en Psicoterapia. En este sentido, algunas de las características definitorias del AT que referimos a continuación pueden entenderse como ventajas con respecto a otros métodos de investigación tradicionales en Psicoterapia.

1. *La psicoterapia* [entiéndase el proceso psicoterapéutico] *puede ser desglosada en una serie de eventos o episodios cuya resolución hace avanzar el curso de la terapia y conducen al cambio* (Greenberg, 1991; Rice y Greenberg, 1984).

2. *Diagnóstico de procesos* (Greenberg, 1991). Los eventos terapéuticos antes mencionados deben ser operativizados de manera que puedan identificarse (*diagnóstico de procesos*, diferente al diagnóstico clínico) de forma fiable cuando

aparecen en el curso de la terapia.

3. *Tener en cuenta el contexto en el que se producen las conductas del cliente y del psicoterapeuta dentro de la sesión para poder comprender realmente el significado de estas conductas.* Este contexto vendría definido por los siguientes parámetros: que se haya establecido una relación terapéutica adecuada entre terapeuta y cliente, y que el cliente muestre señales explícitas y medibles de estar en una situación psíquica que constituye una oportunidad de cambio cuya probabilidad de materializarse aumentará aplicando la técnica en cuestión.

4. *Considerar múltiples parámetros de variabilidad de la conducta, pertenecientes a diferentes dimensiones de significado.* La conducta es un fenómeno muy complejo. Si queremos asegurarnos de que realmente estamos investigando una muestra homogénea de conductas y no un grupo heterogéneo de ellas tenemos que comprobar que ese grupo de conductas coinciden en todos sus parámetros de variabilidad y no solo en algunos, pues en este segundo caso podemos estar hablando de conductas con un significado, con una función, muy diferentes. Valsiner (1995), coincide en esto con Greenberg.

5. *Cuestionamiento de la investigación mediante experimentos aleatorios y uso de grupos control como adecuada para obtener evidencia sobre qué intervenciones (técnicas) llegan a producir el cambio psicoterapéutico* (Greenberg, 1991). Con frecuencia, por diferentes causas, el cliente puede asistir a la aplicación de la técnica como un testigo que se mantiene distante, ajeno a la intervención, con lo que no será permeable al efecto de esta. Por este motivo, en los experimentos controlados sobre la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas se da una probabilidad muy alta de que los datos obtenidos para el grupo experimental no estén reflejando fielmente el potencial terapéutico de la intervención investigada. Es necesario por tanto que el investigador pueda medir de algún modo cuándo el cliente está realmente implicándose en el proceso de la intervención. La estrategia metodológica a seguir sería entonces otra distinta a la de los experimentos aleatorios controlados. Se trataría más bien de comparar el proceso de interacción entre cliente y psicoterapeuta de aquellos casos en los que el cliente llega a mostrar un cambio terapéutico como resultado de la intervención con el proceso de interacción cliente-psicoterapeuta propio de aquellos otros casos en los que el cliente no muestran cambio alguno. Así se podría conocer no solo si la intervención estudiada puede o no producir el cambio, sino también qué componentes en el proceso de interacción entre el cliente y el terapeuta son esenciales, necesarios, para que el efecto terapéutico de la intervención llegue a producirse.

6. *Dar una mayor importancia a la metodología científica observacional y racional* con respecto a la fase de refutación o contraste de hipótesis, pues se ha venido concediendo a esta última todo el protagonismo, como si constituyese ella sola el proceso de elaboración del conocimiento científico (Greenberg y Newman, 1996; Greenberg, 1991).

7. *Relacionar los resultados de la investigación de procesos con los hallazgos*

de la investigación de resultados, para evaluar si los primeros contribuyen de hecho a los segundos.

Utilidad del análisis de tareas para la integración en Psicoterapia

A las fortalezas del AT defendidas por su autor en relación con otros métodos de investigación en Psicoterapia habría que sumar otra que juzgamos relevante. A pesar de que ha sido ideado por clínicos/investigadores claramente adscritos a una escuela concreta de psicoterapia, la psicoterapia focalizada en las emociones, no puede decirse que este método de investigación pertenezca a un modelo o escuela de psicoterapia en particular. Por el contrario, se sitúa en una posición transteórica con respecto a los diferentes modelos. El lenguaje empleado por el AT se compone de conceptos que pertenecen exclusivamente al área de la metodología científica (análisis racional, análisis empírico, observación, validación, etc.) y al área del análisis de procesos (tareas, eventos, intervenciones, interacción, etc.). Se trata de un método que puede usarse para la investigación de eventos de cambio y técnicas de psicoterapia en cualquier modelo. El desarrollo de modelos teóricos específicos para la resolución de diferentes eventos o tareas derivados de paradigmas psicoterapéuticos distintos pueden constituir una de las vías más importantes para la integración en psicoterapia (Rice y Saperia, 1984). Los resultados que se obtienen con esta forma de investigación no vienen a defender unos modelos en detrimento de otros, sino que pueden contribuir mucho a la integración de las psicoterapias por la vía de la integración técnica, atendiendo a los diferentes caminos para la integración en psicoterapia señalados por Arkowitz (1991).

Limitaciones del Análisis de Tareas

La principal limitación del AT como método de investigación ha sido ya mencionada: su enorme coste en esfuerzo y tiempo (Elliott, 2010). Un AT completo puede llevar más de diez años de investigación (Greenberg, 1991). Esto hace que sean pocos los investigadores que se comprometen con proyectos de investigación de este tipo (Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone, 2009), a pesar de que su objetivo, la revelación de procesos relevantes para el cambio psicoterapéutico y la relación de estos procesos con el resultado final del tratamiento, constituya la meta última de la investigación en Psicoterapia.

Por otro lado, el AT, en su formulación actual, no es un método de investigación de procesos idóneo para algunos tipos concretos de eventos significativos de cambio. El AT es útil para investigar aquellos eventos problemáticos o egodistónicos para el cliente que emergen dentro de la sesión misma, pero no todos los problemas o alteraciones por los que una persona puede solicitar tratamiento psicoterapéutico van a activarse dentro la sesión en algún momento del tratamiento. Así, por ejemplo, las ideas obsesivas o la compulsión a realizar un ritual, que usualmente asedian en su vida cotidiana a un sujeto que padece un trastorno obsesivo-compulsivo, bien pueden no activarse en el contexto de la sesión de psicoterapia. Para todo proceso

de cambio que no se pueda activar dentro de la sesión el AT no es un método de investigación indicado. (Esta limitación en relación con este tipo de eventos no es, no obstante, definitoria del AT, sino que afecta a cualquier método de investigación de procesos centrado en el contexto intra-sesión.) En este punto es oportuno señalar que mientras que algunos modelos de psicoterapia “esperan” a actuar sobre los eventos problemáticos que emerjan espontáneamente en la sesión, otros, como sería, por ejemplo, el caso de la terapia focalizada o centrada en las emociones, procuran activamente evocar dichos eventos o experiencias (emociones) egodistónicas del cliente en la sesión para poder así intervenir sobre ellos. El AT es un método de investigación más adecuado para investigar los procesos propios de modelos de psicoterapia de este segundo tipo.

En el proceso terapéutico general pueden darse también algunas tareas que, aún cuando las técnicas con las que se abordan sean las adecuadas, solo llegan a resolverse a lo largo de un proceso acumulativo que requiere la aplicación persistente de una misma intervención a lo largo de múltiples sesiones (Diamond y Diamond, 2002). El AT es también un método limitado para la investigación de este tipo de eventos de cambio o tareas psicoterapéuticas que no pueden ser resueltas eficazmente dentro de una única sesión.

Oportunidad de una revisión de la investigación en Psicoterapia mediante análisis de tareas

Se cumplen ahora cuarenta años desde que se escribiera por primera vez sobre el AT como método de investigación en Psicoterapia (Greenberg, 1975). Hasta hoy no se ha realizado una revisión de la investigación generada aplicando este método que combina el estudio del proceso con la comprobación de los resultados. El trabajo más parecido a una revisión como esta que se ha publicado hasta ahora es el llevado a cabo por Elliott, Watson, Goldman, y Greenberg (2004). Esta obra, sin embargo, además de publicarse hace ya más de diez años, se circunscribe a las investigaciones realizadas en el ámbito de la terapia centrada en las emociones (en el que el método del AT fue desarrollado) y no contempla, por tanto, las que se hayan podido realizar sobre procesos terapéuticos propios de otros modelos de psicoterapia.

Consideramos que compilar todas las tareas analizadas hasta el momento, con independencia del modelo de psicoterapia en que se encuadren, sería muy útil por dos motivos. En primer lugar, porque permitiría al psicoterapeuta, y sobre todo al psicoterapeuta que suscriba los principios del movimiento de integración en Psicoterapia, disponer de un catálogo amplio de intervenciones que han demostrado ser eficaces en el manejo de muchos de los principales eventos problemáticos que pueden aparecer en el curso del proceso psicoterapéutico. Y, en segundo lugar, porque el conocimiento que el método de AT genera sobre esas intervenciones psicoterapéuticas eficaces es tan descriptivo y minucioso que facilita mucho su aprendizaje, así como elaborar programas de formación en psicoterapia de elevada calidad didáctica y fiabilidad. Como hemos dicho más arriba, el objetivo de un AT

no es solo comprobar que una situación específica dentro de la sesión de psicoterapia puede ser manejada terapéuticamente mediante un tipo concreto de intervención, sino que es también y sobre todo detallar cuál es el contexto y los pasos que deben darse para que realmente dicha intervención tenga éxito. De hecho, cada AT da lugar a un manual minucioso sobre cómo llevar a cabo la intervención en cuestión. Por ello, aquellas intervenciones que hayan sido estudiadas mediante un programa de AT pueden ser entrenadas posteriormente de forma rigurosa, y puede evaluarse con precisión si los terapeutas en formación han aprendido realmente a practicarla de forma eficaz. Un buen ejemplo de esta utilidad de los AT para la elaboración de programas de formación en psicoterapia es el programa formativo propuesto por Beitman y Yue (2004), en el que se incluye el entrenamiento en tres de las principales intervenciones que se han investigado mediante el AT: la técnica de *diálogo de las dos sillas* aplicada a la *escisión autoevaluadora*, la técnica de *diálogo de la silla vacía* como intervención eficaz en los *asuntos pendientes* del cliente (Elliott, Watson, Goldman, y Greenberg, 2004) y el *despliegue evocador sistemático* aplicado a las *reacciones problemáticas* (Watson, 1996).

Aunque todo este conocimiento útil generado por los AT al que hacemos referencia está publicado, la dispersión de las publicaciones que lo contienen es tal que puede dificultar excesivamente que sea conocido y accesible en su conjunto por los profesionales a los que podría resultar útil. Esta dispersión y dificultad de acceso y uso de este conocimiento es el principal problema que se pretende resolver con esta revisión. Para ello se plantean los siguientes objetivos.

OBJETIVOS

El objetivo general de esta revisión es compilar los programas de investigación en Psicoterapia mediante el método de AT desarrollados hasta ahora, para facilitar el acceso a este cuerpo de conocimientos en su conjunto, por su utilidad para mejorar la práctica y la formación en psicoterapia.

También es un objetivo de este trabajo revisar el conjunto de los AT compilados, para su clasificación en función de cuáles sean los eventos significativos problemáticos de los que se ocupan, las intervenciones o tareas analizadas y las publicaciones concretas a las que el psicoterapeuta ha de remitirse para mejorar su formación en cada una de estas tareas psicoterapéuticas.

Por último, en tanto que, como se ha dicho antes, un AT supone un programa de investigación que puede durar muchos años, mediante esta revisión se pretende también determinar cuál es el grado de compleción de todos los AT iniciados hasta hoy. De este modo se facilita conocer cuáles han llegado a generar ya modelos de intervención suficientemente probados para su incorporación a programas de formación en psicoterapia.

MÉTODO

La presente revisión consiste en un estudio de tipo agregativo (Fernández-Ríos, y Buela-Casal, 2009).

Para la identificación de todas aquellas publicaciones que informaran de los AT realizados hasta el presente, se seleccionaron, en primer lugar, todos aquellos artículos publicados hasta febrero de 2015 contenidos en la base de datos PsycINFO en cuyos títulos o resúmenes figurase la expresión *task analysis*. De los documentos obtenidos se descartaron aquellos que no versaban sobre Psicoterapia y, entre los que sí, se descartaron también los que tenían por objeto exclusivamente la reflexión teórica sobre el AT como método de investigación (es decir que no aludían a su aplicación para la investigación de un evento significativo concreto), así como los que solo aludían al AT tangencialmente. De este modo quedaron solo informes de investigación empírica en Psicoterapia mediante AT. Se recopilaron después también todos aquellos informes de investigación mediante AT citados a su vez en las publicación halladas en el paso anterior y que no se detectaron en esa primera búsqueda. La misma operación se repitió sucesivamente con los nuevas publicaciones encontradas, hasta agotar este proceso de búsqueda.

Las publicaciones seleccionadas mediante este proceso fueron agrupadas posteriormente atendiendo a la tarea psicoterapéutica que analizaban. Cada uno de estos grupos de publicaciones informa de un AT independiente.

Por último, cada grupo de publicaciones o AT fue revisado para determinar el paso más avanzado al que se había llegado en cada uno de ellos en la secuencia metodológica de nueve pasos que, como se dijo en páginas anteriores, constituye un AT según la propuesta de Greenberg (2007). Este dato, el paso más avanzado a que se ha llegado en cada línea de investigación, hubo de inferirse revisando las publicaciones en que se informa de cada AT, ya que esto no suele mencionarse de forma explícita en dichas publicaciones; en ellas solo se precisa, ocasionalmente, si la investigación se centra en la fase de descubrimiento o en la de validación. Para la clasificación de los AT en función de su grado de compleción se establecieron tres categorías, que se describen a continuación.

Se asignó un grado de compleción "4" a aquellos AT en que se ha llegado a proponer un modelo racional o teórico de resolución de la tarea a partir de la experiencia clínica u observación por sus autores de diferentes casos reales de resolución de la misma (paso número 4 de los 9 de un AT completo).

La asignación de un grado de compleción "6" significa que, además del modelo teórico inicial de la tarea (paso 4), se ha llegado a realizar un contraste empírico del mismo que ha dado lugar a un refinamiento del modelo. Este contraste empírico, como se ha referido en páginas anteriores, se realiza mediante la selección de una muestra de grabaciones o registros de ejemplos reales de la tarea en cuestión que son resueltos con éxito, y de otra muestra de episodios grabados en que el evento no se ha conseguido resolver adecuadamente. Posteriormente se comprueba que el modelo teórico inicial se ajusta a aquellos eventos bien resueltos, y que permite

diferenciarlos de los que no lo son. Cuando es necesario, se realizan las modificaciones oportunas en el modelo teórico inicial de la tarea de modo que se ajuste a los episodios bien resueltos. Así se obtiene un modelo de la tarea refinado que se ajusta a datos empíricos. Este grado “6” de avance en el AT general equivale a la superación de la fase de descubrimiento.

Por último, los AT catalogados con un “9” son aquellos en los que no solo se ha llegado a obtener un modelo de la tarea con respaldo empírico sino que además se ha constatado que la presencia en el curso del tratamiento de episodios bien resueltos de esa tarea contribuye al resultado final con éxito de la terapia. La asignación de este nivel “9” implica asimismo que se ha superado también la fase de validación y, por tanto, el AT ha sido completado.

RESULTADOS

Se han desarrollado treinta y siete líneas de investigación mediante AT hasta el presente. Estas líneas de investigación se relacionan en la tabla 1. En cada fila de esta tabla 1 se recogen cada una esas treinta y siete líneas de investigación, detallándose el evento significativo problemático para el que se propone la tarea, el modelo de psicoterapia en que se enmarcan los tratamientos analizados, la intervención o técnica psicoterapéutica específica propuesta para la resolución de dicho evento, las publicaciones en las que se han ido describiendo los progresos a través de las diferentes fases que integran un AT y, por último, una estimación del grado de compleción máximo alcanzado por cada AT, según las tres categorías establecidas con tal fin que se han descrito anteriormente. En los casos en los que en la tabla 1 no se detalla cuál es el evento problemático investigado, el modelo de psicoterapia o la técnica aplicada, ello es debido a que tampoco en las publicaciones en las que se informa de esos AT los autores ofrecen ese dato. Las diferentes líneas de investigación están ordenadas por orden cronológico, atendiendo al año de la primera publicación de cada una de ellas. Las expresiones que aparecen entrecomilladas son las usadas por los propios investigadores de cada AT.

Distribución de los AT por modelos de psicoterapia. La mayor parte de los AT desarrollados hasta ahora, diecinueve, se han dado en el ámbito del modelo de la terapia centrada en las emociones/proceso experiencial. Otros siete se ocupan de eventos en diferentes modelos de terapia familiar (terapia familiar constructivista, terapia familiar multidimensional, terapia familiar estructural, terapia sistémica transformacional de Satir, terapia familiar basada en el apego y terapia familiar integradora). Cinco se han ocupado de eventos que aparecen en variantes de la terapia cognitiva (terapia cognitiva, terapia lingüística de evaluación, terapia cognitiva analítica, terapia cognitivo-conductual). Tres AT más se han desarrollado para eventos abordados en modelos de terapia dinámica (dos en terapia dinámica breve y uno en terapia dinámica interpersonal). Encontramos también un AT para eventos propios de otros tres modelos de psicoterapia: terapia relacional breve, psicoterapia grupal breve, terapia de exposición mediante el juego. Por último, hay

Tabla 1. Líneas de investigación en psicoterapia mediante análisis de tareas hasta febrero de 2015

Evento (problemático) significativo/ Marcador inicial de la tarea	Modelo de psicoterapia	Tarea realizada (intervención o técnica)	Publicaciones	Máximo paso del AT completado
"Escisión autoevaluadora" "Conflicto intrapersonal", "conflicto intrapersonal relacionado con la toma de una decisión"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Diálogo de las dos sillas" o "Intervención Gestalt de las dos sillas"	Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004 Sicoli y Hallberg, 1998 Greenberg, 1984 Greenberg, 1983 Greenberg y Webster, 1982 Greenberg y Dompierre, 1981 Greenberg y Rice, 1981 Greenberg y Higgins, 1980 Greenberg y Clarke, 1979 Greenberg, 1979	9
"Malestar y petición indirecta de ayuda al terapeuta para [mejorar] la auto-comprensión"	Modelos diversos (Terapia psicodinámica-interpersonal/Terapia cognitivo-conductual)	Técnicas diversas "Interpretación" para facilitar el insight (en terapia psicodinámica) y "reatribución externa" (en terapia cognitivo-conductual)	Elliott, Shapiro, Firth-Cozens, Stiles, Hardy, Llewelyn y Margison, 1994 Elliott, 1984	6
"Reacciones problemáticas"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Despliegue evocador sistemático"	Watson, 1996 Watson y Rennie, 1994 Rice y Saperia, 1984	6

"Asuntos pendientes"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Diálogo de la silla vacía"	Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004 Greenberg y Malcom, 2002 Malcom, 2000 Greenberg y Foerster, 1996 Paivio y Greenberg, 1995 Greenberg, 1991 Foerster, 1991 King, 1988	9
"Dolor emocional"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Afrontamiento del dolor emocional"	Greenberg y Bolger, 2001 Greenberg y Paivio, 1998 Greenberg y Paivio, 1997 Bolger, 1996 Foerster y Greenberg, 1995 Greenberg y Safran, 1989	4
"Necesidad de comprender el significado de una experiencia emocional"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Simbolización del significado para la creación de significado"	Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004 Clarke, 1996 Clarke, 1993 Clarke, 1991 Clarke, 1989	6
"Ruptura de la alianza terapéutica"	Modelos diversos(Terapia centrada en las emociones/proceso-experiencial yTerapia relacional breve)	"Dialogo sobre la relación" o "Diálogo sobre la alianza"	Safran, Muran y Eubanks-Carter, 2011 Safran, Muran, Samstag y Winston, 2005 Muran, Safran, Samstag y Winston, 2005 Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004 Safran y Muran, 1996 Safran, Muran y Samstag, 1994 Safran, Crocker, McMain y Murray, 1990	9
-	Psicoterapia dinámica breve	"Interpretación"	Joyce y Piper, 1996a Joyce y Piper, 1996b Joyce, Duncan y Piper, 1995 Joyce, 1991	6

"Valoraciones cognitivas disfuncionales"	Terapia cognitiva	"Alteración de las valoraciones cognitivas disfuncionales"	Mann, 2000 Berlin, Mann y Grossman, 1991	6
"Vulnerabilidad"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Afirmación empática"	Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004 Greenberg, Rice y Elliott, 1993	4
"Sentimiento confuso"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Focusing experiencial"	Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004 Greenberg, Rice y Elliott, 1993	4
-	Terapia familiar narrativa/ constructivista	"Transformación de la visión de la familia del problema presentado"	Coulehan, 1995	6
"Interacciones negativas entre adolescentes y sus padres: desde el bloqueo al diálogo"	Terapia familiar multidimensional	"Modificación del contenido y el tono afectivo de la discusión"	Diamond y Liddle, 1999 Diamond y Liddle, 1996	6
"Incidente crítico"	Psicoterapia grupal breve	-	Hurd, 1996	6
-	Terapia familiar estructural	"Escenificación"	Fong, 1999	6
"Expectativas frustradas"	Terapia sistémica transformacional de Satir	-	Chen, Tsai y Lai, 2001	6

"Trauma (violación por un adulto)"	Terapia de exposición mediante el juego	"Narraciones mediante el juego de resoluciones de violaciones por adultos"	Kanthers, 2002	4
"Falla en el apego entre adolescentes y sus padres"	Terapia familiar basada en el apego	"Reparación del apego entre adolescentes y sus padres"	Diamond y Stern, 2003	4
"Ablandamiento del [miembro de la pareja] culpabilizador"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiential de pareja	-	Furrow, Edwards, Choi y Bradley, 2012 Bradley y Furrow, 2007 Bradley y Furrow, 2004	6
"Situaciones o experiencias problemáticas no resueltas"	Terapia lingüística de evaluación (Terapia cognitiva)	"Órdenes de abstracción"	Caro, 2005 Caro, 2004 Caro, 2003b Caro, 2003a	6
"Creencias rígidas sobre los problemas"	Psicoterapia familiar integradora	"Creación de espacio para maniobrar"	Vaughn, 2004	4
"Experiencia de un problema relevante"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiential	"Exploración empática"	Elliott, Bohart, Watson y Greenberg, 2011 Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004 Bohart, Elliott, Greenberg y Watson (2002)	9
"Inicio de la terapia"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiential	"Formación de la alianza terapéutica"	Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004	4
"Dificultad en la focalización atencional"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiential	"Despejar un espacio"	Elliott, Watson, Goldman y Greenberg, 2004	4

"Protesta sobre el significado de un evento"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Elaboración del significado"	Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004	4
"Dificultad expresando las emociones"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Permitir y expresar las emociones"	Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004	4
"Estado de desesperanza"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Resolver un estado de desesperanza"	Sicoli, 2005	6
"Daño en el apego en parejas"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Resolución de daños en el apego en parejas"	Makinen y Johnson, 2006	9
"Amenazas a la alianza terapéutica relacionadas con la actuación de patrones de interacción problemáticos"	Terapia cognitiva analítica	"Resolución de amenazas a la alianza terapéutica"	Bennett, Parry y Ryle, 2006	6
"Distrés"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Procesamiento emocional"	Pascual-Leone y Greenberg, 2007	6
"Rupturas de la alianza terapéutica"	Terapia cognitivo-conductual	"Resolución de la ruptura"	Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham y Stiles, 2008	6
"Trauma"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Recuento proceso-experiencial de la narración del trauma"	Breighner, E. S., 2009 Elliot, Watson, Goldman y Greenberg, 2004	6

"Estados emocionales dolorosos o necesidades existenciales insatisfechas"	Terapia centrada en las emociones/ proceso-experiencial	"Auto-consuelo"	Goldman y Fox, 2010	4
"Ira"	Modelo no especificado	Técnicas diversas ("Centrarse en la reacción de activación" y "centrarse en el sufrimiento interpersonal")	Kannan, Henretty, Piazza-Bonin y Levitt, 2011	6
"Descripción de conflictos interpersonales"	Psicoterapia dinámica breve	"Metacomunicación"	Austin, 2012	6
"Adolescentes reacios" o "Resistencia en adolescentes" [a participar en terapia familiar]	Psicoterapia familiar integradora	"Involucrando a adolescentes reacios a participar en terapia familiar"	Higham, Friedlander, Escudero y Diamond, 2012	6
"Emoción positiva"	Modelo no especificado	-	Marini, 2013	6

dos líneas de investigación en los que los eventos investigados no han sido vinculados a un modelo de psicoterapia específico. (El hecho de que esta clasificación de los AT identificados según los modelos de psicoterapia de los que se han ocupado sume treinta y nueve en lugar de treinta y siete se explica porque dos de estos AT se han ocupado de intervenciones propias de dos modelos distintos al mismo tiempo.)

Grado de compleción de los AT realizados. Como puede comprobarse en la última columna de la tabla 1, que muestra el grado de compleción de los AT identificados, la mayor parte de ellos no han sido completados. De los treinta y siete AT identificados, encontramos que cinco de ellos han superado la fase de validación (paso 9 del AT), veintiuno han sido desarrollados hasta completarse la fase de descubrimiento (paso 6), y el resto, once, han avanzado solo hasta plantearse un modelo racional de resolución de la tarea basado en la experiencia clínica u observación no reglada de casos (paso 4). Por tanto, en veintiséis de los AT identificados (70% del total), se ha llegado a completar la fase de descubrimiento.

Naturaleza de los eventos significativos investigados. La mayor parte de los AT identificados se ocupan, como era de esperar, de eventos significativos problemáticos, es decir, situaciones que emergen en la sesión que son interpretables por el psicoterapeuta como indicadoras de un escollo que bloquea el avance en el proceso psicoterapéutico y sobre el que, por tanto, se habrá de intervenir para salvarlo. Superar este obstáculo se considera, por tanto, una oportunidad concreta de generar cambio en el sujeto.

Esta opción, sin embargo, no es la única, pues, como aclaran Pascual-Leone, Greenberg y Pascual-Leone (2009, p. 528), *“the research participants in a therapeutic task to be analyzed could be a client, a therapist, or some relational dyad of people, depending on the identified task for study”*. Así, podemos encontrar también entre los AT encontrados en esta revisión alguno que se aplica a un evento que se da exclusivamente en el cliente, sin participación del terapeuta, y que puede desembocar, en función de cómo el cliente maneje por sí mismo ese evento, en una experiencia de cambio. Es el caso del AT realizado por Marini (2013) en relación con los episodios de emoción positiva que puede experimentar el cliente en la sesión (lo que explica que en la tabla 1, en la fila que recoge este AT, la casilla referida a la intervención o técnica esté vacía). Otra variante de posibles eventos analizados que no se determinan inicialmente por la aparición de un “problema” en la sesión es ilustrada por el AT de Joyce y Piper (1996a) sobre la técnica de interpretación en psicoterapia dinámica breve. En este caso, el factor clave para la identificación del evento significativo analizado no es un tipo específico de situación problemática expresada por el cliente, sino la decisión del terapeuta, por el motivo que fuere, de interpretar alguna conducta del cliente. Lo mismo ocurre en el caso del AT realizado por Fong (1999) sobre la técnica de escenificación de la psicoterapia familiar estructural (y también por este motivo las casillas referidas al “evento significativo problemático”, en las filas que recogen estos AT en la tabla 1, están en blanco).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Utilidad del resultado de la revisión para la práctica y la formación en psicoterapia. La principal utilidad que consideramos que puede ofrecer el resultado antes presentado no consiste, por supuesto, en el simple hecho de registrar cuántos y cuáles hayan sido los AT emprendidos desde la propuesta de este método hasta hoy, sino en que difunde y facilita el acceso a un cuerpo de conocimiento que estimamos valioso para los psicoterapeutas formadores y en formación. Este conocimiento, aunque ya estuviera disponible, permanece muy probablemente oculto para una gran parte de los profesionales de la psicoterapia debido a la notable dispersión temporal y de publicaciones en que ha ido apareciendo. Con este trabajo hemos pretendido fundamentalmente localizarlo, agruparlo, organizarlo y ponerlo a disposición de aquellos para quienes puede ser más útil, de modo que sea más asequible su incorporación a los programas de formación y a la práctica de una psicoterapia cada vez más fundada en la investigación.

Influencia del grado de compleción de los AT en su utilidad para la práctica y formación en psicoterapia. ¿Es necesario que un AT se haya completado para que el modelo de intervención derivado del mismo pueda considerarse suficientemente validado y, por tanto, incluido en un programa de formación? ¿Cuál sería el grado de compleción mínimo suficiente de un AT para que el modelo de tarea por él generado pudiera considerara válido? El hecho de que un AT no se haya completado no implica en modo alguno que no haya generado un modelo de intervención suficientemente refinado y probado para su aplicación y difusión. De hecho, un AT que haya completado la fase de descubrimiento está ofreciendo ya un modelo depurado de una intervención o técnica psicoterapéutica específica cuya eficacia no solo es presumible teóricamente sino que se ha comprobado también empíricamente. La mayor parte de las técnicas psicoterapéuticas que se practican ordinariamente no han sido sometidas a una prueba tan exigente como esta pues, como se ha explicado antes, la investigación de resultados mediante ensayos aleatorios controlados evalúa los tratamientos en su conjunto y no la eficacia de cada una de sus intervenciones o técnicas por separado.

Un AT que ha completado su fase de descubrimiento puede ser ya un recurso fiable y útil para la formación en psicoterapia, pues provee a los formadores de un manual donde se describen minuciosamente los componentes que la técnica en cuestión ha de contemplar para que sea eficaz, el momento del proceso en que ha de ser aplicada, la secuencia interactiva de conductas de cliente y terapeuta que cabe esperar en su aplicación, y los marcadores en la conducta del cliente que van a indicar que la tarea se ha resuelto con éxito. Así, el modelo de la tarea de *despliegue evocador sistemático*, por ejemplo, designada para la resolución de *reacciones problemáticas* (Watson, 1996), a pesar de que deriva de un AT del que solo se ha completado la fase de descubrimiento ha sido incluido en el programa de formación de Beitman y Yue (2004).

Por otro lado consideramos oportuno aclarar que el hecho de que un AT se

halla aún incompleto, es decir que no haya satisfecho aún la fase de validación, no debiera interpretarse como indicio de que la eficacia del modelo general de psicoterapia en que se inscribe la técnica analizada no se ha demostrado aún. Se puede dar el caso de que dicha eficacia se haya demostrado ya de sobra, y que aún así no se pueda considerar completada la fase de validación del AT. Ello se debe a que lo que realmente se intenta comprobar con esta fase de validación no es la eficacia del modelo general en sí misma, sino la relación entre la presencia en algún momento del proceso terapéutico de eventos significativos bien resueltos y el éxito final del tratamiento completo. El AT emprendido por Joyce y sus colaboradores sobre la técnica de *interpretación* en terapia dinámica breve (Joyce y Piper, 1996a, 1996b; Joyce, Duncan y Piper, 1995; Joyce, 1991) es un buen ejemplo de esto. Este AT no se ha completado, sin embargo son varias las investigaciones que han probado que la psicoterapia dinámica breve es eficaz (véase, por ejemplo, Svartberg, Stiles y Seltzer, 2004). Lo mismo ocurre con el AT realizado por Diamond y Liddle (1999, 1996) sobre cómo modificar el tono y el contenido de las interacciones negativas entre padres y adolescentes en la sesión. Solo se ha completado la fase de descubrimiento de este AT, no la de validación. Sin embargo, la eficacia de la terapia familiar multidimensional ha sido ya ampliamente documentada (Schaub y cols., 2014; Wevodau, 2013; Liddle, Rowe, Dakof, Henderson y Grenbaum, 2009).

Valoración de la acogida del AT como método de investigación en procesos y resultados. La investigación mediante AT ha dado lugar a múltiples líneas de investigación sobre procesos y resultados en psicoterapia. Como era de esperar, la mayor parte de estas investigaciones se han desarrollado en el ámbito de la terapia centrada en las emociones o enfoque proceso-experiencial, cuyo autor lo es también del método de AT. Por otro lado, cómo ha señalado Elliott (2010), el hecho de que el AT se identifique con este modelo concreto de psicoterapia, que concibe al cliente como un agente activo de cambio, podría hacer del AT un método de investigación poco compatible con otras aproximaciones teóricas a la psicoterapia. Ya hicimos referencia a esto al hablar de las limitaciones del AT. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta revisión muestran que también se han realizado programas de investigación mediante AT adscritos a otros modelos de psicoterapia muy diversos (dinámicos, cognitivo-conductuales y sistémicos), así como para todos los encuadres (individual, familiar, de pareja y grupal). Esto viene a constatar una de las principales ventajas que hemos atribuido en páginas anteriores al AT cuando nos referíamos a su naturaleza transteórica y a su afinidad y utilidad en relación con el movimiento de integración en Psicoterapia.

Determinación de la serie completa de eventos significativos. Para avanzar en la consecución de un conocimiento más profundo del proceso terapéutico general mediante el esclarecimiento de los eventos significativos que lo componen, consideramos conveniente, si no necesario, que previamente se determine cuáles son los estos eventos. Esta tarea inicial supondría una suerte de mapeo, de cartografía del proceso psicoterapéutico, en términos de cuáles son los eventos

significativos que regularmente aparecen y se suceden en los tratamientos. El trabajo de Diamond y Diamond (2002) y, por supuesto, el de Elliott, Watson, Goldman y Greenberg (2004) son buenos ejemplos de identificación de la secuencia de eventos significativos de cambio que habrán de abordarse a lo largo de un proceso psicoterapéutico general en el marco de un modelo de psicoterapia específico. Este tipo de trabajo está pendiente de realizarse aún para la mayor parte de los modelos de psicoterapia.

Conclusiones. Las investigaciones realizadas hasta el presente mediante el AT permiten ya disponer hoy en día de procedimientos de intervención muy detallados para el manejo eficaz de hasta treinta y siete situaciones o eventos significativos que pueden aparecer a lo largo del proceso psicoterapéutico. De estos treinta y siete modelos de tareas psicoterapéuticas, veintiséis han demostrado ser efectivos para la resolución con éxito de la tarea. A su vez, de esos veintiséis modelos efectivos de intervención, cinco han demostrado además su contribución significativa al éxito del tratamiento final.

La mayor parte de esos modelos de tareas efectivas se encuadran en el modelo de psicoterapia centrada en las emociones, pero se han estudiado además numerosas tareas psicoterapéuticas identificadas en otros muchos modelos de psicoterapia y también para diversos tipos de encuadre (individual, familiar, de pareja y grupal).

El conjunto de los AT compilados mediante la presente revisión identifica y organiza un cuerpo de conocimientos que puede ser muy útil para la formación en intervenciones psicoterapéuticas validadas empíricamente.

Para avanzar en el diseño de programas de formación en psicoterapia y tratamientos psicoterapéuticos cada vez más eficaces es conveniente identificar progresivamente cuáles son los eventos significativos constituyentes del proceso psicoterapéutico general. Asimismo, las investigaciones en busca de hallazgos inmediatos en Psicoterapia habrán de ir dejando paso cada vez más a proyectos de investigación a largo plazo, pues solo mediante estos últimos, a pesar de su elevado coste, es posible profundizar en el conocimiento de las procesos o interacciones concretas entre cliente y psicoterapeuta que generan los cambios sucesivos que definen los tratamientos finalizados con éxito. Este conocimiento constituye el objetivo último de la investigación en Psicoterapia.

Notas

- 1 Usamos el término Psicoterapia, escrito con mayúscula inicial, para referirnos a ella como ciencia, y psicoterapia, en minúscula, cuando aludimos a la psicoterapia como práctica de una disciplina aplicada.

Referencias bibliográficas

- Arkowitz, H. (1991). Introductory statement: psychotherapy integration comes of age. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 1-3.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710.
- Austin, T. M. (2012). A task analysis of metacommunication in time-limited dynamic psychotherapy. *ProQuest Information & Learning. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 72(9-), 5564.
- Beitman, B. D., & Yue, D. (2004). *Learning psychotherapy: a time-efficient, research-based, and outcome-measured psychotherapy training program*. 2nd Edition. New York: Norton.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 395-418.
- Berlin, S. B., Mann, K. B., & Grossman, S. F. (1991). Task analysis of cognitive therapy for depression. *Social Work Research & Abstracts* 27(2), 3-11.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. *Psychotherapy, relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 89-108): Oxford University Press, New York, NY.
- Bolger, L. (1996). *The subjective experience of transformation through pain in adult children of alcoholics*. Unpublished doctoral dissertation, York University.
- Bradley, B., & Furrow, J. L. (2004). Toward a Mini-Theory of the Blamer Softening Event: Tracking the Moment-by-Moment Process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 233-246.
- Bradley, B., & Furrow, J. L. (2007). Inside Blamer Softening: Maps and missteps. *Journal of Systemic Therapies*, 26(4), 25-43.
- Breighner, E. S. (2009). A phase 2 task analysis study of the process-experiential narrative trauma retelling task in a clinical sample. *ProQuest Information & Learning. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69(11-), 7131.
- Caro, I. (2003a). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. El análisis de Silvia (II). *Boletín de Psicología*, 79, 59-84.
- Caro, I. (2003b). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I). *Boletín de Psicología*, 79, 31-57.
- Caro, I. (2004). A process analysis of linguistic change. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(4), 339-359.
- Caro, I. (2005). A micro-analysis of the assimilation process in the linguistic therapy of evaluation. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 133-148.
- Chen, P., Tsai, S., & Lai, N. (2001). The construction of a process-change model of unmet expectations based on the Satir model. *Asian Journal of Counselling*, 8(1), 5-34.
- Clarke, K. M. (1989). Creation of meaning: An emotional processing task in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), 139-148.
- Clarke, K. M. (1991). A performance model of the creation of meaning event. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(3) 395-401.
- Clarke, K. M. (1993). Creation of meaning in incest survivors. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7(3), 195-203.
- Clarke, K. M. (1996). Change processes in a creation of meaning event. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 465-470.
- Coulehan, R. (1995). The transformation of client constructions as a therapeutic change event. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55(9-B), 4101.
- Diamond, G. S., & Diamond, G. M. (2002). Studying a matrix of change mechanisms: An agenda for family-based process research. *Family psychology: Science-based interventions*. (pp. 41-66): American Psychological Association, Washington, DC.
- Diamond, G. S., & Liddel, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 481-488.
- Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (1999). Transforming negative parent-adolescent interactions: From impasse to dialogue. *Family Process*, 38, 5-26.
- Diamond, G. S. & Stern, R. S. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescent: Repairing attachment failures. In S. M. Johnson & V. E. Whiffen (Eds.) *Attachment processes in couple and family therapy*. New York: Guilford Press.

- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice y Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49.
- Elliott, R., Shapiro, D.A., Firth-Cozens, J., Stiles, W.B., Hardy, G., Llewelyn, S.P., & Margison, F. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapies. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 449-463.
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fernández-Ríos, L., & Buela-Casal, G. (2009). Standards for the preparation and writing of psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 329-344.
- Foerster, F. S. (1991). *Refinement and verification of a model of resolution of unfinished business*. Unpublished master's thesis, Department of Psychology, York University, Toronto.
- Foerster, F. S., & Greenberg, L. S. (1995). *Allowing of painful emotion*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research. June Vancouver, BC, Canada.
- Fong, E. O. (1999). A discovery-oriented process study of enactment in family therapy: Development of the Family Therapy Enactment Rating Scale. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(3-B), 1300.
- Furrow, J. L., Edwards, S. A., Choi, Y., & Bradley, B. (2012). Therapist presence in emotionally focused couple therapy blamer softening events: Promoting change through emotional experience. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(Suppl 1), 39-49.
- Goldman, R., & Fox, A. (2010, May). *A task-analysis of self-soothing in emotion-focused therapy*. Paper presented at the 26th Annual Meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Florence, Italy.
- Greenberg, L. S. (1975). *Task analysis of psychotherapeutic events*. Unpublished doctoral dissertation, York University.
- Greenberg, L. S. (1979). Resolving splits: The use of the two chair technique. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 310-318.
- Greenberg, L. S. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution. *Psychotherapy, Theory, Research & Practice*, 20, 190-201.
- Greenberg, L. S. (1984). A task analysis of intrapersonal conflict resolution. In L. Rice & L. Greenberg (Eds.), *Patterns of change; Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.
- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1467-1480.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15-30.
- Greenberg, L. S., & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 197-211.
- Greenberg, L. S., & Clarke, K. (1979). The differential effects of the two-chair experiment and empathic reflections at a split. *Journal of Counseling Psychology*, 26(1), 1-8.
- Greenberg, L. S., & Dompierre, L. M. (1981). Specific effects of Gestalt two-chair dialogue on intrapsychic conflict in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28(4), 288-294.
- Greenberg, L. S., & Foerster, F. S. Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3) 439-446.
- Greenberg, L. S., & Higgins, H. (1980). The differential effects of two-chair dialogue and focusing on conflict resolution. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 221-225.
- Greenberg L. S., & Malcom, W. M. (2002). Resolving unfinished business: relating process to outcome. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 70(2), 406-16.
- Greenberg, L. S., & Newman, F. L. (1996). An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 435-438.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1998). Allowing and accepting painful emotional experiences. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing*, 51(2), 47-61.

- Greenberg, L. & Rice, L. (1981). The specific effects of a Gestalt intervention. *Psychotherapy, Theory, Research & Practice*, 18, 31-37.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.
- Greenberg, L. S., & Webster, M. (1982). Resolving decisional conflict: Relating process to outcome. *Journal of Counselling Psychology*, 29, 478-477.
- Higham, J. E., Friedlander, M. L., Escudero, V., & Diamond, G. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy: An exploratory study of in session processes of change. *Journal of Family Therapy*, 34(1), 24-52.
- Hurd, L. J. (1996) A task analysis of change episodes in group psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(3-B), 2153.
- Joyce, A. S. (1991). *Preconditions and responses to dynamic interpretation in short-term individual psychotherapy*. Unpublished doctoral dissertation, University of Alberta.
- Joyce, A. S., Duncan, S. C., & Piper, W. E. (1995). Task analysis of "working" responses to dynamic interpretation in short-term individual psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 5(1), 49-62.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1996a). Dimensions and predictors of patient response to interpretation. *Psychiatry*, 59(1), 65-81.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1996b). Interpretive work in short-term individual psychotherapy: An analysis using hierarchical linear modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 505.
- Kannan, D., Henretty, J. R., Piazza-Bonin, E., Levitt, H. M., Coleman, R. A., Bickerest-Townsend, M., & Mathews, S. S. (2011). The resolution of anger in psychotherapy: A task analysis. *The Humanistic Psychologist*, 39(2), 169-181.
- Kanters, A. L. (2002). Resolution of symbolic play therapy narratives of traumatic events: Exposure play therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(10-B), 4790.
- King, S. (1988). *The differential effects of empty chair dialogue and empathy for unfinished business*. Unpublished master's thesis, University of British Columbia, Vancouver.
- Makinen, J. A., & Johnson, S. M. (2006). Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74(6), 1055-1064.
- Malcolm, W. M. (2000). Relating process to outcome in the resolution of unfinished business in process experiential psychotherapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(8-B), 4235.
- Mann, K. B. (2000). How depressed women living in stressful circumstances use cognitive therapy: an intensive case study and task analysis. *Dissertation Abstracts International. Section A: Humanities and Social Sciences*, 60, 3137.
- Marini, N. (2013). *Positive emotion in psychotherapy: An exploratory study*. (74), ProQuest Information & Learning, US. Retrieved from [#=es&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-99140-173).
- Muran, J. C., Safran, J. D. & Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating an Alliance-Focused Treatment for Personality Disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 532-545.
- Orlinsky, D. E., & Russell, R. L. (1994). Tradition and change in psychotherapy research: Notes on the fourth generation. In Russell, R. L. (Ed.) *Reassessing psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Paivio S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving "unfinished business": efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 63(3), 419-25.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why 'the only way out is through'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 527-542.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. Nueva York: Guilford.
- Rice, L. N., & Saperia, E. (1984). A task analysis of the resolution of problematic reactions. In L. N. Rice y L. S. Greenberg, (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. Nueva York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 154-165.

- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80-87.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating Alliance-Focused Intervention for Potential Treatment Failures: A Feasibility Study and Descriptive Analysis. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(4), 512-531.
- Safran, J. D.; Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 447-458.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg, (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Schaub, M. P., Henderson, C. E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Rowe, C., & Rigter, H. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: Outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry, 14*. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-14-26>.
- Sicoli, L. (2005). *Development and testing a model of hopelessness in experiential therapy of depression*. Unpublished doctoral Dissertation, Toronto, York University.
- Sicoli, L. A., & Hallberg, E. T. (1998). An analysis of client performance in the two-chair method. *Canadian Journal of Counselling, 32*(2), 151-162.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy for Cluster C Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry, 161*(5), 810-817.
- Valsiner, J. (1995). Human Development and the Process of Psychotherapy: Some General Methodological Comments. En J. Siegfried (Ed.), *Therapeutic and Everyday Discourse as Behavior Change. Towards a Micro-analysis in Psychotherapy*. Norwood, New Jersey, Ablex P.C.
- Vaughn, M. J. (2004). Creating "maneuvering room": a grounded theory of language and influence in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy, 26*(4), 425-442.
- Watson, J. C. (1996). The relationship between vivid description, emotional arousal, and in-session resolution of problematic reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 459-464.
- Watson, J. C., & Rennie, D. L. (1994). Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 500-509.
- Wevodau, A. L. (2013). *A meta-analytic review of Multidimensional Family Therapy (MDFT) treatment outcomes in 11 randomized controlled trials*. (AAI3520995). Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1399051065?accountid=14744>

RECENSIÓN DE LIBROS

SVILUPPI TRAUMATICI. EZIOPATOGENESI, CLÍNICA E TERAPIA DELLA DIMENSIONE DISSOCIATIVA

Giovanni Liotti e Benedetto Farina

Raffaello Cortina Editore, Milano 2011, 250 pp.

Titulillo: reseña: *Sviluppi traumatici*

Giorgia Simoncini Malucelli

Psicóloga

Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma, Italia.

El texto *Sviluppi Traumatici* escrito por Giovanni Liotti y Benedetto Farina, tiene el mérito de resumir para el lector los conocimientos sobre los traumas psicológicos y la disociación, tanto la historia de esta área de la investigación y la práctica clínica como muchos de los avances más recientes en la teoría, la investigación básica y la práctica clínica. Con el término “desarrollo traumático” los autores se refieren a un tipo de historia que se verifica en contextos en los que los acontecimientos traumáticos tienden a repetirse. En referencia a los estudios epidemiológicos recientes, los autores demuestran cómo los traumas acumulativos de la infancia están estrechamente relacionados con los resultados de la psicopatología de la edad adulta, cuyos síntomas parecen pertenecer a un solo síndrome cuyo fundamento psicopatológico sería constituido por procesos mentales disociativos.

En los nueve capítulos en los que se estructura el texto, Liotti y Farina presentan una nueva teoría sobre relación entre el trauma y la disociación, haciendo referencia a la investigación sobre el apego y a la visión evolutiva de la relación interhumana.

La atención y el cuidado con el que se describen los procesos disociativos y las vívidas y atractivas representaciones que ejemplifican los diferentes síntomas clínicos permiten al lector comprender plenamente la psicopatología del adulto expuesto a los contextos traumáticos del desarrollo.

El objetivo principal del libro es proporcionar directrices para el tratamiento de los trastornos como consecuencia de los traumas acumulativos, de acuerdo con el modelo cognitivo-evolucionista, con el fin de proporcionar al profesional una herramienta útil para comprender lo antes posible los síntomas y prepararse antes las diversas dificultades que estos cuadros presentan. En particular, haré una breve

Fecha de recepción: 9 de febrero 2015. Fecha de aceptación: 18 de febrero 2015

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: g.simoncini.malucelli@gmail.com

© 2014 Revista de Psicoterapia



descripción de los capítulos para una mayor comprensión.

En el capítulo 1 se describen unas categorías diagnósticas propuestas para definir el núcleo fundamental del trastorno que viene tras un desarrollo traumático. Estas propuestas diagnósticas permitirían identificar los resultados psicopatológicos de traumatismos repetidos y acumulativos en la infancia, aunque el DSM no las haya aceptado todavía. Los autores además hacen hincapié en que la insuficiencia de las clasificaciones diagnósticas reconocidas, como el *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), comparado con la complejidad de los resultados de los acontecimientos traumáticos psicopatológicos, depende del hecho de que la disociación, siendo una dimensión psicopatológica que se extiende sobre diferentes áreas del funcionamiento psíquico, es poco adaptable a la clasificación categorial del DSM. Asimismo, el capítulo también muestra un problema adicional que se profundizará en detalle en el Capítulo 6: el núcleo del trastorno se observa a menudo en algunas de las categorías nosográficas del DSM, lo que complica, en una especie de comorbilidad, el cuadro clínico de muchos casos diagnosticables con otras categorías.

La atención de los autores se centra especialmente en el cuadro clínico *Complex Post-Traumatic Stress Disorder* (cPTSD) descrito por van der Kolk y sus colegas en 2005 para el estudio del desarrollo traumático, resumiendo brevemente los siete grupos de síntomas que incluye: *alteración de la regulación de las emociones e impulsos, síntomas disociativos y dificultades de atención, somatizaciones, alteraciones en la percepción y la representación del yo, alteraciones en la percepción de figuras maltratadoras, trastornos de relación, alteraciones en los significados personales*.

El capítulo 2 ofrece una visión general de las características clínicas del trauma y de la disociación, así como de la historia de su desarrollo. Los autores subrayan que por *trauma psicológico* se refieren a una amenaza a la vida o a la seguridad de sí mismo o de otros, también a la forma indirecta de abandono durante la infancia y de las formas más graves de *misattunement* comunicativo. Emociones de intensidad extrema, pérdida de control y la impotencia, son aspectos importantes de la definición de trauma psicológico. Una frase de Herman (1992a), incluida en el texto, aclara perfectamente tales conceptos: “*El trauma psíquico es el dolor de los impotentes. En el momento del trauma, la víctima se vuelve inerte por una fuerza abrumadora*”.

Con el concepto de *trauma complejo* se hace referencia a experiencias traumáticas acumulativas de las que es previsible la repetición durante largos periodos de tiempo pero de las que es imposible escapar. Ejemplos evidentes son los traumas dentro de la familia a los que se expone al niño que vive en familias maltratadoras o *neglecting*.

Otro aspecto relevante en mi opinión, es que el capítulo ofrece una amplia descripción del concepto de la disociación como una respuesta típica al trauma. Tal como profundizarán a fondo en capítulos posteriores, los autores describen cómo el trauma activa mecanismos de defensa arcaicos de las amenazas ambientales (en

un primer momento inmovilidad tónica o *freezing* y posteriormente inmovilidad cataléptica tras las reacciones de ataque y huida) provocando el desprendimiento de la experiencia habitual de uno mismo y del mundo exterior y consecuentes síntomas disociativos. Los autores también explican cómo tal brecha implica una suspensión inmediata de las funciones normales reflexivas-metacognitivas que pueden producir una des-integración de memoria del evento traumático con respeto al flujo continuo de la autoconciencia y la construcción de significados.

En el capítulo 3, los autores describen ampliamente, con numerosos ejemplos clínicos, los diferentes síntomas con los que pueden producirse los procesos disociativos. En particular, distinguen dos tipos diferentes de síntomas disociativos: los fenómenos de *detachment* y *compartmentalization* (Holmes et al., 2005). Las primeras corresponden a las experiencias de auto-separación de la realidad (alienación) y consisten en los síntomas como despersonalización, des-realización, la anestesia transitoria emocional (*emocional numbing*), *déjà vu*, experiencias de autoscopia (*out of body experiences*). Las segundas sin embargo emergen de la compartimentación de las funciones normalmente integradas tales como la memoria, la identidad, el esquema y la imagen corporal, el control emocional y el movimiento voluntario y corresponden a síntomas tales como amnesia disociativa, la aparición de recuerdos traumáticos, disociación somatomorfa, la alteración del control de las emociones y de la unidad de la identidad (múltiples personalidades alterna). Además los autores explican cómo la des-integración de las funciones mentales relacionadas con el trauma, causa con frecuencia trastornos somatomorfos. A este respecto, en el libro hay que señalar el concepto profundo expresado en la frase "*The body keeps the score*" de van der Kolk (1994) como para decir que nuestro cuerpo es un testigo y un contenedor de experiencias traumáticas.

Por último, los autores describen cómo las habilidades metacognitivas serían extremadamente sensibles ya sea al efecto de las emociones perturbadoras que alteran el funcionamiento normal como a las experiencias traumáticas de la infancia que perturban el desarrollo (Liotti, Prunetti, 2010).

El capítulo 4 trata de las relaciones funcionales que existen entre los dos sistemas psicobiológicos inevitablemente implicados en la respuesta al trauma: *el sistema de defensa* y *el sistema de apego*. Liotti y Farina demuestran cómo la desorganización del apego puede ser explicado por el conflicto entre estos dos Sistemas Motivacionales Interpersonales (SMI). Estos dos SMI en situaciones peligrosas, como la exposición a un evento traumático, actúan en sinergia: en el momento en el que se garantiza la protección, el sistema de fijación se activa con éxito inhibiendo el de la defensa; de otro modo la activación del sistema de defensa será anormalmente prolongada causando los síntomas típicos de el *cPTSD* y la formación de Modelos Operates Internos (*Internal Working Models - IWM*) inseguros o mejor multiples que caracterizan el apego desorganizado. Específicamente, de acuerdo con la teoría Polivagal de Porges (2001), ampliamente aceptada y compartida por los autores, las operaciones del sistema de defensa

comprometen el sistema ortosimpático (movilización, *hyperarousal*) y dos núcleos diferentes del sistema vagal, situados en el tronco cerebral y controlado por neuroreceptores sensibles a informaciones de peligro-seguridad: *el núcleo vagal dorsal* (inmovilización, *hypoarousal*) y *el núcleo vagal ventral* (inhibe el sistema de defensa, crea una ventana de *arousal* óptima y permite el compromiso social). Por lo tanto, la actividad del sistema de defensa implica profundos cambios de la experiencia subjetiva a nivel sensorio-motor que se reflejan en los procesos de construcción de significado.

En el capítulo 5 se analiza el nuevo modelo teórico de disociación, a partir de la descripción de los estudios sobre la desorganización del apego. Los autores explican cómo en el apego desorganizado, el sistema de defensa y el de apego, entran en conflicto, creando una situación de *fright without solution* (susto sin solución). En consecuencia, la Figura de Apego (FdA) es tanto una fuente cuanto una solución al miedo del niño y está representada al mismo tiempo como vulnerable, amenazadora y protectora. Similar es la representación del yo: salvador, perseguidor y víctima de la FdA, pero también salvados por ella. Resulta claro cómo surge una fragmentación de las representaciones de si-mismo-con-otros (compartimentación) y una experiencia consciente de tipo disociativo (alienación).

Los autores hacen hincapié más adelante en la descripción precisa del dato científico, en su opinión más interesante, el desarrollo alrededor de los 3-6 años de edad de las llamadas “estrategias controladoras”, creados para protegerse en la relación, del caos, de la impotencia y el miedo que caracterizan la desorganización.

A través de la estrategia *controladora-punitiva* los niños tratan de organizar los comportamientos de relación con el cuidador a través de actitudes hostiles, coercitivamente dominante o sutilmente humillante. Es evidente cómo en este caso se activa el sistema de motivación de rango en lugar del sistema de apego. En la estrategia *controladora-cuidadora* el niño muestra, por el contrario, conductas abiertamente reconfortantes y de protección contra el padre vulnerable y que sufre claramente por traumas o duelos no resueltos. En este caso, está claro cómo se activa el sistema de atención en lugar del sistema de apego (apego invertido) (Solomon, George, 2011). También se explican cómo las estrategias controladoras podrían ser consideradas estrategias “defensivas” ya que reducen la posibilidad de que el IWM desorganizado emerge a la conciencia en la mayoría de las situaciones cotidianas que pueden despertar el sistema de apego, preservando así al niño de la experiencia disociativa. No obstante, delante de una intensa activación del sistema de apego, se denota un colapso de las estrategias defensivas y resurgimiento del IWM fragmentado y dramático y, por tanto, a la disociación (Liotti, 2004, 2011). Finalmente, se describen algunos ejemplos de las condiciones en las que surgen los síntomas disociativos (y también déficit metacognitivos) debido al colapso de las estrategias controladoras, tales como el dolor mental que es consecuencia de traumas o recuerdos traumáticos reactivados, pero también la invalidación directa de la estrategia controladora o la separación de la FdA.

El capítulo 6 trata de buscar la pista del síndrome que consigue la desorganización del apego y desarrollos traumáticos dentro de las categorías diagnósticas del DSM-IV. Éste capítulo centra la atención en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), cuyo cuadro clínico se caracteriza por graves dificultades de relación, la adicción, la impulsividad, los déficits en la regulación emocional y problemas de identidad, ha sido ampliamente asociada con el trauma relacional precoz y el posterior trastorno de desarrollo (Gunderson, 2009). Además, en este capítulo se da al lector una guía detallada para el reconocimiento de posibles indicadores que permitan, al menos, de sospechar de la presencia de síntomas y procesos de desintegración en el curso del diálogo clínico. Algunos de estos indicadores son representados por los síntomas disociativos que se presentan de manera elusiva, por indicios de la historia personal traumática y de probable desorganización del apego, por particulares estilos de la memoria autobiográfica y de las reacciones de contratransferencia del terapeuta.

El capítulo 7 titulado “La relación terapéutica y el marco general de tratamiento” en mi opinión merece máxima atención porque profundiza la aplicación en la práctica psicoterapéutica de las teorías descritas en los capítulos anteriores. A partir del modelo descrito por los autores en los capítulos precedentes se puede deducir que el objetivo principal del psicoterapeuta será el de supervisar la activación del sistema de apego en la terapia y el de eludir las estrategias controladoras activadas por el paciente. Los autores explican cómo para lograr dichos objetivos, sea necesario construir rápidamente una alianza terapéutica basada en el sistema motivacional de la cooperación y posteriormente reparar tan pronto como se pueda las probables rupturas de dicha alianza. Sólo entonces se podrá proceder con otras operaciones terapéuticas necesarias, que los autores conceptualizan como un *proceso en fases*.

Las fases de la terapia son esencialmente tres, cada una preliminar a la siguiente: *la construcción de la alianza terapéutica y estabilización de los síntomas, trabajar en los recuerdos traumáticos y la integración de los estados del yo disociados, asistencia en el ejercicio de las competencias adquiridas durante la vida diaria*.

Liotti y Farina dejan claro al lector la importancia que tiene la fase de construcción de la alianza terapéutica, esencial para el cuidado de pacientes con historias de desarrollo traumático. En apoyo de todo esto el concepto expresado por Alexander (1946) sobre una terapéutica sólida que permite exponer al paciente a una experiencia emocional y relacional correctiva, está en completa armonía con las hipótesis y teorías de los autores.

En mi opinión muy útil al final del capítulo es la guía sobre qué hacer y qué evitar en la construcción de la alianza.

El capítulo 8 dispone de una descripción detallada de las etapas del tratamiento. Dentro de la primera fase, mientras que el clínico se centra en gran medida en la relación terapéutica, no puede prescindir de los síntomas perturbadores típicos de

los pacientes con cPTSD. Se hace hincapié en la importancia de dedicarse a tiempo a la estabilización de estos síntomas, usando también terapias farmacológicas o Técnicas Cognitivo-Conductuales (TCC). Después se puede comenzar la segunda fase de la terapia centrada en el examen más activo y atento de los recuerdos traumáticos y luego sobre la integración. A través de interesantes ejemplos clínicos, se muestra y explica, cómo la integración pueda tener lugar (voluntariamente o no) debido al aumento de las capacidades metacognitivas del paciente dentro de un trabajo psicoterapéutico largo. De hecho, la integración de los estados del yo disociados requiere necesariamente un contexto interpersonal unitario donde el interlocutor experto se percate de su existencia y de la separación de la conciencia y de la memoria, señalizándolo (explícita o implícitamente) al paciente. Por último, el papel del psicoterapeuta en la tercera fase del protocolo terapéutico será el de confirmar, apoyar y promover las nuevas capacidades del paciente hablando sobre la forma con la que el mismo las ejercita en la vida cotidiana.

El texto concluye con el capítulo 9, dedicado a las intervenciones terapéuticas. Datos de investigación indican que las técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) son herramientas eficaces para el tratamiento de cPTSD (Miti & Onofri, 2011). Se proporcionan una lista de los elementos comunes, característicos de todas las formas de TCC, lo que contribuirá a explicar su eficacia en el tratamiento de cPTSD (Jackson et al., 2009). El capítulo concluye con una descripción de otros tipos de tratamiento que actualmente se están integrando en el trabajo psicoterapéutico de los trastornos del espectro traumático disociativo como EMDR, Mindfulness, psicoterapia sensorial, terapias de grupo, de pareja, terapias familiares y terapias farmacológicas.

Con este texto, Liotti y Farina, proponen no sólo un nuevo modelo teórico sino que también ofrecen al lector una guía útil para todo terapeuta. Libro que ofrece diversos testimonios de la experiencia clínica, muchas herramientas terapéuticas para acercarse con efectividad a esta tipología de pacientes. Antes de concluir con la presente reseña, explícito la definición del tratamiento del trauma complejo por James Chu, como “*una montaña rusa*” tan estresante que a veces puede provocar al terapeuta un síndrome traumático secundario. Por esta razón, desde mi punto de vista, cualquiera que asista a una persona que sufre y se observa ampliamente perturbada por estos estados mentales, como terapeuta, debiera enriquecerse con la lectura de *Sviluppi Traumatici*.

Referencias bibliográficas

- Alexander, F. (1946), “L’esperienza emozionale correttiva”. Tr. it. in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, 27(2), 85- 101.
- Chu, J.A. (2010), “Posttraumatic stress disorder: Beyond DSM-IV”. *Am J Psychiatry*, 167(6), 615-617.
- Gunderson, J.G. (2009), “Borderline Personality Disorders: Ontogeny of a diagnosis”. *American Journal of Psychiatry*, 166 (5), 530-539.

- Herman, J.L. (1992a), "Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma". *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.
- Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W., Fearon, R.P., Hunter, E.C., Frasquilho, F., Oakley, D.A. (2005), "Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications". *Clin Psychol Rev*, 25(1), 1- 23.
- Jackson, C., Nissenon, K., Cloitre, M. (2009), "Cognitive-Behavioral Therapy". In Courtois, C.A., Ford, J.D. (a cura di), "Treating Complex Traumatic Stress Disorders". *Guilford Press*, New York-London, 243-263.
- Liotti, G. (2004), "Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid". *Psychotherapy: Theory, research, practice, training.*, 41, 472-486.
- Liotti, G. (2011), "Attachment disorganization and the clinical dialogue: Theme and variations". In Solomon, J., George, C. (a cura di), "Disorganization of Attachment and Caregiving", *Guilford Press*, New York.
- Liotti, G., Prunetti, E. (2010), "Metacognitive deficits in trauma-related disorders: contingent on interpersonal motivational contexts?". In Dimaggio, G., Lysaker, P.H. (Eds.), "Metacognition and severe adult mental disorders: From basic research to treatment". *London: Routledge*.
- Miti, G., Onofri, A. (2011), "La psicoterapia dei disturbi dissociativi: dalle tecniche cognitive comportamentali all'approccio EMDR". *Cognitivismo Clinico*, 8(1), 73-91.
- Porges, S.W. (2001), "The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system". *International Journal of Psychophysiology* (42), 123p146.
- Solomon, J., George, C. (2011), "Disorganization of maternal caregiving across two generations: The origins of caregiving helplessness". In Solomon, J., George, C. (a cura di), "Disorganization of Attachment and Caregiving". *Guilford Press*, New York.
- van der Kolk, B.A. (1994), "The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress". *Harv Rev Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- van der Kolk, B.A., Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*, 18(5), 389-399.

RECENSIÓN DE LIBROS

MANUAL DE TERAPIA SISTÉMICA. PRINCIPIOS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN

Alicia Moreno

Editorial Desclée de Brouwer, 2014

Danilo Moggia Narváez

Psicoterapeuta familiar y de pareja

Nos encontramos ante un volumen de casi 600 páginas que sólo por su nombre de “manual” nos propone una revisión exhaustiva acerca de lo que es la Terapia Familiar Sistémica (TFS), sus fundamentos, principios, formas de conceptualización y metodologías de intervención.

El prólogo ya se desarrolla como una tentadora invitación hacia lo que nos encontraremos más adelante en el libro. Es breve pero se constituye como una comprensiva revisión de la historia y los fundamentos de la TFS, nada más ni nada menos de la mano de quién es Carlos Sluzki, y por lo mismo su invitación ya es de confiar. Sigue una introducción amena y entusiasta, y digo “entusiasta” ya que efectivamente entusiasma a leer el libro. Se explica la lógica y estructura que seguirá el volumen en un tono ameno y fácil de leer, tono que se mantendrá presente a lo largo de todo el libro. Queda claro que la estructura del libro es clara, ordenada y sistemática, permitiéndole al lector adentrarse de manera prístina a las ideas sistémicas.

El libro está dividido en tres partes. La primera parte versa sobre los conceptos básicos de la TFS tanto a un nivel teórico como práctico. En el capítulo 1 se hace una revisión de los fundamentos epistemológicos y teóricos de la TFS. Es clarificador y sencillo. Se muestra como una potente forma de introducirse a lo que involucró (tanto a nivel teórico, como conceptual y paradigmático) el salto epistémico del pensamiento sistémico en psicología y psicoterapia. Posicionamientos teóricos sobre los que se fundamentan los distintos modelos de la TFS, tales como



primera y segunda cibernética, constructivismo y construccionismo social, quedan claramente matizados. El capítulo 2 se constituye como una exhaustiva revisión de los modelos del desarrollo relevantes para la terapia familiar, incorporando no sólo los modelos más clásicos y conocidos referidos a “etapas del desarrollo”, sino también aquellos que hablan de crisis y estrés familiar. El capítulo 3 aparece como provocador al introducir reflexiones que no siempre se hacen en la práctica de la psicoterapia y de la terapia familiar, la perspectiva feminista y de género. Explica el género como una construcción social y su rol en las organizaciones y significados que sostienen las familias, junto a su repercusión en la actitud del propio terapeuta y del equipo. Es un capítulo clarificador y motivante. El capítulo 4 es una exhaustiva revisión de los métodos e instrumentos para evaluar al sistema familiar, tanto en su estructura y pautas de funcionamiento, como en el contenido de sus interacciones. Se comentan las propiedades psicométricas de los instrumentos explicados y su disponibilidad en el medio español. También se mencionan instrumentos que evalúan funcionalidad conyugal, parentalidad y relaciones paterno-filiales. Hasta aquí el lector tendrá una clara panorámica acerca del pensamiento sistémico en terapia familiar y el cómo se conceptualiza el trabajo, pero ¿cómo opera el terapeuta sistémico? Esta pregunta se intenta responder en el capítulo 5, que se inicia con una definición y explicación acerca de cómo la TFS entiende al contexto y lo que significó el giro de la TFS al volcar el entendimiento de las problemáticas de salud mental del individuo al contexto. ¿Con qué contexto se trabaja? ¿A quiénes convocamos a terapia? Son preguntas que todo terapeuta familiar sistémico se debe hacer al comenzar a trabajar. Análisis de la derivación, el uso de la ficha telefónica, la primera entrevista, temas clásicos de la TFS son claramente explicados. Se plantea el diagnóstico sistémico desde diferentes perspectivas y las consideraciones que se deben tener al trabajar con familias en distintos momentos de su ciclo vital. El capítulo deja clara la perspectiva ecológica que asume la sistémica al desarrollar el cómo incluir, en diferentes sesiones, a participantes de los sistemas sociales más amplios que circundan a la familia, y el trabajo en red. El capítulo 6 habla de las destrezas profesionales que debe tener todo terapeuta sistémico. Se expone acerca del trabajo que debería hacer el terapeuta con su propia persona para poder situarse en el contexto de trabajo con familias, velando por desarrollar habilidades que le permitan desenvolverse apropiadamente en su trabajo. Se dan cuenta de las destrezas conceptuales, relacionales (en cuanto al establecimiento de una adecuada alianza terapéutica con la familia y cada uno de sus miembros), el grado de directividad del terapeuta, siendo capaz de moverse dentro del continuo experto – colaborador. Se explica el trabajo con equipos de acuerdo a los distintos modelos de la TFS y las destrezas vinculadas al desarrollo y conducción de las sesiones (las clásicas actitudes de hipotetización, circularidad y neutralidad, tipos y formas de preguntas, etc.) Por último, en este capítulo se exponen las destrezas terapéuticas de intervención en las dimensiones emocional, cognitiva y conductual (en el sentido de interaccional y pragmático).

En la segunda parte del libro se revisan los principales modelos de la TFS, dedicándole un capítulo a cada uno de ellos: Estructural, Intergeneracional, Escuela de Milán, Estratégico, Breve del MRI, Centrado en Soluciones y Narrativo. Todos conservan la misma estructura de explicar los orígenes del modelo, sus conceptos básicos, la visión global que tiene cada modelo sobre el proceso terapéutico, sus estrategias y técnicas más conocidas. Al lector le va quedando claro la evolución del paradigma sistémico y sus diferentes modelos de intervención a lo largo del tiempo: desde los modelos más vinculados a la primera cibernética a los que tienen que ver más con la segunda y luego el salto hacia el construccionismo social. En este sentido, cabe resaltar algo explicado en el capítulo 13 dedicado a la Terapia Narrativa. Este modelo hoy en día no necesariamente puede ser considerada una “TFS”, ya que a nivel teórico abandona la metáfora de “sistemas familiares” para conceptualizar su trabajo desde la metáfora del “texto”. No obstante, queda claro que en este libro la Terapia Narrativa merece un capítulo debido a que sus orígenes están en la TFS y sin lugar a dudas este modelo aporta a los terapeutas sistémicos recursos a la hora de trabajar con las relaciones y diseñar estrategias de intervención. En esta misma línea, el libro va explicando cómo, si bien la TFS se aplicó inicialmente al trabajo con familias y parejas, en la actualidad dependiendo del modelo, se puede trabajar “sistémicamente” tanto con familias completas como en casos de terapia individual, ya que es un enfoque que sirve para situar los problemas en su contexto relacional más allá de si “las voces” o “personajes” que participan del problema o la solución están presentes físicamente en la sesión o no.

La tercera parte del Manual retoma lo abordado en el capítulo 6 para dedicar dos capítulos al terapeuta sistémico. El capítulo 14 aborda la importancia del trabajo la propia familia de origen del terapeuta, justifica y fundamenta esta importancia desarrollando distintos temas que pueden ser analizados en dicho trabajo: relaciones afectivas y patrones de interacción, roles, duelos, valores, reglas y mandatos familiares; todos ellos a través de técnicas como esculturas, genogramas, constelaciones familiares, arterapia, etc. El capítulo 15 corresponde al último capítulo de este volumen y se dedica al proceso de supervisión en la TFS. Se expone acerca del rol del proceso de supervisión en psicoterapia en general y particularmente en la TFS. Se revisa la importancia que ha tenido la supervisión en el desarrollo de la TFS, como por ejemplo, a través del uso de espejo unidireccional y el trabajo con equipos. Desarrolla algunos modelos clásicos de supervisión en psicoterapia aplicados a la TFS y por último, plantea un modelo de supervisión centrado en narrativas, amparado en una actitud apreciativa, acorde a la actitud colaborativa de los enfoques posmodernos de la terapia familiar.

Como ya se señaló, estamos frente a un “manual”, una compilación en la que participan diversos autores, cada uno experto en el tema que desarrolla, logrando un sentido global de coherencia y continuidad entre los contenidos y estilos de los distintos capítulos. Al final de cada capítulo hay lecturas recomendadas de los autores originales que desarrollan los temas tratados para seguir profundizando.

Adecuadas viñetas clínicas van ejemplificando los conceptos desarrollados teóricamente en las explicaciones precedentes, constituyéndose un excelente balance entre lo teórico y lo práctico, convirtiéndose en una buena guía para la práctica sistémica en terapia. Algunos capítulos se acompañan de figuras, esquemas y tablas, según el caso, ayudando a entender mejor lo que se ha explicado. Sin lugar a dudas es un volumen con el que vale la pena contar, pudiendo serle de utilidad tanto a quien no se haya formado en TFS y quiera acercarse a este enfoque, como para quien ya tenga formación y quiera adquirir una visión de conjunto, superar lagunas en distintas áreas o profundizar aun más en los modelos y técnicas.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Quarterly Journal of Psychology

Era II, Volume 26, Number 100, March, 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

AUTOESTIMA Y NARCISISMO

Selfesteem and Narcissism

Manuel Villegas Besora
(Coordinador)

Editorial / From de Editor

INTRODUCCIÓN AL MONOGRÁFICO

AUTOESTIMA Y NARCISISMO

Introduction to the special issue Selfesteem and Narcissism

Manuel Villegas Besora

ESTIMA ONTOLÓGICA, ESTIMA NARCISISTA

Ontological esteem vs. Narcissistic esteem

Manuel Villegas Besora y Pilar Mallor Plou

“PIGMALIÓN SE SOÑÓ A SÍ MISMO”:

LA AUTOESTIMA COMO MOTOR PARA SER TÚ

Pygmalion dreamed himself up:

How to be you, driven by self-esteem

Mayte Sánchez Martín

LOS PROBLEMAS DE AUTOESTIMA DESDE LA PERSPECTIVA ADLERIANA

Self-esteem problems from an Adlerian perspective

Juan José Ruiz, Ursula Oberst y Pilar Andújar

¿SER O HACER?

To be or to do?

Laura Contino

EL BUENO, EL MALO Y EL SOÑADOR.

NARCISISMO ELUSIVO Y AUTOESTIMA

The Good, the Bad and the Dreamer. Elusive narcissism and self-esteem

Albert Vidal Raventós

EL VALOR DE LA AUTOESTIMA EN LAS

RELACIONES AFECTIVAS

The value of self-esteem in emotional relationships

Alicia Romero Fernández

LA PSICOTERAPIA DEL CONTACTO-EN-LA-RELACIÓN: DIALOGOS CON RICHARD ERSKINE

Psychotherapy of Contact-in-Relationship:

Conversations with Richard Erskine

Grover E. Criswell y Richard G. Erskine

RELACIONES E INTERACCIONES ENTRE HABILIDADES SOCIALES, VALORES Y CONSTRUCTOS PERSONALES

Relations and Interactions Between Social Skills, Values, and Personal Constructs

Ainoa Hilari y Luis Botella

CINCO AXIOMAS DE LA EMOCIÓN HUMANA: UNA CLAVE EMOCIONAL PARA LA TERAPIA FAMILIAR

Five Axioms of Human Emotion: an Emotional Key for Family Therapy

Esteban Laso Ortiz

REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE EVENTOS SIGNIFICATIVOS EN PSICOTERAPIA MEDIANTE ANÁLISIS DE TAREAS

Review of Task Analysis Research of Significant Events in Psychotherapy

José L. Benítez-Ortega y Miguel Garrido-Fernández

Recensión de Libros / Review of books SVILUPPI TRAUMATICI. EZIOPATOGENESI, CLÍNICA E TERAPIA DELLA DIMENSIONE DISSOCIATIVA

Giorgia Simoncini Malucelli

MANUAL DE TERAPIA SISTÉMICA. PRINCIPIOS Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN

Danilo Moggia Narváez

